



105

ROMA - 2003

QUADERNI

degli Annali
dell'Istruzione

Scuola in ospedale

Una formazione di qualità per integrare
benessere-apprendimento-salute

ATTI E DOCUMENTI



LE MONNIER

QUADERNI

degli Annali
dell'Istruzione

105

SCUOLA IN OSPEDALE

Una formazione di qualità
per integrare benessere-
apprendimento-salute

SEMINARIO DI STUDIO

Napoli-Fiuggi 19-22 novembre 2002

Atti e Documenti

LE MONNIER

www.lemonnier.it




TUTTI I DIRITTI RISERVATI

OTTOBRE 2004

LA TIPOGRAFICA VARESE S.p.A. – STABILIMENTO DI FIRENZE

INDICE

<i>Presentazione</i> , di Bruno Pagnani	VII
Il quadro istituzionale e politico	1
<i>Rafforzare la rete dei rapporti interistituzionali</i> , Stefano Caldoro	1
<i>La scuola dell'ospedale</i> , Antonio Guidi	2
<i>Iniziative ed interventi per la scuola in ospedale</i> , Bruno Pagnani	3
<i>Innovazione tecnologica e scuola in ospedale</i> , Alessandro Musumeci	8
<i>Tra cura e progetto: scuola, famiglia e sanità insieme per la promozione della salute</i> , Mariolina Moioli	10
<i>Il Programma Operativo Nazionale «La scuola per lo sviluppo» 2000-2006</i> , Annamaria Leuzzi	11
<i>L'impegno dell'USR della Campania</i> , Luciano Chiappetta	16
<i>La cooperazione fra le scuole e gli enti locali</i> , Angela Cortese	16
<i>Scuola in ospedale e umanizzazione del ricovero</i> , Angelo Montemarano	20
<i>Il ruolo della scuola in un reparto di cardiocirurgia pediatrica</i> , Carlo Vosa	22
Gli aspetti organizzativi	26
<i>Modelli organizzativi e didattici</i> , Angiolina Ponziano	26
<i>Dati significativi sulla scuola in ospedale</i> , Maurizio Fortunato	34
<i>La formazione dei docenti e l'alunno ospedalizzato</i> , Adriana Di Bella	51
<i>Il minore malato: diritti e realtà</i> , Giuseppina Fantone	55
<i>Presentazione del Cd-rom «Insegnare in ospedale»</i> , Nicola Sorgentone	57
Gli aspetti medici e psicologici	62
<i>La scuola in ospedale: un presidio terapeutico?</i> , Riccardo Riccardi	62
<i>Il bambino, la malattia, l'ospedale: aspetti relazionali e psicologici</i> , Bruna Mazzoncini	64
Gli aspetti metodologici-didattici	69
<i>Multimedialità e didattica in ospedale</i> , Italo Bassotto	69
<i>Didattica della comunicazione per l'alunno ospedalizzato</i> , Tiziana Grassi	79
<i>Il progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per l'innovazione tecnologica nella didattica e nell'organizzazione»</i> , Stefano Gorla	95



Appendice	101
<i>Sintesi dei lavori dell'intergruppo sulla scuola superiore,</i>	
Giuliana Cimatti	103
<i>Sintesi dei lavori dell'intergruppo dirigenti, Angiolina Ponziano</i>	106
<i>Comitato redazionale</i>	109



Presentazione

di BRUNO PAGNANI

Direttore generale per l'organizzazione dei servizi nel territorio


Questo seminario di studio e produzione si inserisce, senza soluzione di continuità, in un percorso iniziato nel 1995 con il Seminario Interistituzionale di Fiuggi e proseguito con il Seminario Internazionale del 2001 di Bologna, e dimostra la grande attenzione con cui il Ministero segue l'evoluzione di questa realtà di così grande rilevanza sociale, che tutela contestualmente due diritti costituzionali: quello alla salute e quello all'istruzione e nello stesso tempo «umanizza» una situazione di sofferenza, lanciando un forte segno di civiltà.

Parallelamente a questo costante lavoro di confronto e di ricerca, che ha individuato i punti fermi e le linee da sviluppare, si è evoluta la normativa, che ha dato certezze alle scuole in ospedale, sia in termini di organici che di procedure, costruendo un modello organizzativo stabile ed estensibile, tenendo in considerazione la specificità di queste scuole nella determinazione degli organici, nei piani di dimensionamento e nell'assegnazione delle risorse.

La scuola in ospedale ha potuto quindi estendersi in modo programmato e radicarsi sul territorio nazionale, adattandosi all'evoluzione del sistema sanitario e rispondendo in modo flessibile anche alle esigenze del day hospital e dell'istruzione domiciliare. In particolare su quest'ultimo aspetto si è soffermata l'attenzione, in quanto richiede un ulteriore sforzo di elaborazione sul piano organizzativo e didattico e sul versante delle risorse.

Di pari passo è stato possibile verificare la ricaduta positiva che le esperienze delle sezioni ospedaliere possono avere sul sistema scolastico nel suo complesso; infatti, la flessibilità organizzativa e didattica che vale per tutta la scuola è modulata in modo originale ed innovativo in questo settore, in particolare sul piano tecnologico, al punto tale che la scuola in ospedale, individuata come centro di eccellenza, è stata inserita in un progetto di ricerca specifico come «laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione».

Grande interesse hanno suscitato i lavori dedicati alle tecnologie informatiche e telematiche di supporto alla didattica. In particolare il portale tematico dedicato alla scuola in ospedale e realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Tecnologie dell'informazione del-



l'Università degli Studi di Milano, Polo Didattico e di Ricerca di Crema, ha aperto nuove prospettive di intervento didattico ed offerto interessanti spunti di riflessione.

Da segnalare anche il contributo di elaborazione portato al Seminario dai rappresentanti degli Enti Locali e delle Aziende sanitarie, che hanno sottolineato il carattere integrato dell'esperienza, che, presupponendo la cooperazione stretta tra istituzioni diverse, rende la scuola in ospedale un modello anche sul piano dell'integrazione delle risorse, delle competenze e delle culture, perché condizione della piena riuscita dell'intervento è che la struttura ospedaliera e quella territoriale collaborino al progetto formativo e che la scuola entri a pieno titolo nel programma terapeutico.

Grande sensibilità ed attenzione hanno mostrato negli interventi il Sottosegretario di Stato Stefano Caldro, MIUR, ed il Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute, on. Antonio Guidi, che, oltre a manifestare apprezzamento per l'iniziativa, hanno insistito sull'impegno comune della presa in carico globale del minore malato, sia dal punto di vista sanitario che scolastico.



Il quadro istituzionale e politico

■ Rafforzare la rete dei rapporti interistituzionali

Stefano Caldoro

Sottosegretario di Stato, MIUR

Ringrazio gli organizzatori dell'iniziativa, la Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio e il mondo della scuola per aver promosso il seminario, che costituisce un punto di svolta per chi lavora in questo particolare settore dell'offerta di istruzione. Quella che stiamo attraversando è infatti una importante fase di transizione dalle prime esperienze, quasi pionieristiche, di intervento negli ospedali all'organizzazione su basi più stabili e sistematiche di percorsi formativi il più possibile personalizzati, nella prospettiva dell'istruzione domiciliare e con il sostegno delle nuove tecnologie, che rendono oggi possibili forme efficaci ed affidabili di educazione a distanza. Ed è proprio ai nuovi aspetti della professionalità docente, collegati all'evoluzione del contesto tecnologico e sociale, che il seminario è opportunamente dedicato.

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca si è peraltro già mosso, nei mesi scorsi, in una duplice direzione: sul piano politico, sono state date indicazioni, contenute in Direttive del Ministro, volte a rafforzare l'istruzione domiciliare; sul piano amministrativo, pur in una situazione di riduzione delle disponibilità finanziarie complessive per il miglioramento dell'offerta formativa, si è deciso di raddoppiare, rispetto all'anno precedente, la quota riservata alla Scuola in Ospedale.

Per rendere ancora più incisiva ed organica l'attività educativa rivolta ai bambini ammalati, però, occorre riprendere e rafforzare ulteriormente la rete di rapporti interistituzionali che già da qualche anno si è andata costituendo. Serve soprattutto una forte intesa tra il MIUR e il Ministero della Salute, e di entrambi i Ministeri con gli Enti Locali, che sono il vero e più sensibile termometro dei fabbisogni sul territorio. Gli accordi già intervenuti saranno pertanto sviluppati e ulteriormente rafforzati, nella consapevolezza – tuttavia – che i protocolli di intesa tra le istituzioni costituiscono una condi-

zione necessaria, ma certamente non sufficiente, per garantire l'efficacia e la qualità delle azioni innovative. Al concerto delle competenze e delle procedure si deve infatti accompagnare la disponibilità di risorse adeguate, e soprattutto una forte progettualità degli operatori sul campo, sostenuta da una altrettanto forte motivazione.

In questo quadro va studiato anche il ruolo cooperativo che può essere svolto dal volontariato e dalle sue organizzazioni, molte delle quali già da tempo attive nel campo dell'orientamento e della formazione di quei giovani che, come gli ammalati, presentano particolari, più forti esigenze di aiuto, anche per quanto riguarda gli aspetti relazionali e di inserimento sociale.

■ La scuola dell'ospedale

Antonio Guidi

Sottosegretario di Stato, Ministero della Salute

Per poter parlare della scuola in ospedale, sia per motivi di apprendimento che psicologici, dobbiamo prima parlare del bambino in ospedale, per il quale la degenza di lungo periodo è il caso estremo, e poi della necessità che non interrompa il suo corso di studio.

L'ospedale, per miglior che sia, per quanto umanizzato, è l'ambiente fisiologicamente meno adeguato ad accogliere il bambino che, invece, è predisposto per l'aria aperta, per situazioni ludiche, per realtà gradevoli. L'ospedale è in sé, appunto, antifisiologico al bambino, per quanti sforzi si facciano per renderlo il più gradevole possibile.

Dobbiamo dunque affrontare due argomenti: in primo luogo occorre evitare il più possibile che il bambino vada in ospedale, realizzando una rete di medici di famiglia e di specialisti delle malattie infantili che permetta la cura a domicilio e, se possibile, la prevenzione della malattia. Se invece l'ospedale è necessario, occorre abbreviare il più possibile i tempi stessi del ricovero.

In secondo luogo, se si guarda alla famiglia, non possiamo dimenticare che fine a qualche anno fa tutto dell'ospedale, a partire dalla stessa edilizia, era a misura di adulto. Anche i tempi erano a misura di adulto; il bambino si doveva svegliare presto la mattina per le pulizie, mangiare presto la sera e soprattutto era prevalentemente solo, perché (e questo purtroppo è ancora frequente) ai genitori spesso era vietato stare con i figli, quando avrebbe dovuto essere una dolce sollecitazione far sì che i genitori stiano – a parte alcuni momenti critici – sempre accanto al figlio. Anche perché tutti sanno, partendo dal buonsenso o dalla scienza, che quanto più i genitori stanno vicini al bambino, tanto più e presto il bambino guarisce.

Parlando ancora di umanizzazione, direi che ricomporre almeno in parte l'ambiente di vita proprio del bambino, con i colori, gli arredi, le fotografie e gli oggetti a lui familiari, è indispensabile.

Dette queste cose, che mi sembravano essenziali, parliamo dell'argomento di cui ci stiamo occupando e dell'accordo che stiamo tentando di realizzare in merito alla scuola in ospedale.

Innanzitutto, io ritengo che la presenza della scuola negli ospedali sia essenziale, come ho detto all'inizio; prima di tutto, per non far rimanere indietro il bambino dal punto di vista pedagogico, ma anche per non farlo sentire in angoscia, per non farlo sentire con il complesso di colpa di non stare al passo con i compagni. Spesso accanto al dolore della malattia c'è la paura di perdere l'anno, quindi, anche psicologicamente, è importante che il bambino si senta al passo con gli altri.

Inoltre, è essenziale la presenza di un insegnante – e qui vorrei sottolineare l'importanza di insegnanti specializzati, abituati a vivere l'ambiente ospedaliero, che è particolare – che possa occuparsi dell'aspetto didattico e che, insieme ai genitori, possa insegnare al bambino stesso come recepire ciò che avviene in un ambiente così «particolare».

Però bisognerebbe anche che il viso conosciuto dell'insegnante della scuola facesse sentire quotidianamente la sua presenza amica e gli portasse anche quaderni dei compagni e, a turno, i compagni stessi.

Il bambino nel suo micro ambiente ospedaliero non deve solo apprendere, ma deve anche non sentirsi isolato dagli altri compagni.

Questo, quindi, è il protocollo che io sogno: accanto agli insegnanti specializzati, insegnanti auricolari e i bambini soliti, quelli che è abituato a vedere nella classe.

■ Iniziative ed interventi per la scuola in ospedale

Bruno Pagnani


Direttore Generale per l'Organizzazione dei servizi nel territorio

Mi è gradito, prima di ogni altra cosa, ringraziare i presenti per la partecipazione a questo seminario, volto a sviluppare competenze professionali in un settore particolarmente delicato e complesso. Il notevole contributo offerto dal Dirigente scolastico del II Circolo Didattico di Frosinone Aurora Morgia, alla quale è stata affidata la direzione del corso, ha dato a questo appuntamento la rilevanza che lo stesso merita. Colgo l'occasione per ringraziare il dott. Alberto Bottino, Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale della Campania, che ha validamente sostenuto l'iniziativa; il Presidente e l'Assessore alle Politiche Formative e Pari Opportunità dell'Amministrazione Provinciale di Napoli, Amato Lamberti e Angela Cortese, il prof. Tullio Cusano, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera «Monaldi», che ci ospita.

Anche alla cortesia e alla disponibilità di queste persone dobbiamo la realizzazione di questa giornata.

Vorrei evidenziare, poi, la collaborazione di tutte le persone che hanno contribuito all'organizzazione del Seminario, in particolare del dott. Luigi Vocca, che da tempo, presso l'USR della Campania, segue con passione e competenza le azioni volte a favorire le attività nelle scuole in ospedale.

Il mio intervento vuole innanzitutto manifestare la grande attenzione con cui il Ministero segue l'evoluzione di questa realtà di così grande rilevanza sociale, che tutela contestualmente due diritti costituzionalmente garantiti: quello alla salute e quello all'istruzione.



L'attenzione non è solo un atto dovuto, perché in questi contesti c'è anche qualcosa che va al di là della tutela dei diritti; c'è il ruolo che la formazione può svolgere nei momenti difficili della vita, non solo per non perdere la scolarità, ma anche per avere a disposizione una risorsa fondamentale per uscire in positivo da una situazione problematica e di sofferenza.

Parallelamente a questa costante linea di attenzione del Ministero, si è evoluta la normativa, che ha dato certezze alle scuole in ospedale, sia in termini di organici che di procedure, costruendo un modello organizzativo stabile ed estensibile, che si è adattato con grande flessibilità, e mantenendo una didattica di alto profilo, adeguata all'evoluzione del sistema sanitario.

La presenza della scuola in ospedale non riveste più il carattere di eccezionalità, ma è ormai una realtà istituzionale nel nostro Paese. Le scuole in ospedale non sono momenti episodici all'interno del sistema scolastico, ma si presentano quali servizi permanenti rivolti agli alunni ammalati, attraverso una didattica specifica in sostituzione di quella ordinaria.

L'attività didattica è organizzata in base ad una strategia indirizzata ad una diversificazione del servizio scolastico nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'abbandono e della dispersione scolastica.

In effetti la scuola in ospedale è caratterizzata da un servizio attento a soddisfare, in un determinato bacino d'utenza, le esigenze formative espresse da destinatari sempre più eterogenei per tipologia, in riferimento anche alla condizione socio-culturale, alle fasce di età e allo stato di salute.

Nell'ottica di una maggiore attenzione al reale soddisfacimento del diritto allo studio e a garanzia dello stesso, in questi ultimi anni sono state individuate modalità di raccordo tra le scuole materne, elementari e medie eventualmente presenti nella stessa realtà ospedaliera, nonché ricercate le forme più idonee per una collaborazione interistituzionale, che ha permesso l'integrazione dei compiti e delle attività degli operatori scolastici e sanitari.

Il periodo di ospedalizzazione, infatti, comporta spesso per il minore un allontanamento traumatico dal proprio ambiente di vita e scolastico e un forte condizionamento delle relazioni personali ed affettive.

Nei contesti ospedalieri, pertanto, sono state create le condizioni necessarie, affinché il bambino malato non interrompa i legami con l'ambiente scolastico di provenienza ed al tempo stesso trovi occasioni di socializzazione e di impegno.

Tutto ciò ha reso necessaria una progettualità organizzativa, didattica e metodologica improntata a processi brevi, personalizzati e soprattutto flessibili, che ha dato luogo ad esperienze didattiche ed organizzative talmente significative, da essere oggetto specifico di un progetto di ricerca, che riconosce la scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione.

Intervenendo in una realtà, quindi, già da tempo operativa, in data 24 settembre 2000 è stato siglato fra i Ministri pro tempore della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale un protocollo d'intesa sulla scuola in ospedale.

Le novità introdotte dal testo del protocollo riguardano essenzialmente l'estensione delle attività educativo-didattiche alle scuole di ogni ordine e grado, con particolare ri-

ferimento alle scuole secondarie di 2° grado, nonché l'attivazione di forme di istruzione domiciliare, qualora la grave patologia in atto, pur non prevedendo il ricovero, impedisca la frequenza per almeno 30 giorni.

Un altro protocollo d'intesa, siglato in data 23 febbraio 2001 fra i Ministeri della P.I., della Sanità, dei Beni e Attività Culturali, è stato diretto a contrastare il disagio giovanile e ad arricchire l'offerta formativa per gli alunni e le famiglie della scuola in ospedale, favorendo iniziative culturali ludiche e ricreative e promuovendo l'arte e lo spettacolo nelle scuole in ospedale.

La C.M. n. 43 del febbraio 2001, esplicativa del protocollo d'intesa 27/9/2001, ha posto particolare attenzione all'estensione del servizio scolastico in ospedale anche all'istruzione secondaria di secondo grado, sottolineando l'esigenza di una stabilizzazione in organico almeno per le discipline dell'area comune: italiano, storia, matematica, lingue straniere, diritto ed economia, scienza della Terra e biologia.

Nell'ambito delle iniziative previste dal protocollo d'intesa 27/9/00, la Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio, d'intesa con il Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica, ha promosso un progetto di ricerca «La Scuola in Ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione».

Tale iniziativa prevede, in particolare, la realizzazione di un portale Web tematico che permetta la circolarità delle esperienze nel contesto italiano ed europeo e fornisca servizi on line per far emergere e valorizzare le esperienze.

Nel quadro delle azioni previste dal progetto di ricerca, è stato costituito un Comitato Tecnico presso il MIUR con compiti di direzione e di coordinamento, di valutazione e monitoraggio.

Al fine di realizzare la rete per lo sviluppo della ricerca, sono state individuate sul territorio, nel numero di una per regione, le scuole polo, che hanno il compito di curare i contatti, attraverso un docente referente, con le altre scuole in ospedale della Regione e con il Comitato tecnico nazionale. Tali scuole devono raccogliere dati sui modelli organizzativi delle altre scuole in ospedale, anche in riferimento all'integrazione del lavoro scolastico con quello delle strutture sanitarie e delle istituzioni territoriali coinvolte; reperire il materiale, soprattutto quello multimediale ed il software didattico usato o prodotto dalle scuole; inviare successivamente al Comitato Tecnico Nazionale il materiale didattico raccolto e selezionato sulla base di indicatori forniti dal Comitato stesso; favorire lo sviluppo della cultura della scuola in ospedale.

Per la realizzazione del progetto è stata prevista la collaborazione del Polo Didattico e di Ricerca di Crema (Dipartimento di Tecnologie dell'Informazione dell'Università degli Studi di Milano) per l'esperienza maturata nella sperimentazione di soluzioni tecnologiche e nella realizzazione di supporti multimediali per la didattica a distanza. In particolare, il Polo di Crema ha curato la predisposizione del portale e la messa in rete delle scuole.

Il progetto in questione, in atto negli anni scolastici 2001/2002 e 2002/2003, consente una socializzazione delle esperienze, una condivisione delle informazioni, una diffusione immediata delle notizie di settore di carattere sia pedagogico che sanitario e ren-

de possibile il collegamento telematico tra scuole ospedaliere e scuole di appartenenza degli alunni.

Alla data attuale le scuole in ospedale sono 137 e le sezioni ospedaliere 144. In particolare, le scuole materne ed elementare sono 95, le scuole medie 17, gli istituti comprensivi 14, le scuole secondarie superiori 11. I docenti sono 447.

Fra le azioni e gli interventi a favore delle attività per la scuola in ospedale, va citata la C.M. n. 149 del 10/10/01, con la quale il MIUR ha fornito indicazioni operative per la realizzazione delle attività a favore degli alunni malati e ha ripartito i fondi destinati ai singoli Uffici scolastici regionali. Tale provvedimento ha tenuto conto di quanto previsto dalla Direttiva Ministeriale per il 2001 per l'utilizzazione delle disponibilità finanziarie del fondo per l'arricchimento e l'ampliamento dell'offerta formativa, istituito con legge 440/97, che ha individuato, fra gli interventi prioritari, anche le iniziative volte al potenziamento ed alla qualificazione dell'offerta di integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale o seguiti in regime di day-hospital.

Le risorse finanziarie, £ 850.000.000, hanno consentito di dare attuazione al potenziamento ed alla qualificazione dell'offerta formativa nel complesso settore della scuola in ospedale per l'anno scolastico 2001/2002. La somma complessiva, prevista per ciascun Ufficio Scolastico Regionale sulla base del numero delle sezioni ospedaliere funzionanti, è stata finalizzata alla realizzazione degli interventi secondo le seguenti modalità:

- una quota, corrispondente all'importo di £ 450.000 (quattrocentocinquantamila) per ogni docente, è stata assegnata alle scuole con sezioni ospedaliere funzionanti nella regione secondo il numero di docenti impegnati nell'anno scolastico 2001/2002 in attività concernenti la scuola in ospedale;
- la rimanente quota, gestita direttamente da ogni Ufficio scolastico regionale, eventualmente anche attraverso le scuole polo, è stata finalizzata alla realizzazione di interventi non programmabili all'inizio dell'anno scolastico in tema di: istruzione domiciliare per gli insegnamenti delle scuole di ogni ordine e grado; oneri derivanti da insegnamenti disciplinari delle aree di indirizzo per le scuole secondarie di secondo grado; altre esigenze relative anche ad iniziative culturali mirate.

Riguardo all'istruzione domiciliare, si richiama l'attenzione sulla circostanza che tale servizio potrà essere erogato soltanto qualora la grave patologia in atto non preveda il ricovero ma impedisca, nel contempo, la frequenza della scuola per lungo lasso di tempo, non inferiore a 30 giorni. Il periodo temporale, comunque non inferiore a 30 giorni, potrà essere non continuativo solo nel caso in cui siano previsti cicli di cura ospedaliera alternati a cicli di cura domiciliare. La patologia ed il periodo di impedimento alla frequenza scolastica dovranno essere oggetto di idonea certificazione sanitaria.

Sempre nella stessa circolare sono state previste risorse finanziarie destinate a specifiche azioni di formazione; a questo proposito il citato protocollo di intesa tra i Mini-

steri della Pubblica Istruzione, della Solidarietà Sociale e della Sanità ha messo in evidenza la necessità di sviluppare nel personale competenze e professionalità in un settore che richiede particolare sensibilità didattica e relazionale.

A tale scopo, sono necessarie un'analisi dei bisogni formativi e l'individuazione di azioni di formazione con le seguenti finalità:

- favorire iniziative di formazione integrata che prevedano la co-presenza sia dei docenti che degli altri operatori ospedalieri coinvolti;
- attivare iniziative di formazione interregionale;
- diversificare, nel modo più opportuno, le modalità ed i tempi di formazione tra docenti che operano nelle scuole in ospedale da lungo tempo e docenti all'inizio di tale attività.

Nell'anno 2001, presso il Ministero è stato attivato un indirizzo di posta elettronica, riservato all'attività della scuola in ospedale, per favorire la comunicazione tra la Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio, gli Uffici scolastici territoriali e le scuole: scuolainospedale@istruzione.it.

Nell'esercizio finanziario 2002, come avvenuto nel 2001, è stata emanata la Circolare n. 84 del 22 luglio 2002, con la quale sono state fornite indicazioni operative agli Uffici Scolastici Regionali per la realizzazione di iniziative volte a potenziare ed a qualificare l'offerta di integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale o seguiti in regime di day hospital. Le risorse finanziarie previste, di cui ai fondi della legge n. 440/97 ammontano, per l'anno scolastico 2002/2003, a euro 774.685,00, pari a circa 1 miliardo e mezzo di lire.

L'aumento della somma complessiva, rispetto all'anno precedente, è stata determinata dal considerevole aumento sia dei docenti che delle sezioni ospedaliere e dall'estendersi del fenomeno dell'istruzione domiciliare.

La somma per ogni docente, impegnato in attività di insegnamento concernenti la scuola in ospedale, è stata prevista in euro 258,00, pari a £ 500.000.

La somma residua è destinata a finanziare interventi non programmabili all'inizio dell'anno scolastico, negli stessi settori enunciati nella C.M. 149 dell'anno 2001.

Con la stessa C.M. n. 84 sono state fornite indicazioni per le iniziative di aggiornamento a carattere regionale ed è stato previsto che la progettazione, il monitoraggio e la valutazione dei corsi possano essere affidati alle scuole polo regionali.

Come preannunciato nella circolare n. 84, è stato trasmesso agli Uffici Scolastici Regionali, nel mese di settembre 2002, il Cd-rom «Insegnare in ospedale», quale strumento di lavoro inteso come modello didattico innovativo e funzionale alle esigenze delle scuole operanti nel settore.

Allo scopo di favorire la diffusione della cultura della scuola in ospedale, sarà necessario migliorare le competenze professionali pregresse, creare nuovi canali formativi mirati all'acquisizione di competenze specifiche, costruire una rete fra operatori del settore, incoraggiare modalità di lavoro integrato per l'integrazione ottimale fra progetto didattico e terapeutico.

Le azioni fino ad oggi realizzate dalle strutture scolastiche e dalle strutture ospedaliere per sostenere lo sviluppo qualitativo del servizio scolastico e per assicurare nella misura massima possibile il pieno esercizio dei diritti alla salute e all'istruzione, testimoniano l'attenzione prestata alle esigenze dei bambini e degli adolescenti malati e ricoverati in ospedale.

Il Seminario che si apre oggi a Napoli è un'ulteriore occasione per elaborare nuove strategie, all'interno di un sistema integrato tra operatori scolastici e sanitari che permetta di rispondere in modo sempre adeguato alle molteplici e diversificate esigenze di una scuola al servizio dell'alunno malato.

■ **Innovazione tecnologica e scuola in ospedale**

Alessandro Musumeci

*Direttore Generale del Servizio per l'Automazione Informatica
e l'Innovazione Tecnologica*

L'obiettivo del nostro intervento

L'obiettivo che, attraverso l'innovazione tecnologica, ci proponiamo di raggiungere è quello di assicurare all'alunno ospedalizzato una soddisfacente vita di relazione con la sua classe e con i suoi insegnanti, per consentirgli di proseguire l'apprendimento, offrendogli le stesse opportunità didattiche normalmente disponibili nella scuola.

L'obiettivo del nostro intervento è offrirgli un aiuto concreto, tramite i docenti delle Scuole Polo inserite nella sperimentazione, con l'ausilio delle tecnologie più innovative.

Le tecnologie attualmente disponibili

Per la realizzazione del nostro progetto saranno disponibili personal computer (fissi o portatili) ubicati sia nella classe di provenienza dell'alunno, che nella struttura ospedaliera con collegamenti a larga banda ad Internet (da 1 a 10 Mb/sec) per consentire non solo la trasmissione di informazioni e di voce, ma anche del segnale video.

Vi è poi la possibilità di trasmettere nei due sensi (scuola-ospedale e viceversa) testi scritti e disegni tramite scanner e *e-mail*, utilizzando reti senza fili «wireless» che permettono l'uso dei portatili nel reparto, senza vincoli di nessun tipo.

Per quanto riguarda la tecnologia a *larga banda* si è orientati a convertire le linee ISDN in ADSL (50% entro il 2003, 70% entro il 2004).

Si pensa inoltre di utilizzare la fibra ottica ove possibile e di sperimentare tecnologie alternative quali Powerline-ENEL, satellite.

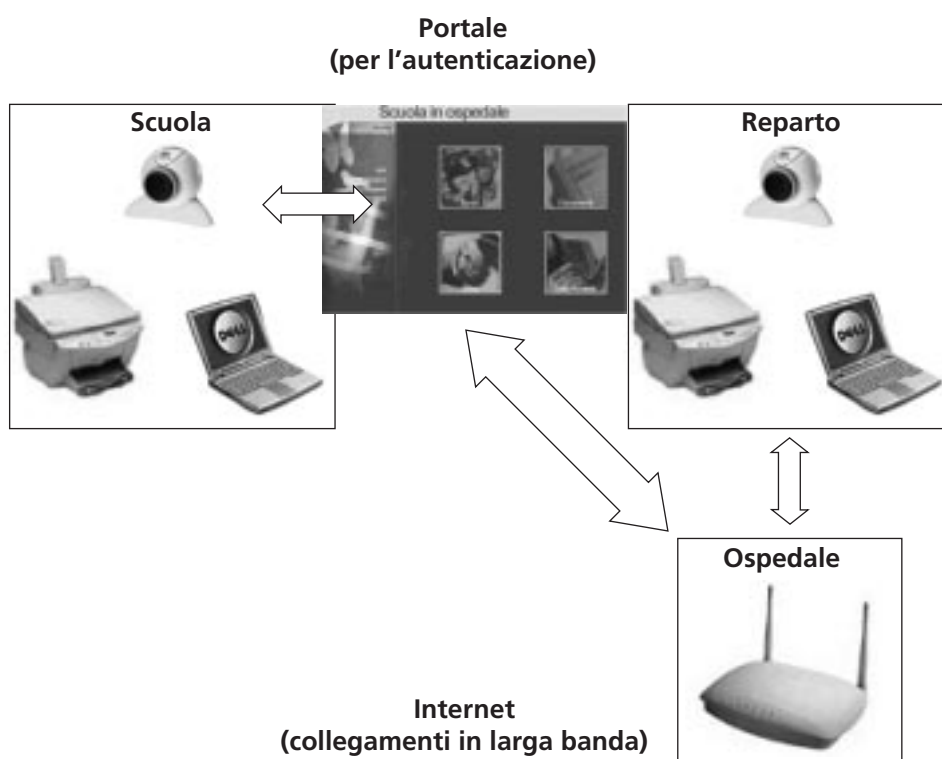
Per il *wireless* si pensa ad un cablaggio «leggero» delle scuole con tecnologia 802.11. Particolare interesse suscitano, per le necessità del settore, gli *e-book*.

Le misure finanziarie-organizzative

Per le scuole sono disponibili con la Circolare 114 del 24/10/2002 stanziamenti per € 81 mln (in aggiunta ai 60 mln € 2001) per il cablaggio, il potenziamento parco PC e per l'acquisto di software didattico.

Per i docenti sono disponibili, nel nuovo Contratto integrativo 2002/03, € 35 mln per autoaggiornamento, corsi di specializzazione universitaria (master, borse di ricerca, ecc.), acquisto di libri e software didattici e per canoni ADSL.

La soluzione proposta



Alcuni casi di rilievo

Il primo caso

Il 30 settembre 2002 è stato presentato il primo collegamento fra il Policlinico Umberto 1° di Roma, Istituto di ematologia del Prof. Mandelli ed il MIUR, ove erano presenti alcuni docenti ed alunni dell'ITIS «Giovanni XXIII» di Roma, al fine di mettere in contatto un alunno lungodegente con i suoi compagni di classe.

Un altro caso importante

Il 31 ottobre 2002, in seguito al terremoto del Molise, uno dei bambini feriti nel sisma è stato ricoverato presso l'ospedale «G. Salesi» di Ancona e ha potuto utilizzare un sistema di collegamento in videotelefonia con la S.M.S. «G. Pascoli» che già nell'anno scolastico 2000/2001 (maggio-giugno 2001) aveva effettuato 15 collegamenti durante la fase sperimentale con 62 bambini coinvolti.

Nell'anno scolastico 2001/2002 (ottobre 2001-gennaio 2002) la stessa scuola ha effettuato 39 collegamenti con 121 bambini coinvolti.

Action Plan

La sperimentazione, limitata per ora a cinque ospedali italiani dotati di collegamenti in banda larga, fra i quali l'ospedale «Pausilipon» di Napoli e il Gaslini di Genova, prevede la possibilità per i genitori di collegarsi al sistema per verificare l'apprendimento dei loro figli.

Molti i fornitori che si sono dichiarati disponibili ad installare le loro apparecchiature in alcuni ospedali a titolo gratuito. Fra questi Converge-HP (computer e stampanti-scanner), Intel (reti wireless 802.11a – 5Ghz), Fastweb (banda larga), Aethra (telecamere).

■ Tra cura e progetto: scuola, famiglia e sanità insieme per la promozione della salute

Mariolina Moioli

Direttore Generale per lo Status dello Studente, per le Politiche Giovanili e per le Attività Motorie

Sono molto lieta di partecipare a questo seminario rivolto ai docenti delle scuole ospedaliere che per il particolare «impegno» necessitano di tutto il nostro sostegno unitamente ai bambini e alle loro famiglie.

Il bambino «malato» deve, in un momento così delicato, sentire che intorno a lui la sua famiglia, il personale sanitario e gli insegnanti sono impegnati ad assicurargli la «cura» necessaria perché il suo progetto di vita non venga interrotto.

Perché tale sostegno sia efficace è anche necessario garantire al personale preposto corsi adeguati di formazione, momenti significativi nazionali di confronto (come questo) e momenti locali di approfondimento, che vedano insieme il medico, lo psicologo, l'insegnante e il personale paramedico.

Molto è stato fatto con l'istituzione delle scuole in ospedale che cominciano a far fronte, nonostante l'esiguità delle risorse finanziarie a disposizione, anche alle richieste di istruzione secondaria superiore; *la prossima sfida da raccogliere sarà l'istruzione domiciliare.*

Come già è stato affermato dal Sottosegretario Guidi il Piano sanitario nazionale 2002-2004 vedrà progressivamente ridursi i tempi di degenza, particolarmente nella fase risolutiva della malattia, a favore dell'assistenza domiciliare.

L'istruzione scolastica domiciliare è quindi destinata a diffondersi: maggiori risorse umane e finanziarie dovranno essere destinate a tale scopo (L. 440/97, fondi strutturali – Pon-Progetti locali).

Stiamo proprio in questi giorni lavorando al protocollo d'intesa che dovrà rivedere e migliorare gli impegni già assunti con quello stipulato nel 2000.

È infatti indispensabile che, per assicurare continuità educativa a questi nostri giovani in situazioni temporanee di difficoltà, si creino forme di collaborazione, sostenute da protocolli, convenzioni, accordi di programma, fra scuola, famiglia (associazioni genitori), Enti locali, Asl, volontariato e finalizzate all'assistenza, alla riabilitazione, all'apprendimento e al reinserimento scolastico e sociale.

È inoltre auspicabile che la scuola riesca a creare quelle condizioni favorevoli, laddove possibile, perché i ragazzi insieme agli insegnanti più motivati costituiscano delle «reti di solidarietà» in grado di mantenere e sviluppare quelle relazioni interpersonali necessarie per la crescita.

Operatori sanitari e scolastici devono assicurare, inoltre, il necessario sostegno alla famiglia, che *non può e non deve sentirsi sola*.

La proposta di «cura» non deve essere solo clinica, ma ogni iniziativa, dall'accoglienza alla degenza, dal dialogo con i medici, dall'organizzazione degli spazi ospedalieri deve considerare quali elementi centrali il bambino e la sua famiglia: il decorso clinico potrà, a detta di tutti gli esperti, trovare sicuro giovamento.

Compito della scuola sarà quindi quello di stimolare l'interesse e il coinvolgimento degli allievi, garantendo a tutti (in particolare a quelli in situazioni di difficoltà fisiche e psicologiche) condizioni ottimali di apprendimento anche attraverso piani di studio personalizzati.

Il coinvolgimento dei ragazzi «sani» in *attività di volontariato*, in attività di sostegno ai compagni di scuola più deboli, contribuisce alla crescita di entrambi, educa all'incontro con la sofferenza, con il limite, con la vulnerabilità, educa altresì al sentire con emozione l'appartenenza alla comune condizione umana.

■ Il Programma Operativo Nazionale «La scuola per lo sviluppo» 2000-2006

Annamaria Leuzzi

Dirigente, Direzione Generale per le Relazioni Internazionali

Il Programma operativo «La Scuola per lo Sviluppo», relativo al periodo di programmazione 2000/2006 – e finanziato con fondi strutturali europei – concorre, con gli altri Programmi Operativi approvati dall'UE, al conseguimento dei due obiettivi globali definiti per il Quadro Comunitario di Sostegno per le Regioni dell'Obiettivo 1: conseguire un tasso di crescita significativamente superiore rispetto alla media registrata nell'Unione Europea e ridurre drasticamente il disagio sociale.

Il Programma, collocato all'interno dell'Asse III – Risorse Umane del Quadro Comunitario di Sostegno Ob.1, prevede un insieme di interventi per le scuole del mezzo-

giorno mediante l'utilizzazione del FSE (Fondo Sociale Europeo) e del FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale).

L'insieme degli interventi costituiscono uno strumento finalizzato al sostegno dello sviluppo e dell'innovazione del sistema scolastico, per il miglioramento dell'occupabilità dei giovani e degli adulti per la promozione dello sviluppo economico e sociale del Mezzogiorno, mediante l'ampliamento delle conoscenze e competenze delle sue risorse umane.

Si colloca, pertanto, nell'ambito delle politiche preventive della disoccupazione.

Le linee strategiche e di intervento propongono un forte raccordo fra le politiche nazionali di sviluppo del sistema di istruzione e le strategie europee per la crescita delle risorse umane a livello comunitario, riconoscendo un ruolo centrale all'innovazione e all'adeguamento dei sistemi di istruzione, di formazione e di ricerca, quali fattori di sviluppo: crescita economica, competitività ed occupazione.

I due Fondi strutturali (FSE e FESR) contribuiscono in maniera integrata al supporto delle seguenti linee d'intervento:

- per il FSE, al miglioramento dell'accesso e della qualità del sistema di istruzione mediante iniziative destinate all'ammodernamento e all'arricchimento dei curricula degli istituti scolastici di istruzione secondaria, alla formazione dei docenti sugli aspetti più rilevanti del rinnovamento scolastico e sullo sviluppo delle nuove tecnologie, ad azioni di orientamento, di supporto e di collegamento con il territorio per lo sviluppo di un sistema di formazione integrata, a contrastare i fenomeni di dispersione scolastica e formativa dei giovani che si inseriscono nel mercato del lavoro senza il bagaglio di competenze necessario a fronteggiare i rapidi mutamenti della domanda delle imprese;
- per il FESR, al rinnovamento delle strutture e della strumentazione tecnologica degli istituti scolastici per promuovere, quale supporto dell'innovazione formativa dei progetti cofinanziati dal FSE, lo sviluppo della società dell'informazione e della comunicazione, con particolare riguardo a quegli ambiti formativi in cui tale sviluppo ha comportato consistenti cambiamenti delle stesse professionalità richieste dal mercato del lavoro.

In particolare le specifiche linee di intervento sono così articolate:

- il sostegno allo sviluppo della qualità dell'offerta formativa in termini di ampliamento dei saperi, di sviluppo delle competenze di base e trasversali, di adeguamento delle metodologie, di formazione del personale docente e non docente per sostenere il cambiamento e le pari opportunità. Sviluppo di servizi a supporto dell'innovazione di sistema; sostegno allo sviluppo della società della conoscenza e dell'informazione, in termini di strutture, di strumenti e di formazione di docenti ed allievi;
- lo sviluppo di iniziative mirate a contenere la dispersione scolastica con approcci appropriati in rapporto alle differenze sia degli individui sia del contesto sociale, anche

- attraverso il contrasto all'analfabetismo di ritorno e la promozione dell'integrazione sociale e culturale dei gruppi svantaggiati;
- lo sviluppo dell'integrazione del sistema dell'istruzione con quelli della formazione e del lavoro, nelle aree formative dell'istruzione superiore e dell'educazione permanente;
 - il sostegno allo sviluppo della parità di genere nel sistema scolastico, in funzione della partecipazione delle donne al mercato del lavoro attraverso iniziative di riequilibrio delle modalità di transizione scuola-lavoro e scuola-istruzione e formazione superiore, di sensibilizzazione del personale scolastico, di recupero dei livelli di istruzione delle donne drop-out ed adulte.

Le linee di intervento descritte si articolano anche nelle seguenti prospettive «trasversali»:

- sostegno allo sviluppo della società della conoscenza e dell'informazione, sia dal punto di vista delle infrastrutture (laboratori tecnologici e multimediali, reti, ecc.) che di formazione ai docenti, agli studenti e agli adulti;
- sostegno alle politiche ambientali attraverso iniziative innovative nel campo dell'educazione ambientale e interventi diffusi di formazione;
- sostegno alla diffusione dei temi trasversali delle pari opportunità e dello sviluppo locale.

Le iniziative contro la dispersione scolastica

La prevenzione e il recupero della dispersione scolastica è uno degli obiettivi prioritari del Pon Scuola.

Essa rappresenta uno dei nodi centrali delle politiche europee.

Già gli artt. 126 e 127 del trattato di Maastricht, il Libro Bianco della Commissione «Crescita, competitività, occupazione» e quello più recente «Insegnare e apprendere: verso la società cognitiva», gli obiettivi fissati da «Agenda 2000» e le linee guida dei Regolamenti sui fondi strutturali europei hanno definito, con sempre maggiore incisività, l'importanza dello sviluppo dei sistemi d'istruzione e di formazione.

Il Consiglio europeo di Vienna del dicembre 1998, il Consiglio europeo di Helsinki del dicembre 1999 e il Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000, oltre ad accentuare le politiche rivolte allo sviluppo dei sistemi d'istruzione e di formazione dei Paesi membri, in particolare, relativamente all'area della dispersione scolastica, hanno posto l'accento sulle «strategie di prevenzione» e «attenzione ai giovani che hanno maggiori difficoltà di apprendimento», in modo da ridurre sostanzialmente il numero di giovani che abbandonano il sistema scolastico.

In questo quadro l'obiettivo fissato per il recupero e la prevenzione del fenomeno della dispersione scolastica pone la necessità, per il nostro Paese, di un piano d'interventi aggiuntivi, rivolto in modo particolare alle aree del Mezzogiorno, dove le attuali

situazioni di contesto presentano ancora aspetti di forte ritardo. In particolare le condizioni di vita, l'aspetto sociale, culturale, economico e ambientale delle regioni del sud Italia, riflettono ancora caratteristiche di arretratezza e di squilibrio rispetto alle condizioni medie del Paese.

Gli indici della dispersione scolastica, quelli sulle «condizioni di disagio», quelli sull'edilizia scolastica (alunni in doppio turno, classi in doppio turno, condizioni degli edifici, aule in affitto), così come quelli della criminalità giovanile, vedono la quasi totalità delle province del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale, con scarti consistenti rispetto al Centro-Nord.

Il Programma Operativo Nazionale «La scuola dello sviluppo» prevede al suo interno particolari Misure per la riduzione della dispersione scolastica e del disagio giovanile:

- Misura 3 «Prevenzione della dispersione scolastica»
- Misura 4 «Infrastrutture per l'inclusione scolastica e l'integrazione sociale»

La Misura 3 ha come obiettivo l'attuazione di azioni di prevenzione e recupero della dispersione scolastica e di riduzione della marginalità sociale. Essa mira a recuperare all'istruzione tutti i soggetti in difficoltà, scolarizzati e non scolarizzati, riconoscendone i bisogni e gli interessi, valorizzandone le risorse intellettuali, relazionali ed operative, promuovendone le capacità ai fini di una migliore integrazione socioculturale e dell'occupabilità. I progetti realizzati con tale Misura vengono finanziati con il Fondo Sociale Europeo.

La Misura 3 comprende:

- l'Azione 3.1 «Prevenzione della dispersione scolastica di alunni della scuola di base nelle aree a massimo rischio di esclusione culturale e sociale»;
- l'Azione 3.2 «Interventi per la prevenzione ed il recupero della dispersione scolastica degli alunni della scuola secondaria superiore e per il rientro dei drop out»;
- l'Azione 3.2 b «Interventi contro la dispersione scolastica e il disagio sociale da realizzarsi presso i Centri risorse contro la dispersione scolastica».

La Misura 4 intende realizzare – prioritariamente nelle aree del Mezzogiorno caratterizzate da gravi problemi di dispersione scolastica (anche a causa dell'influsso dell'attività della criminalità organizzata) e di isolamento socioculturale (aree montane e isolate) – interventi infrastrutturali mirati ad offrire nuove opportunità ai giovani e a procurare loro le competenze civili e professionali necessarie per l'inserimento nella società come cittadini e lavoratori. L'istituzione di questi Centri risorse avviene con finanziamenti del Fondo Europeo dello Sviluppo Regionale.

La Misura 4 comprende:

- l'Azione 4.1 «Centri risorse contro la dispersione scolastica». L'Azione prevede la realizzazione di Centri in aree urbane particolarmente degradate, cui si concentrino risorse finalizzate alla prevenzione e al recupero della dispersione scolastica, e all'inte-

- grazione sociale dei soggetti, sia interni che esterni alla scuola, attraverso la promozione dell'attrattività della scuola, la prevenzione della dispersione interna, l'incentivazione dei rientri dei drop out e dell'alfabetizzazione dei giovani adulti, l'orientamento per il rientro e/o la prosecuzione in altri percorsi formativi;
- l'Azione 4.2 «Centri risorse contro la dispersione scolastica e l'esclusione sociale in aree periferiche e isolate».

I Centri risorse contro la dispersione scolastica attualmente funzionanti sono 71 di cui rispettivamente: 2 in Basilicata, 8 in Calabria, 13 in Campania, 14 in Puglia, 8 in Sardegna, 26 in Sicilia.

In questo quadro di interventi è possibile prevedere iniziative che, in coerenza con il progetto nazionale, siano realizzate in favore di studenti assenti da scuola per malattia e, per tale motivo, a rischio di dispersione.

Le caratteristiche specifiche delle misure indicano fra gli obiettivi quello di fare in modo che tutti i giovani conseguano una formazione di base sufficiente a proseguire gli studi ovvero a favorire un inserimento lavorativo; fra le priorità e le metodologie, sono previsti gli interventi individualizzati.

È possibile, pertanto, la programmazione di interventi, mirati a favorire il servizio d'istruzione domiciliare per gli alunni e le alunne che hanno malattie che richiedono lunghi periodi di cura domiciliare. Per questi giovani, che per motivi di salute interrompono la regolare frequenza delle lezioni a scuola, è necessario prevedere interventi mirati sia per fare in modo che la malattia non impedisca loro di continuare il proprio percorso formativo sia per promuovere la crescita culturale e sociale che ne deriva.

Il nostro sistema scolastico riesce a garantire, in queste particolari situazioni, interventi di supporto che promuovono il diritto allo studio anche per questi alunni e per queste alunne. La situazione socio-economica e culturale, presente nelle regioni del Mezzogiorno d'Italia, rende necessaria un'azione di rinforzo aggiuntiva rispetto agli interventi istituzionali.

In particolare è possibile elaborare e promuovere un'azione specifica, destinata ai ragazzi e alle ragazze assenti per un lungo periodo da scuola per gravi problemi di salute, che possa evitare il rischio di eventuali abbandoni degli studi o eventuali bocciature.

Nell'ambito dei lavori di gruppo previsti sarà possibile, pertanto, definire un progetto finanziabile con le misure del Pon.

Per la realizzazione di questo particolare intervento occorre preliminarmente:

- accertare il bisogno, non solo nelle sue dimensioni quantitative ma anche nelle sue caratteristiche funzionali e di contesto;
- stabilire dei parametri di massima e di minima entro cui operare (per esempio il numero minimo dei giorni di assenza, il numero massimo delle ore di docenza ammesse a finanziamento, ecc.);
- corresponsabilizzare la scuola di provenienza del ragazzo o della ragazza che, nel presentare la richiesta/progetto, deve: 1 - fornire l'analisi del caso; 2 - descrivere i bisogni

formativi del soggetto e l'area di intervento prossimale; 3 - prevedere e/o proporre forme di certificazione e di documentazione dei percorsi fatti e dei risultati ottenuti, che lo studente possa far valere anche eventualmente in altre scuole;

- definire le modalità, l'articolazione, le metodologie, i risultati attesi, nonché i percorsi formativi.

Siamo consapevoli di quanto sia importante fare in modo che si risponda adeguatamente a tutti i fabbisogni formativi con azioni mirate e concentrate, al fine di raggiungere i grandi obiettivi che il Sistema di Istruzione è chiamato a conseguire per lo sviluppo di una società civile.

■ **L'impegno dell'Ufficio Scolastico Regionale della Campania**

Luciano Chiappetta

Dirigente, USR Campania

Porto i saluti del Direttore Generale Alberto Bottino che non ha potuto partecipare personalmente a questa giornata, per improvvise esigenze di servizio.

Assicuro, tuttavia, il vivo interesse della Direzione Regionale, e mio personale, per l'importante problematica trattata in questo seminario, che si svolge a Napoli, ma con indubbia rilevanza nazionale.

Gli Uffici scolastici di questa regione, già da tempo, hanno realizzato una serie di iniziative d'avanguardia nel settore grazie anche alla proficua collaborazione degli enti locali e delle aziende ospedaliere.

In linea con le valide azioni formative realizzate anche grazie alla fattiva partecipazione dei numerosi docenti oggi presenti, l'U.S.R. della Campania proseguirà in maniera più approfondita e capillare i percorsi avviati, raccogliendo anche tutti i suggerimenti e le proposte che emergeranno nel corso di questo seminario.

Con l'occasione non resta che sottolineare il senso di profonda sensibilità dimostrato dall'Amministrazione Centrale, che ha inteso valorizzare la valenza sociale e didattica della formazione degli allievi costretti alla degenza ospedaliera ed il particolare impegno dell'Amministrazione stessa nel dotare le istituzioni scolastiche e le strutture ospedaliere dei più moderni ed avanzati sistemi di comunicazione multimediale.

■ **La cooperazione fra le scuole e gli enti locali**

Angela Cortese

Assessore alle Politiche Formative e Pari Opportunità dell'Amministrazione Provinciale di Napoli

L'obiettivo fondamentale della scuola in ospedale è quello di riportare il bambino in una condizione di serenità, di «normalizzazione», di socializzazione, di contenimento dell'ansia, cioè di riportarlo ad una condizione in cui non solo si eviti l'inter-

ruzione del processo di apprendimento, ma si cerchino, con strumenti pedagogici, le possibilità di recupero, studiando anche la resistenza, ossia la capacità individuale di resistere all'evento traumatico, conservando un discreto livello di adattamento alle condizioni avverse.

L'azione della scuola e degli Enti locali interessati devono tendere al raggiungimento di obiettivi e strategie finalizzate a promuovere concrete azioni, per assicurare ai bambini e agli adolescenti ospedalizzati il pieno diritto all'apprendimento in ogni ordine e grado di scuola.

In questa prospettiva ritengo sia da privilegiare la formazione dei docenti a supporto di un'attività didattica che, oltre a garantire il diritto all'istruzione, «umanizzi» il ricovero e contribuisca al mantenimento, o al recupero, dell'equilibrio psicofisico.

In questa prospettiva, il lavoro di noi tutti deve essere orientato al raggiungimento di specifici obiettivi pedagogici e didattici, ma anche istituzionali e organizzativi.

I primi possono essere così riassunti:

- assicurare a tutti pari opportunità, per sviluppare conoscenze, capacità e competenze sia pure in un contesto complesso come quello della scuola in ospedale;
- valorizzare lo sviluppo e la crescita della persona umana, attraverso interventi adeguati alla specificità di ciascuno e coerenti con gli obiettivi generali ed educativi dei diversi tipi ed indirizzi di studi definiti a livello nazionale;
- favorire il successo scolastico e formativo degli alunni ricoverati, offrendo loro stimoli e interessi utili a migliorare l'equilibrio psicofisico;
- ridurre il rischio di esclusione e il senso di isolamento degli alunni lungodegenti, attraverso una più qualificata integrazione del lavoro scolastico con quello delle strutture ospedaliere;
- armonizzare i tempi e i ritmi dell'insegnamento – apprendimento con quelli diagnostico-terapeutici, spesso prioritari, in relazione alle specifiche situazioni individuali;
- promuovere la formazione regionale dei docenti e di tutti gli addetti che operano nelle scuole ospedaliere, per affrontare le specificità sia dell'insegnamento apprendimento sia degli aspetti organizzativi e istituzionali.

Gli obiettivi di tipo istituzionale sono invece riconducibili al bisogno condiviso di superare il rischio-isolamento di ciascuna situazione – scolastica o ospedaliera singolarmente considerata – attraverso raccordi e collegamenti istituzionali e interistituzionali tali da supportare i docenti, i dirigenti scolastici ed il personale ospedaliero nel raggiungimento delle specifiche finalità educative, nel rispetto delle competenze di ciascuna scuola e di ciascuna realtà territoriale; occorrerebbe, pertanto, sviluppare:

- la rete provinciale delle scuole in ospedale;
- il raccordo con la Regione e gli Enti locali (protocolli, accordi di programma);
- il raccordo con l'Università, in particolare sugli aspetti della formazione a distanza (informatizzazione) e sulle specificità pedagogiche, didattiche e psicologiche, che ca-

atterizzano l'insegnamento/apprendimento domiciliare o presso le strutture ospedaliere.

Per riportare il discorso in un ambito di carattere squisitamente didattico vorrei focalizzare l'attenzione, in particolare, su alcune parole chiave, quali: intenzionalità educativa, fattore di rischio, fattore di protezione, professione di aiuto, dinamiche relazionali.

Mi piacerebbe collocare, contestualizzare, queste parole nell'ambito didattico e organizzativo dell'autonomia delle istituzioni scolastiche. L'autonomia richiama alla mente anche altri termini: flessibilità, responsabilità, integrazione; termini che, nella pratica quotidiana, si sono tradotti in percorsi flessibili e individualizzati per gli alunni, responsabilità diretta della scuola in ordine a processi, progetti e percorsi di insegnamento-apprendimento e integrazione, ossia capacità di connettere le attività didattiche con le realtà sia individuali, riconducibili all'individualità dei soggetti considerati, sia istituzionali, ovvero collegate ai differenti contesti.

Nel nostro caso, la specificità della scuola in ospedale si integra con strutture ospedaliere che hanno una loro precisa finalità; in questi contesti l'autonomia può favorire, per esempio, l'elaborazione di un progetto educativo e di un curriculum caratterizzati da significativi elementi di flessibilità, a supporto dell'intenzionalità educativa e formativa dei docenti nei confronti di studenti che vivono una situazione fisica e psicologica estremamente delicata, che attiene anche a questioni riconducibili ai fattori di rischio e protezione, alla professione di aiuto e alle dinamiche relazionali.

Si tratta, per usare un linguaggio più tecnico, dell'individuazione dell'insegnamento-apprendimento in funzione della salvaguardia dei diritti dei ragazzi ricoverati nelle strutture sanitarie: salute, istruzione, gioco, relazioni, equilibrio psico-fisico.

In questo contesto l'autonomia scolastica consente modalità di lavoro flessibili che raccordano differenti professionalità (mediche, psicologiche, pedagogiche, ecc.) e favorisce collegamenti interistituzionali, concretizzabili attraverso protocolli e accordi di programma. Le modalità operative che collegano competenze diverse portano a considerare la questione delle specificità professionali e, in proposito, vorrei sottolineare le peculiarità della professionalità docente.

C'è indubbiamente una «relazione di aiuto» che deve esercitare anche l'insegnante che lavora con ragazzi che hanno seri problemi di salute, ma questo tipo di intervento non è caratteristica specifica della professionalità docente, che si esprime attraverso il rapporto insegnamento-apprendimento.

A partire da questo presupposto, mi pare che ancora una volta occorra utilizzare la parola integrazione per indicare la necessità di connettere professionalità diverse, in grado di accompagnare lo studente malato in un percorso di guarigione che non sia solo fisico, ma anche psicologico e sociale; mi riferisco a quelle competenze proprie dell'insegnamento-apprendimento e a quelle che, in modo più specifico e finalizzato, esercitano una professione d'aiuto (assistenti sociali, psicologi, ecc.).

Occorre quindi agire in una dimensione sistemica che non riguarda solo le persone, ma anche i contesti: ipotizziamo un bambino o un ragazzo ricoverato all'interno di una

struttura ospedaliera dove l'autonomia consente alle scuole e ai docenti di lavorare in modo flessibile e individualizzato; in questo caso il fattore di protezione è elevato.

Poi ci si augura che le cose vadano bene da un punto di vista medico e che il ragazzo venga dimesso; a quel punto scatta il fattore di rischio «contesto» costituito dal raccordo con la famiglia e con altre scuole non ospedaliere e che aumenta proporzionalmente alla distanza tra luogo del ricovero e residenza.

Ne consegue che tutti i fattori di protezione messi in atto durante il ricovero ospedaliero potrebbero essere insufficienti se non si agisce per eliminare, o almeno attenuare, questo fattore di rischio che potrebbe incidere negativamente sul futuro scolastico, ma anche emotivo, sociale e professionale di un soggetto.

Andrebbero, quindi, costruiti più forti e strutturati elementi di continuità e raccordo tra docenti e scuole, anche tra loro geograficamente molto lontane, per consentire un reinserimento graduale dell'alunno precedentemente ospedalizzato.

La continuità e il raccordo tra contesti sono uno degli aspetti da considerare prioritariamente, se vogliamo offrire ai ragazzi meno fortunati la possibilità di ricevere quanti meno danni è possibile dalla loro condizione di vita.

A questo fine, tutti noi dobbiamo operare in un unico forte sforzo di collegamento e di fattiva e produttiva interazione.

Con ciò voglio dire che anche professionalità differenti, ma solo in apparenza distanti, sono occasione di arricchimento professionale e possono proficuamente interagire se condividono il raggiungimento di un medesimo obiettivo, in questo caso il diritto all'apprendimento e il diritto alla salute dei bambini e degli adolescenti ricoverati in ospedale.

Un impianto didattico di tal genere trova le proprie radici e le proprie basi teoriche nei modelli di pedagogia attiva, quindi nella cooperazione e nel lavoro di rete. Tale rete può essere informatica o realizzata come metodologia di lavoro all'interno di un gruppo che collabora nell'ambito di una struttura specifica come quella ospedaliera, avendo ben presente la complessità del contesto e le peculiarità delle persone coinvolte.

Circa quindici, venti anni fa, in una scuola ancorata a modelli lineari, si accettavano con difficoltà concetti quali cooperazione, organizzazione degli spazi e dei tempi potenziali di apprendimento, individualizzazione, reti; il cambiamento che essi introducevano era spesso considerato un prodotto teorico del mondo della ricerca e guardato con sospetto, perché modificava modalità di «fare scuola» consolidate e quindi rassicuranti.

Poi, sia pure lentamente, questi concetti sono diventati patrimonio comune e condiviso con una significativa accelerazione in questi ultimi anni, anche per effetto dell'innovazione istituzionale che ha interessato il sistema scolastico e formativo.

Si è trattato di una scelta pedagogica, favorita dalle riforme, ma nata «dal basso», dall'esperienza degli insegnanti che hanno saldato il proprio vissuto professionale con i processi innovativi, istituzionali e di ricerca teorica.

Si può dunque affermare che la convergenza tra istituzione, professionalità e ricerca ha permesso scelte pedagogiche e organizzative più rispettose della specificità degli alunni e delle loro possibilità di apprendimento anche in situazioni difficili come quelle ospedaliere.

■ Scuola in ospedale e umanizzazione del ricovero

Angelo Montemarano

Direttore Generale ASL 1 Napoli

Il ricovero ospedaliero è un momento drammatico nella vita d'ogni persona.

Tale condizione comporta lo sconvolgimento delle proprie abitudini, delle proprie certezze, l'allontanamento dai propri cari e dai luoghi familiari, ove si svolgono le attività ordinarie.

I disagi sono sicuramente maggiori per i piccoli ricoverati in ospedale, perché sono meno preparati alla sofferenza e sono sicuramente più dipendenti dall'affetto dei genitori e dei propri parenti.

Tutto questo ha determinato il «paradosso della medicina», per cui il progresso delle cure mediche si è accompagnato ad una diminuzione della fiducia dei pazienti rispetto ai sanitari e agli ospedali.

La scienza medica ha accertato che il benessere psicologico e sociale è un importante «determinante» della salute delle popolazioni, riduce l'insorgenza delle malattie e migliora le prospettive di cura, riabilitazione e guarigione.

Chi si occupa d'organizzazione dei servizi sanitari deve programmare l'assistenza assicurando l'efficacia della cura nelle condizioni di minor disagio psicologico e sociale per i malati.

Per questo motivo le attività assistenziali dell'Azienda Sanitaria Napoli 1 sono organizzate in modo tale da erogare le prestazioni sanitarie principalmente in ambito extra degenza e assicurando, comunque, che la degenza ospedaliera arrechi disagi minimi.

Gli interventi concreti per raggiungere questi risultati sono stati: l'incremento quantitativo e qualitativo delle strutture ambulatoriali e l'istituzione di Day Hospital / Day Surgery ospedalieri ed extra ospedalieri nei presidi sanitari intermedi.

Tali strutture permettono di effettuare gran parte degli interventi sanitari programmati soggiornando in ospedale poche ore e senza dover pernottare.

Per i pazienti cronici sono state organizzate modalità d'assistenza domiciliare, anche di alto impegno specialistico, con l'ausilio di tutte le tecnologie, dei medici e degli infermieri necessari.

Per quanto attiene la riduzione del disagio dei bambini degenti, ho programmato, insieme con i dirigenti degli ospedali, che gli spazi e l'organizzazione del lavoro nei reparti pediatrici fossero tali da prevedere la presenza costante dei genitori.

Per questo motivo le stanze di degenza pediatriche sono ad uno o due letti, tutte con bagno proprio.

Inoltre l'attività assistenziale rivolta ai bambini deve avere, tra i propri interventi istituzionali, attività di sostegno sociale e pedagogico per i piccoli malati.

In America, e ormai anche in Italia, sono stati sperimentati interventi con clown ed esperti di animazione tali da alleviare il disagio dei bambini e dei parenti.

In quest'ambito s'iscrive la realtà del progetto scuola in ospedale attuato nel Presidio Ospedaliero Annunziata e nel reparto di pediatria dell'Ospedale San Paolo.

Quest'intervento è avvenuto sulla base di un'intesa tra Asl Napoli 1 e Provveditorato agli Studi di Napoli prima e Direzione Scolastica Regionale oggi.

In concreto nell'ospedale operano insegnanti di scuola materna ed elementare che svolgono attività didattica attraverso il gioco sfruttando lo stimolo ludico per favorire l'apprendimento.

Tale attività è svolta nella Ludoteca centrale dell'Ospedale Annunziata, appositamente realizzata dalla Asl Napoli 1 nel 1997.

Inoltre tutti i reparti di Pediatria, che sono stati o che sono oggetto di ristrutturazione, prevedono al loro interno una ludoteca.

Nell'ambito di questo progetto è prevista anche la visita dei compagni di scuola del piccolo ricoverato.

Inoltre, grazie all'impegno di uno dei gestori della telefonia, tra pochissimo tempo sarà a disposizione di ogni bambino ricoverato nei nostri ospedali un dispositivo audiovisivo, che potrà permettergli di vivere in videoconferenza l'attività della propria classe scolastica.

Questo mi sembra un importante momento educativo, oltre che socializzante, di uso della tecnologia audiovisiva, in quanto il bambino diventa protagonista dell'uso di questi strumenti al di fuori di schemi prefissati.

Il progetto scuola in ospedale vuole realizzare, all'interno dell'ospedale pediatrico, la possibilità per i piccoli pazienti di vivere un'esperienza di socializzazione e impegno, tale da alleviare la condizione di separatezza che lo stato di degenza necessariamente comporta.

Si vuole in questa maniera rendere la condizione di vita del bambino il più simile possibile alla vita normale di un fanciullo.

L'impegno didattico ha lo scopo di far vivere l'esperienza ospedaliera al bambino senza allontanarlo dalle precedenti occupazioni e cementa uno spirito di comunità e di solidarietà tra i bambini e gli operatori.

Questo progetto ha anche una valenza terapeutica.

Infatti, lo stato di disagio e depressione conseguente al ricovero ospedaliero abbassa le difese immunitarie e influisce negativamente sui processi di guarigione.

Come medico ho visto tante volte nella mia carriera, a contatto con i malati, quanto influisca lo stato d'animo sulla evoluzione di una malattia.

Ritengo, quindi, che questa esperienza vada potenziata e valorizzata attraverso un impegno maggiore anche dell'Ente Comune, che, con i propri servizi sociali, potrà organizzare attività ludiche rivolte ai bambini ricoverati in ospedale.

Mi farò, inoltre, promotore di tutte le iniziative necessarie perché i servizi sociali comunali siano a disposizione per fornire il supporto alle famiglie che hanno un bambino ricoverato.

Infatti non bisogna dimenticare che la presenza di uno o ambedue i genitori in ospedale determina difficoltà per la vita quotidiana di quei membri della famiglia, bambini o anziani, che rimangono a casa senza assistenza.

Questa attività si affianca ad un insieme di altre iniziative che vanno nel senso di migliorare le condizioni di permanenza dei piccoli malati.

Mi preme segnalare alcune emerite iniziative che sono già in atto nell'Ospedale Annunziata.

Importante è l'attività di volontariato svolto da alcune associazioni (AVO, ABIO) realizzata con la collaborazione di un'azienda di detersivi; tale attività è anch'essa espletata con modalità ludiche.

Sono ormai tradizionali le feste rivolte ai bambini in occasione di ricorrenze tradizionali (Natale, Epifania, Carnevale, Pasqua ed altre).

Particolare attenzione è stata rivolta alla erogazione di un vitto che, oltre che sano, sia anche gradito dai piccoli.

Infatti sono stati istituzionalizzati la pizza ed i dolci il sabato, oltre che nelle festività.

Persiste in ospedale la consulenza fissa di una psicologa dipendente e di sociologhe volontarie; queste persone operano nel sostegno alle famiglie ed ai pazienti e indirizzano l'attività ludica, svolta nell'ospedale, secondo le esigenze particolari dei singoli bambini ricoverati.

È stato anche effettuato un corso di formazione per musicoterapia.

Tutte queste iniziative devono moltiplicarsi ed essere portate a conoscenza della cittadinanza perché fanno parte del «capitale sociale» di una comunità.

Il mio impegno sarà di valorizzare gli aspetti della solidarietà e di portarli a conoscenza della pubblica opinione, perché sono un vanto della nostra cultura e del nostro essere cittadini.

■ Il ruolo della scuola in un reparto di cardiocirurgia pediatrica

Carlo Vosa

Primario Cardiocirurgia infantile, Azienda ospedaliera «Monaldi» di Napoli

L'ambiente è l'insieme di fattori che circondano un essere vivente influenzandone lo sviluppo, l'evoluzione ed il destino. Rappresenta cioè quel tutto in cui si manifestano sia fattori di causalità (fisici, biologici, economici e psicologici) sia di conseguenze (risultati di una cosciente elaborazione critica e dell'azione volontaria). Quanto più è alto il grado di «civiltà» di un ambiente, tanto più lunga e complessa risulta l'azione educativa, svolta da tutti gli istituti sociali (famiglia – scuola – gruppo di coetanei) che hanno un patrimonio di qualità e di attitudini, di idee-forze e beni da comunicare ed inserire nell'intimo di un individuo. Lo scopo è quello di sviluppare un senso di fiducia, spingere verso un'autonomia regolata da norme sociali che precedono la cooperazione e collaborazione con altri. Il comportamento di un individuo è pertanto il risultato di un apprendimento continuo (osservazione, intuizione-passato) e di fattori innati. I vari modelli possono essere appresi a patto che siano compatibili da un punto di vista fisico grazie a «rinforzi» interni ed esterni, positivi e/o negativi di gratificazione o scoraggiamento. La malattia rappresenta, nel processo di crescita psico-fisica di un bambino, un evento fortemente traumatico con possibili danni di natura emotiva e cognitiva, tanto più gravi quanto più lungo è il tempo di isolamento (separazione dall'ambiente naturale) imposto dall'iter diagnostico-terapeutico.

A maggior ragione il ricovero ospedaliero è un momento difficile e frustrante, implicando la separazione dall'ambiente familiare, il contatto con un mondo nuovo e sconosciuto, il cambiamento delle proprie abitudini, il sottoporsi ad esami e cure anche dolorose. Sentimenti comuni in queste situazioni sono l'angoscia e la paura, l'abbandono, la solitudine, la diversità, la mancanza di identità, l'isolamento per l'allontanamento dalla scuola e dal gruppo di coetanei/amici, e quindi fundamentalmente l'estraneità.

Per aiutare il bambino a vivere in modo meno traumatico l'esperienza dell'ospedalizzazione e della malattia si è cercato negli ultimi tempi di umanizzare gli ospedali pediatrici, inserendo elementi della vita quotidiana all'interno del tempo ospedaliero (famiglia, giochi, scuola) per mantenere e per assicurare, oltre al benessere fisico, anche quello psicologico, per un legame con l'infanzia sana, tutelando ogni diritto del bambino, tra cui anche il diritto-dovere all'istruzione.

Ciò ha significato un enorme cambiamento culturale, tanto che la circolare ministeriale 353 del 7 agosto 1998, non prima e non ultima, afferma come diritto costituzionale la cura integrale delle persone (unità fisico-mente) prevedendo l'istituzione del servizio scolastico nelle strutture ospedaliere pediatriche in modo da soddisfare i diritti alla salute e all'istruzione ed afferma la solidarietà come una ricchezza culturale indipendente.

Per il legislatore la scuola in ospedale prevede un'autonomia organizzativa, didattica (flessibilità del rapporto alunno docente e flessibilità di orari) e di ricerca (strategie educative alternative, incluse le tecnologie multimediali) non più intesa come iniziativa di singoli operatori sensibili, ma come necessità istituzionale che deve garantire un impegno educativo ininterrotto, avvalendosi di protocolli d'intesa coinvolgenti operatori sanitari, psicologi, associazioni del volontariato, dello spettacolo e della cultura, insegnanti.

È riconosciuta, pertanto, la necessità di non interrompere o alterare negativamente il processo di crescita psico-emozionale ed è accentuata la necessità di continuare l'opera educativa, sollecitando la capacità di osservazione, di riflessione su di un'esperienza dolorosa quale la malattia, in modo che il viaggio fantastico di conoscenza del mondo, che il bambino sta percorrendo, sarà una risorsa a cui attingere per affrontare ottimisticamente il futuro.

Nel rispetto delle caratteristiche proprie dell'universo infantile, il processo educativo nell'ospedale si pone l'obiettivo di arricchire con nuovi elementi conoscitivi la personalità del piccolo paziente, garantendogli, oltre al benessere fisico, anche quello psico-emozionale, attraverso un'accoglienza affettuosa.

Il ruolo dell'insegnante in ospedale è centrale, si arricchisce di valenze psicologiche maggiori che altrove, in quanto il docente partecipa al processo di accoglienza; aiuta ad evidenziare bisogni latenti, quali quello di comunicare il senso di estraneità, di disagio, di paura, quello di appartenere ad un gruppo con cui interagire, quello di recuperare una propria identità in un mondo scandito da regole talvolta insopportabili, quello di autonomia, sicurezza, discrezione in un ambiente in cui tutto sembra deciso al posto tuo.

Praticamente ciò si traduce in nuove conoscenze, nel superamento della paura della diversità, nel piacere dell'incontro con il nuovo.

Tra i compiti degli insegnanti c'è, pertanto, quello di vigilare ed intuire ogni situazione di disagio, creando continuamente occasioni di collaborazione e scambi nell'ottica di una tutela globale del bambino malato.

Il progetto educativo per i bambini in ospedale dovrebbe, quindi, garantire il riconoscimento della propria identità, offrire percorsi cognitivi adatti all'età, per comprendere la realtà ospedaliera e contemporaneamente fornire strumenti e modalità di comunicazione con la realtà esterna (famiglia, altri coetanei: scuola, amici), creare adeguate situazioni di gioco e svago, garantire la continuità didattica.

A Napoli, nel 1995, grazie alla collaborazione del provveditorato agli studi di Napoli e degli 8 presidi ospedalieri pediatrici più importanti della città, nacque il progetto «In Ospedale con la cartella».

Il Reparto di Cardiocirurgia pediatrica dell'Azienda ospedaliera Monaldi, inaugurato nel marzo 1997, ha accolto con entusiasmo l'ingresso della scuola nella propria struttura e varie iniziative sono state realizzate nel corso del tempo: il progetto «Costruiamo insieme il nostro ospedale ideale» al fine di superare lo stereotipo dell'ospedale come luogo chiuso di sofferenza; il progetto «Insieme per...» che centrava le tematiche dell'ansia e della paura dell'intervento chirurgico; il progetto «Reparto a porte aperte», al fine di contenere l'isolamento e favorire la socializzazione e la cooperazione, tutto per offrire al piccolo un ambiente didattico e relazionale di qualità ed altamente gratificante.


Il mio reparto di Cardiocirurgia pediatrica, progettato e costruito tenendo conto di tutto ciò che era già stato fatto e delle esigenze evidenziate nel tempo, ha previsto e realizzato spazi attrezzati e funzionali ai bisogni di movimento, di gioco ed attività costruttive dei bambini. Esiste architettonicamente uno spazio scuola in cui viene assicurato il proseguimento delle attività didattiche, in cui si attuano collegamenti con le scuole di provenienza dei piccoli ricoverati e con il circolo didattico di appartenenza degli insegnanti (videoconferenza, rete telematica, classe virtuale).

Lo spazio scuola è necessario dal punto di vista logistico, perché aiuta a recuperare una normalità di vita, rende meno pesante il distacco dall'esperienza quotidiana determinato dalla malattia, aiuta il piccolo paziente ad avanzare nel suo percorso di apprendimento, assicurandogli la continuità del processo educativo.

Le strategie didattiche sono necessariamente diversificate a seconda dell'età dei pazienti ricoverati, prevedendo laboratori linguistici, storico-geografici, espressivi, scientifico-ambientali, ludico-creativi (clown, musica, teatro, cinema in ospedale).

Il nostro fine come Azienda sanitaria è, pertanto, la cura della malattia e, con le citate collaborazioni interdisciplinari, la rimozione degli effetti negativi dell'ospedalizzazione, aiutando a superare svantaggi culturali che compromettono nel tempo la voglia di continuare ad imparare per crescere in modo armonioso, interagendo positivamente con l'ambiente e al fine di progettare ottimisticamente il futuro.

Durante il complicato iter diagnostico-terapeutico il bambino sviluppa un vissuto che si modifica e si articola con quello dei familiari più intimi (madre), che pertanto vanno coinvolti consapevolmente in tutto ciò che si viene realizzando e delicatamente convinti a partecipare alla vita ospedaliera, sfruttando le proprie risorse culturali per accettare e superare la diversità imposta dalla cardiopatia.



Come Pinocchio si ritrova a vagabondare, disorientato, felice o disperato in un mondo che gli si presenta incomprensibile, ma anche seducente, ed in cui tenta disperatamente di inserirsi per giungere infine al traguardo di un'esistenza normale, dopo aver superato difficili prove, così può sentirsi il piccolo paziente operato. Ma il nostro compito, anzi, la nostra aspirazione, è quella di sottolineare la validità dell'esperienza vissuta, proprio perché diversa e più ricca di implicazioni emotive.



Gli aspetti organizzativi

■ **Modelli organizzativi e didattici**

Angiolina Ponziano

Dirigente tecnico, Direzione Generale per l'Organizzazione dei servizi nel territorio

La Scuola in Ospedale tra Norme e Disposizioni

Le norme che regolano la scuola in ospedale, codificate negli anni '90, rappresentano pietre miliari nella storia del diritto allo studio e mostrano la presenza di nuove attenzioni e l'emergere di sensibilità e conoscenze impensabili negli anni precedenti.

Tra queste norme, fondamentale è la legge 2 febbraio 1992 n. 104, legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, che prevede l'estensione del diritto all'istruzione fino a 18 anni (per i portatori di handicap) e l'estensione dell'età pediatrica fino ai 18 anni.

La legge 104/92 ha permesso ai provveditori agli studi di istituire negli ospedali, in via sperimentale, sezioni di scuola media e, in casi eccezionali, di organizzare interventi didattici per i ragazzi degenti della scuola secondaria di 2° grado.

È vero che per fare questo si è utilizzato, per analogia, l'art. 12 della legge 104, così si sono potute istituire sezioni ordinarie per i minori ricoverati che, pur non versando in situazione di handicap, erano, in ogni caso, impossibilitati a frequentare la scuola per un periodo non inferiore a 30 giorni di lezione.

Per una più completa regolamentazione della scuola in ospedale bisogna attendere la circolare 7 agosto 1998 n. 353 «Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere», che dà indicazioni operative sui diversi modelli organizzativi per i vari ordini e gradi di istruzione.

La circolare si inserisce nel cambiamento del quadro istituzionale nazionale, che già sperimenta l'autonomia delle istituzioni scolastiche e degli Enti locali e la presenza di sinergie pubbliche e private nei servizi alla persona; una regolamentazione del servizio scolastico che, tuttavia, si ferma alla scuola dell'obbligo.

Nel sistema scolastico italiano il diritto all'istruzione dei minori coincide essenzialmente con il diritto «alla scuola». Ciò determina l'impossibilità per altre istituzioni o agenzie che si occupano dei minori di prevedere o programmare interventi, che costituiscano forme parallele o integrative di formazione, attivando «crediti formativi» riconosciuti e spendibili presso le istituzioni scolastiche di provenienza degli alunni.

Se, pertanto, diritto all'istruzione significa promuovere l'istruzione degli alunni degenti, recuperare i ritardi cognitivi caratteristici degli alunni ricoverati per periodi medio-lunghi o per brevi periodi ciclici, programmare gli interventi per gli alunni curati in day-hospital o con convalescenze domiciliari, personalizzare la dimensione dell'accoglienza, garantire la presenza di tutti gli ordini e gradi scolastici, programmare il raccordo con la scuola di provenienza e altro ancora, in accordo tra strutture ospedaliere e scuola, molto resta ancora da fare.

Una attenzione al benessere fisico, psichico e intellettuale dei minori, sani e malati, è elemento di civiltà e valore che non può essere disatteso.

Operare in tale direzione, concordare azioni comuni per il raggiungimento di questi obiettivi: questo è il senso condiviso dai Ministeri dell'Istruzione, della Sanità, della Solidarietà Sociale e dei Beni Culturali nei protocolli d'intesa sottoscritti nel 2000 e nel 2001.

Dai protocolli scaturiscono interessanti suggerimenti, che l'evoluzione del quadro normativo, con particolare riguardo all'attribuzione dell'autonomia organizzativa e didattica alle istituzioni scolastiche, si definiscono con l'emanazione della circolare ministeriale n. 43 del 26 febbraio 2001.

Le indicazioni della circolare permettono di superare l'assetto sperimentale della scuola secondaria di 2° grado negli ospedali, di organizzare gli interventi positivi affidati alla disponibilità di singoli, scuole e strutture ospedaliere, per ricondurre ad ordinamento l'attività didattica prevista presso i presidi ospedalieri; non solo, l'attenzione alla crescita intellettuale del minore fa sì che siano indicate nuove forme di «scuola», quali l'istruzione domiciliare.

Tutto questo si prospetta nell'ottica della diversificazione del servizio che la scuola offre sul territorio e nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'abbandono e della dispersione scolastica, previste anche dal contratto scuola 1998/01.

Poco ancora, però, il contesto delle norme dice sul modo di gestire la salute mentale e/o intellettuale di un minore malato e ospedalizzato, sia saltuariamente sia per lunghi periodi, e di come questi (minori bambini e/o ragazzi fino a 18 anni) possano fruire del diritto all'istruzione, in uno spazio «non scolastico», quali gli ospedali *pediatrici e non pediatrici*.

I diritti del minore malato: diritto alla salute

Nell'ultimo decennio negli ospedali si è cominciato a riflettere sulle conseguenze derivate da lunghi periodi di ricovero in ospedale per tutte le persone malate, siano esse minori che adulti.

I ritmi non consueti di vita organizzati nell'ospedale, l'assoluta dipendenza del malato dai tempi stabiliti per le analisi e per le terapie, l'assorbimento di tutte le energie

del malato nel seguire il percorso di cura, induce nel medio e lungo periodo un atteggiamento depressivo che contrasta la riconquista della salute e a volte compromette la guarigione.

Il progresso della medicina in relazione all'evoluzione tecnologica ha come conseguenza la presenza in vita di soggetti che, non più di un decennio fa, soffrivano di malattie o avevano problemi che portavano presto alla morte, mentre oggi le stesse persone possono vivere dignitosamente – se curati e seguiti costantemente – anche fuori dell'ospedale.

Ciò ha comportato la riduzione delle degenze e la diffusione dei day hospital; questa tendenza va sotto il nome di de-ospedalizzazione.

La de-ospedalizzazione non comporta l'abbandono dei soggetti malati dimessi dalle strutture ospedaliere, ma ricerca altre modalità di cura che possono essere seguite in famiglia, cercando di contenere lo sradicamento che subentra con periodi lunghi di ricovero.

Inoltre, negli ospedali pediatrici e nei reparti pediatrici degli ospedali, si tende ad inserire ludoteche, animatori e giocolieri, ed anche la scuola, per attività in grado di distrarre i piccoli ammalati dalla sofferenza e di continuare i rapporti con le usuali esperienze di vita.

Entrambi i fenomeni vanno sotto il nome di «umanizzazione», sebbene non si possa nascondere che la de-ospedalizzazione sia legata anche al rapporto costi/benefici, che le aziende ospedaliere devono prevedere nella programmazione delle loro attività.

L'aspetto che interessa la scuola per le decisioni che le competono attiene ai due settori del ricovero e della cura. Durante il ricovero, la scuola in ospedale, ove è presente, organizza attività ricreative/educative e di studio e cerca di mantenere alta la motivazione a guarire nei malati bambini e adolescenti. Per la cura o piano di terapia, la scuola in ospedale si collega con la scuola di provenienza del paziente e comunica il livello di studio raggiunto o mantenuto dagli alunni ospedalizzati o, ancora, promuove interventi di istruzione domiciliare.

I processi di umanizzazione oltre a sottrarre il minore malato ai tempi «stravolti» dell'ospedale, attraverso la scuola, cercano di ricondurlo ai consueti ritmi di vita familiare e scolastici, sia con la stessa scuola in ospedale sia con il collegamento alla scuola di provenienza.

Non in tutti gli ospedali è presente la scuola; in questi casi, il piano di terapia coadiuvante la cura può essere affidato alla famiglia, che può chiedere alla scuola di provenienza l'attivazione dell'istruzione domiciliare, se ne ricorrono le condizioni.

In queste, come in altre situazioni, è prezioso l'intervento delle associazioni di volontariato per l'informazione e il sostegno alla famiglia, affinché sia possibile garantire al minore malato, la fruizione degli stessi diritti dei coetanei più fortunati.

I diritti del minore malato: diritto allo studio e all'istruzione

Il periodo di ospedalizzazione, soprattutto nel caso di degenze medio/lunghe, comporta per il minore un allontanamento traumatico dal proprio ambiente di vita e scolastico ed un forte condizionamento delle relazioni personali e affettive.

L'attivazione di presidi scolastici nelle sedi ospedaliere, pertanto, assume un ruolo rilevante in quanto contribuisce al mantenimento o al recupero dell'equilibrio psicofisico del minore degente e garantisce ai minori malati il diritto all'istruzione, consentendogli di non interrompere i legami con l'ambiente scolastico di provenienza trovando, al tempo stesso, occasioni di socializzazione, di impegno e di studio.

Inizialmente negli ospedali pediatrici si sono attivate prevalentemente sezioni di scuola materna o dell'infanzia, classi di scuola elementare e attività ludico-ricreative affidate anche ad operatori/animatori esterni; il fine era distrarre i bambini dalla sofferenza delle terapie e prevenire lo stato depressivo indotto, nelle medie e lunghe degenze, dall'ospedalizzazione.

Gradualmente le richieste fatte alla scuola in ospedale si sono rivelate più consistenti; la scuola ha dovuto porsi il problema della dispersione – uno o più anni scolastici perduti dagli alunni in età scolare ospedalizzati –, del collegamento con la scuola di provenienza, degli accordi sui modi di valutare il profitto e gli esiti finali. Non più solo attività ludico-ricreative, ma anche attività compensative di studio e attività propositive di percorsi scolastici paralleli al corso di studi frequentato (soprattutto per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado).

L'attuale quadro istituzionale si rivela, tuttavia, ancora inadeguato a garantire la fruizione contemporanea dei due diritti: alla salute e all'istruzione.

Finora la presenza della scuola in alcuni ospedali è apparsa più legata alla sensibilità di alcune strutture ospedaliere pediatriche, consapevoli che, soprattutto per i bambini, uno spazio giocoso e scolastico limita i danni dovuti alla permanenza forzata e dolorosa in ospedale, piuttosto che alla consapevolezza del diritto all'istruzione, del quale sono portatori i minori degenti.

L'ospedale, adesso, diventa responsabile non solo di curare la malattia con la minore sofferenza possibile, ma anche di attivare e promuovere tutte le procedure necessarie per coadiuvare la guarigione senza «danni collaterali»; tra queste procedure possiamo annoverare la riduzione della degenza, il trattamento in day hospital e la presenza della scuola, anche con l'indicazione dei tempi e dei modi per l'istruzione domiciliare.

La scuola materna, dell'infanzia e le altre azioni organizzate da cooperative o gruppi di animatori hanno come generale campo di attività interventi ludici/ricreativi di intrattenimento e di sostegno alle cure mediche. La scuola, come specificità, si propone di sviluppare i campi d'esperienza, così come delineati negli Orientamenti 1991, al fine di far fare ai piccoli le indispensabili esperienze cognitive sulle quali si radicherà la successiva esperienza di alfabetizzazione.

La scuola elementare è l'ordine scolastico più diffuso negli ospedali e nei reparti pediatrici; ciò deriva dal suo essere da più tempo scuola dell'obbligo e dall'ampia fascia d'età cui si riferisce.

I docenti della scuola elementare hanno sempre svolto interventi ludici /ricreativi per l'accettazione del piano di terapia, sostenendo contemporaneamente l'alfabetizzazione e l'apprendimento di base, e attivando, compatibilmente con le risorse a disposizione – da poco tempo anche tecnologiche –, i possibili raccordi con la scuola di provenienza degli alunni ricoverati. È evidente che il percorso di istruzione e il successo

scolastico e formativo è legato agli apprendimenti primari «elementari» in possesso degli alunni; perciò le pratiche dell'accoglienza, la motivazione ad apprendere e le metodologie giocose per dare gli elementi di base della conoscenza sono gli ambiti nei quali la scuola in ospedale elementare ha accumulato il più ricco patrimonio di esperienze contro la dispersione scolastica e per il successo formativo.

La scuola media ha avuto una accelerata diffusione dopo l'emanazione della C.M. 353/98.

L'organizzazione più rigida e complessa di questo settore scolastico e l'alternanza dei docenti delle diverse discipline non predispongono favorevolmente le strutture ospedaliere alla presenza della scuola. È necessario aver maturato, da parte di entrambe le istituzioni sanitaria e scolastica, una forte consapevolezza del diritto all'istruzione degli alunni in età adolescenziale, dei loro problemi esistenziali nel rapporto con il mondo, delle ragioni da dare per il loro essere malati nel confronto con i coetanei. I docenti di queste scuole ospedaliere svolgono interventi ludici e ricreativi, spesso con uso di strumenti informatici, ma prevalentemente attività di sostegno all'apprendimento, uso della tecnologia e dell'informatica nella didattica e attività di preparazione al ritorno nella scuola di provenienza.

La scuola secondaria superiore è l'ordine scolastico di istituzione più recente.

Alcune positive esperienze pionieristiche hanno spinto a concordare – protocolli già citati e C.M. 43/2001 –, la presenza di docenti dell'area comune negli ospedali, e compatibilmente con le risorse economiche, docenti di discipline di indirizzo. Va rilevato che il bisogno di questi presidi scolastici è connesso, anche, con la generalizzazione delle presenze di studenti nella scuola secondaria superiore e con la diffusione delle tecnologie informatiche.

La relazione interpersonale docente/studente, importantissima per qualsiasi età, qui assume i connotati chiari di un messaggio di guarigione, la quasi certezza di continuare a vivere, altrimenti perché continuare a studiare? I docenti organizzano una didattica a sostegno dell'apprendimento, usano la formazione a distanza (FAD) con supporto cartaceo o multimediale, preparano piani di studio individuali. Più che una didattica compensativa o d'intrattenimento, per questi docenti i nodi cruciali sono: inventare l'accoglienza in ospedale, stimolare la motivazione a studiare, costruire il raccordo con la scuola di provenienza e, infine, preparare il ritorno a scuola.

Nell'area del diritto alla salute e all'istruzione, al benessere fisico, psichico e intellettuale si colloca, anche, l'istruzione domiciliare. L'istruzione domiciliare è diretta ad alunni/e degenti per più di 30 giorni o con degenze reiterate in *day hospital*. La sua ragione di esistere è legata ai nuovi tipi di cura de-ospedalizzanti e ai processi di umanizzazione.

L'istruzione domiciliare è sostegno all'apprendimento per gli/le alunni/e, a carico della scuola di provenienza o della scuola in ospedale, se presente. L'istruzione domiciliare è centrata sulla scuola di provenienza dell'alunno, che lo mantiene in carico e dei cui percorsi di apprendimento è responsabile ultima; in questa modalità di istruzione c'è l'uso della multimedialità per il mantenimento dei legami amicali e di studio, per i collegamenti on line con la scuola di provenienza; per realizzare percorsi di apprendimento concordati tra docenti e piani di studio individualizzati.

Nell'arco di dieci anni sono riconosciuti al minore i diritti alla salute e all'istruzione e le istituzioni sanitarie e scolastiche si organizzano per rendere la malattia un fattore episodico, un incidente presto ricomposto o una dimensione con la quale si può convivere.

Non è tuttavia facile pensare, vivere e agire «la scuola» all'interno dell'ospedale: la guarigione dalla malattia ha le sue regole, i suoi tempi e modi, il suo spazio attrezzato, anche l'apprendimento ha le sue regole, i suoi tempi e modi e il suo spazio attrezzato che, in ospedale, non coincidono con quelli della cura e della guarigione. È all'interno dell'intreccio tra organizzazione della scuola (dell'apprendimento) e della didattica e organizzazione della cura che si gioca una partita che ha come premio la guarigione e il ritorno alla «normalità» del minore malato.

Intrecci tra organizzazione e didattica

L'organizzazione delle attività educative/ricreative e della didattica dipendono direttamente dal personale docente assegnato all'ospedale e ogni grado e ordine di scuola ha la sua particolare organizzazione in relazione agli ordinamenti, ai programmi e alle finalità che deve raggiungere.

La scuola materna e dell'infanzia in ospedale può disporre di personale docente dipendente dallo Stato o dagli Enti locali.

L'organizzazione delle attività e della didattica in parte dipendono dall'ente (Comune, Stato, Azienda ospedaliera) che assume il personale docente e educativo, in parte dall'età dei bambini; le attività si svolgono prevalentemente durante il mattino, hanno carattere ludico ricreativo e si interrompono nei mesi estivi.

Le attività educative, ricreative e ludiche sono svolte anche da altri soggetti quali il privato sociale, le cooperative teatrali e di animazione, singoli attori, musicisti, giocolieri, clown che intervengono in appositi spazi creati dagli Ospedali o direttamente presso i letti, nel caso di bambini impossibilitati a muoversi.

Ma oltre l'intervento ludico e ricreativo c'è l'ansia per il futuro dei piccoli, il desiderio di far fare loro esperienze fondamentali e utili perché siano pronti ad affrontare con successo la scuola.

Il modello organizzativo e didattico auspicabile è quello che integra il piano di terapia con gli interventi educativi ricreativi e di intrattenimento.

La scuola elementare è l'ordine di scuola da più tempo presente negli ospedali.

La scuola elementare in ospedale ha accolto, e ancora accoglie, là dove è l'unica tipologia di scuola, bambini dai tre ai 12-15 anni e, secondo, le disponibilità di organico, cerca di garantire gli interventi educativi/didattici e ludici /ricreativi anche durante il pomeriggio.

Esperienze significative di organizzazione didattica attuano gli artt. 4/5/6 del DPR 275/99, con o senza supporto della tecnologia, e la modularizzazione dei tempi di insegnamento, la flessibilità della presenza dei docenti e la programmazione dei contenuti riescono a colmare i tempi lasciati vuoti dai medici e dalle terapie. Una buona organizzazione della scuola elementare, così come è presente oggi negli ospedali, necessita

di uno stretto raccordo con il piano di terapia, con la famiglia e con la scuola di provenienza dell'alunno malato.

La scuola media, fino al 1998, è scarsamente presente in ospedale; qualche progetto sulla dispersione scolastica e pochi progetti sperimentali ex art. 3 del DPR 419/74.

La C.M. 353/98 permette di organizzare il polo scolastico ospedaliero e affida al Collegio dei docenti l'articolazione degli insegnamenti, la programmazione dell'attività didattica, le modalità organizzative e l'uso flessibile del monte ore settimanale (54 ore) previsto come minimo.

L'informatica e la multimedialità sono usate per attività ricreative e/o di svago, per il sostegno all'apprendimento e, dove è presente il collegamento in Internet, per attivare e mantenere i rapporti con la scuola di provenienza degli alunni degenti.

Solo i grandi ospedali pediatrici hanno un corso completo di scuola media; pertanto, per il tipo di organizzazione – ore/cattedre – e per la doppia prestazione che generalmente debbono rendere i docenti, appare indispensabile il coordinamento tra Piano dell'offerta formativa (POF) e piano di terapia (PT), nonché il collegamento tra scuola in ospedale e scuola di provenienza dell'alunno.

La scuola secondaria superiore, di recentissima istituzione, presenta e sviluppa diversi modelli organizzativi e, per lo più, è organizzata in modo flessibile.

Alcune scuole secondarie dispongono di un organico per le discipline dell'area comune cui si aggiungono docenti disponibili per le discipline di indirizzo (risorse messe a disposizione dal fondo di istituto della scuola).

In altri casi la scuola referente organizza una rete di scuole disponibili a seguire gli alunni/e ricoverati/e in ospedale, una sorta di task force che utilizza ore accantonate come in una specie di «banca del tempo». In ogni caso, indipendentemente dal modello organizzativo usato, nella scuola dei «grandi» multimedialità e tecnologia servono per la comunicazione tra docente e alunno/a, per i rapporti tra i docenti della scuola in ospedale e la scuola di provenienza, e, in un prossimo futuro, può servire per seguire dal vivo le lezioni attraverso il collegamento in videoconferenza. Anche se gli studenti della scuola secondaria superiore possono sembrare più abituati all'uso individuale della comunicazione on line, tuttavia lo stato di malattia li rende particolarmente fragili e sensibili, per cui la relazione in presenza con i docenti a volte rimane, per loro, l'unica possibilità per uscire dal tunnel della depressione originata dall'essere in ospedale.

Per l'istruzione domiciliare il modello organizzativo è più complesso. Non possiamo parlare di scuola, perché il termine e l'esperienza della scuola rimandano ad una comunità, ad un collettivo, nel quale avvengono esperienze di conoscenza e si comunicano saperi socializzati, dimensione che nell'istruzione domiciliare è assente. Naturalmente ora si può far parte di una «comunità virtuale», grazie alla tecnologia multimediale.

Anche di questo si occupa il «Progetto di ricerca» nel quale tutti siamo coinvolti.

L'istruzione domiciliare è stata riconosciuta istituzionalmente con la C.M. 149/2001 e la C.M. 84/2002, utilizzando i fondi della legge 440/97 per l'ampliamento dell'offerta formativa.

Nonostante il riconoscimento e il finanziamento, non c'è ancora una normativa primaria o, comunque, forte che la regoli.

Infine, l'istruzione domiciliare è un intervento scolastico aggiuntivo per l'alunno che, per motivi di malattia, è impossibilitato a frequentare, pur non essendo ricoverato in ospedale.

L'istruzione domiciliare può essere svolta dalla scuola in ospedale e/o dalla scuola di provenienza dell'alunno/a che frequenta la scuola elementare, media e secondaria sulla base di un progetto che prevede tempi, modi e contenuti dell'intervento.

Intrecciando le tipologie organizzative e i modi e i tempi della didattica appaiono molteplici modelli di scuola in ospedale.

Difficile, se non impossibile, scegliere un modello organizzativo piuttosto che un altro, generalizzare esperienze che per la diversità delle situazioni nelle quali le scuole in ospedale operano presentano modalità uniche di metodologie di insegnamento; ma se ciascun modello organizzativo è tipico, tuttavia tutti sono ugualmente tesi a garantire il diritto all'istruzione dei minori malati, tutti ugualmente impegnati nella ricerca di metodi e didattiche per sconfinare la paura o perlomeno chiuderla nell'angolo e tenerla sotto controllo, tutti ugualmente pronti a fare il possibile per contenere la dispersione e sostenere i percorsi di conoscenza.

Questa tensione professionale rende i docenti delle scuole in ospedale, persone particolari, sensibili e al tempo stesso in difesa, pronti ad allentare la spinta verso l'apprendimento quando l'alunno malato è esausto, ma sempre vigili per aiutare a conoscere e a capire.

Dall'intreccio del modello organizzativo della scuola con i tempi e la cura dell'ospedale scaturisce una didattica originale, molte volte creativa, che può essere messa in rete e diventare patrimonio comune, esperienza tesaurizzata alla quale fare riferimento per l'istituzione di nuove scuole in ospedale o la riorganizzazione del servizio scolastico, negli ospedali nei quali già è presente la scuola.

Scuola in ospedale e integrazione delle risorse

L'istituzione degli Uffici scolastici regionali e il trasferimento di competenze e di risorse agli Enti locali, la modifica del Titolo V della Costituzione, nel settore dei servizi sociali e della formazione, cambiano il contesto nel quale si inserisce la scuola in ospedale.

Le risorse umane diventano un bene prezioso per la collettività e, tra queste, le professionalità docenti; è perciò una scelta etica e di civiltà investire nella scuola in ospedale.

Tuttavia, fare scelte tra bisogni ugualmente pressanti, non è semplice.

Gli Uffici scolastici regionali delle Regioni che già hanno tradizioni consolidate di servizi alla persona (al cittadino), intervengono per garantire e migliorare la scuola in ospedale, attraverso intese e accordi, rendendo disponibili servizi e strutture e sussidi anche tecnologici.

La sfida si apre per gli Uffici scolastici delle Regioni, nelle quali non sono presenti in modo diffuso le scuole in ospedale e dove non sono consuete le pratiche di accordi e intese tra Enti locali e scuole.

L'integrazione delle risorse umane e materiali e la divisione delle competenze diventano l'unica modalità per garantire ai minori malati il diritto alla salute e all'istruzione.

Resta comunque compito della scuola organizzare l'istruzione domiciliare e, in questo caso, promuovere l'integrazione delle risorse tra scuola in ospedale e scuola di provenienza degli alunni.

La Rete – le Reti

Per quanto riguarda l'organizzazione, si può ormai tranquillamente affermare che i modelli organizzativi non possono più essere predeterminati ed essere validi per tutti.

Conoscerli, tuttavia, permette di trovare la soluzione più idonea alle situazioni nelle quali si opera.

Relativamente alle esperienze didattiche maturate dalle scuole in ospedale, esse possono essere messe in rete e costituire una prima base per il confronto e la crescita di questo settore dell'istruzione e della formazione.

Per il lavoro in rete invece bisogna ancora iniziare, perché anche la vita del Portale per il momento mostra le esperienze didattiche e il progetto, ma non si parte da una progettazione comune e condivisa e da azioni didattiche elaborate in rete.

Ad un anno dall'attivazione del Progetto di ricerca, abbiamo sviluppato la rete delle scuole polo regionali, e coinvolto tutte le scuole in ospedale nell'uso della tecnologia, per organizzare attività di gioco e di studio.

Forse non è difficile attivare reti di scuole, ma farle funzionare, questo sì che è complesso!

Quali esperienze mettere in rete, quali attivare in rete, quali trasferire attraverso la rete.

L'idea che l'aver costituito la rete di scuole polo possa magicamente, quasi per contagio, far scaturire reti di scuole in ospedale, e di scuole collegate, si è mostrata un sogno da apprendisti stregoni, ipnotizzati dal miraggio mediatico. Una rete si mantiene attiva e produce conoscenze e valori se si investe in essa, e l'investimento è dato dalla formazione dei docenti e degli operatori sanitari, e soprattutto dall'interesse e dal consenso sociale che comporta investimenti maggiori sul sociale stesso.

Per questo la scuola in ospedale è un laboratorio emblematico per l'uso delle tecnologie avanzate di comunicazione, con l'attribuzione di valore aggiunto per i contenuti; il passaggio dalla rete di supporto alla scuola alle reti professionali è definito dalla possibilità e dalla disponibilità di immettere nel circuito conoscenze, metodologie educative e prassi didattiche innovative.

Su questo terreno si valuterà l'impegno profuso nel prossimo futuro.

■ Dati significativi sulla scuola in ospedale

Maurizio Fortunato

Dirigente statistico, MIUR

Il seminario di Fiuggi ha lo scopo di avviare uno scambio di informazioni tra tutti gli operatori del Progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per le innova-

zioni nella didattica e nell'organizzazione» in merito alle metodologie usate in ospedale, ai percorsi formativi sperimentati e ai risultati raggiunti.

La scuola in ospedale, infatti, è un tema molto importante perché sicuramente coniuga, in modo biunivoco, l'integrazione delle risorse sanitarie con quelle formative avendo come risultato finale il destino dello studente malato.

L'attività didattica, svolta anche durante i periodi in cui il fanciullo è ricoverato o in reparto o in day hospital o a domicilio, e le nuove tecnologie (basti pensare alla posta elettronica che consente il quotidiano contatto con l'amico a casa o con la scuola e alla presenza di un computer nelle stanze dell'ospedale), veri e propri amplificatori comunicativi, cognitivi ed informativi, sono le tematiche che fanno parte integrante del progetto in argomento. Questo progetto deve:

- assicurare all'alunno ospedalizzato una soddisfacente vita di relazione con la sua classe e con i suoi insegnanti;
- consentirgli di proseguire l'apprendimento, offrendo le stesse opportunità didattiche normalmente disponibili nella scuola;
- offrirgli anche un aiuto concreto, tramite i docenti delle Scuole Polo inserite nella sperimentazione, con l'ausilio delle suddette tecnologie informatiche.

Il gruppo multidisciplinare deve, perciò, lavorare insieme collaborando e condividendo le problematiche, conoscendo il retroscena generale del ricovero e costruendo una relazione amicale con il malato.

La conoscenza di tutti gli aspetti che formano un progetto così complesso, quale è la scuola in ospedale, è fondamentale per la sua valutazione e per le decisioni che dovranno assumere tutti gli operatori coinvolti nel miglioramento del suo iter evolutivo.


In questa ottica, è utile anche il contributo della statistica che ha permesso l'elaborazione e l'interpretazione dei dati ottenuti. Il comitato scientifico del Progetto di ricerca «La scuola in ospedale», per esempio, ha predisposto un questionario per avviare una indagine conoscitiva.

Il questionario ha avuto il compito di rilevare l'entità e la tendenza di alcune grandezze tipiche della scuola in ospedale. Gli anni scolastici di riferimento erano il 1999/00 ed il 2000/01. Il questionario fu spedito alle scuole interessate nel mese di novembre 2001. Successivamente fu costituito un comitato di redazione che, tra gli altri compiti, individuò le variabili più significative, desunte dallo stesso questionario, ed anche la loro elaborazione a livello nazionale.

La fase di acquisizione dei dati, creazione del data base, ha evidenziato un errore di interpretazione del questionario nel fornire i dati degli studenti seguiti in ospedale.

La rilevazione ha coinvolto le 146 sezioni ospedaliere funzionanti su tutto il territorio nazionale: di queste, 14 sezioni hanno comunicato il numero dei ricoverati e non quello richiesto dal questionario, e ciò ha determinato l'eliminazione di questi dati dal piano di elaborazione; 4, inoltre, non hanno compilato il questionario.

Tali sezioni si distribuiscono territorialmente con il 34% nel Nord, con il 16% nel Centro, con il 28% nel Sud e con il 24% nelle Isole.



Di queste, inoltre, il 64% ha dichiarato di aver una convenzione o protocollo d'intesa per mezzo del provveditore e/o dirigente scolastico (circa il 45%), mentre il 95% di esse svolge una attività didattica a ragazzi della fascia di età della scuola dell'obbligo (il 47% solo per la scuola media inferiore). Infine, il 5% delle sezioni segue giovani in età di scuola secondaria superiore, di recente istituzione presso le scuole in ospedale.

La didattica nella scuola in ospedale

Un'analisi delle ore utilizzate per l'attività didattica evidenzia la situazione nei seguenti tipi di istruzione:

Elementare: l'88% delle ore in ospedale è rivolto a tutti gli ambiti disciplinari. Quindi non sono state preferite particolari materie, ma si è mirato alla globalizzazione dell'insegnamento elementare.

Per quanto riguarda l'istruzione domiciliare si nota che il 60% circa delle ore è rivolto esclusivamente all'insegnamento della lingua italiana.

Tra gli anni scolastici 1999/00 e 2000/01 si nota una riduzione delle ore e degli insegnanti che si mantiene sotto il 10% circa per l'istruzione in ospedale, mentre sale a circa il 50% per le ore di istruzione domiciliare.

Media Inferiore: il 66% circa delle ore in ospedale è rivolto all'insegnamento di italiano, storia, geografia, matematica, scienze e lingua straniera. Tale percentuale sale all'81% per le ore di istruzione domiciliare. In particolare l'insegnamento di italiano, storia e geografia per l'istruzione in ospedale rappresenta il 31,4% delle ore, per l'istruzione domiciliare, invece, questa sale al 47,5%.

Tra gli anni scolastici 1999/00 e 2000/01 si registra un aumento delle ore d'insegnamento intorno al 6% per l'istruzione in ospedale, mentre si arriva al 100% per le ore di istruzione domiciliare.

Media Superiore: il 64% circa delle ore in ospedale è rivolto all'insegnamento di italiano, storia, matematica e lingua straniera, mentre il 28% delle ore è rivolto al diritto-economia e alla scienza della terra ed alla biologia.

Tra gli anni scolastici 1999/00 e 2000/01 si è manifestato un notevole incremento delle ore per la quasi totalità degli insegnamenti attuati. Si notano incrementi superiori al 50% fino ad arrivare al 72% per il diritto e l'economia. La lingua straniera ha registrato solo un aumento del 14% delle ore.

Per questo tipo di istruzione si è voluta misurare anche l'entità dell'insegnamento attuato da docenti volontari e si è notato che, rispetto al totale delle ore utilizzate per l'insegnamento dell'istruzione secondaria superiore, il peso delle ore prestate in ospedale da docenti volontari risulta essere dell'11%. Tale percentuale raggiunge il 59% per le ore di istruzione domiciliare.

Gli alunni seguiti nella scuola in ospedale

Un altro particolare aspetto dell'indagine condotta sulle sezioni delle scuole in ospedale era quello di determinare l'entità dei ricoverati che hanno usufruito del servizio scolastico.

Per problemi di coerenza dei dati, circa il 10% delle sezioni coinvolte è stato escluso dall'elaborazione.

Nell'anno scolastico 2000/01 si sono rilevati, in totale, 18.960 alunni della scuola materna, elementare e media. Una più attenta analisi ha mostrato che: gli alunni seguiti per un periodo non inferiore a 2 settimane erano 3.102; gli alunni seguiti per un periodo tra gli 8 e i 14 giorni erano pari a 5.026; e, infine, 61 erano gli alunni seguiti in istruzione domiciliare. La tendenza tra l'a.s. 1999/00 e 2000/01 è stata quella di una discreta crescita intorno al 10%. Fanno eccezione gli alunni seguiti in istruzione domiciliare, per i quali si registra una diminuzione del 14%.

Come già segnalato, precedentemente, nell'analisi delle ore d'insegnamento a proposito della recente costituzione dell'istruzione media superiore in ospedale, gli studenti seguiti nella fascia di età corrispondente risultano pari a 57 unità nell'a.s. 2000/01, con punte massime nell'istruzione tecnica (21 unità) e nell'istruzione scientifica (18 unità).

La tendenza rispetto all'anno scolastico 1999/2000 è quella di una modesta crescita in complesso, che presenta però, se si scende ad una analisi per tipologia di istruzione, una non conforme tendenza, poiché il numero degli studenti oggetto dell'indagine risultava essere alquanto esiguo.

L'aula didattica nell'ospedale

L'85% delle sezioni possiede un'aula didattica. L'indagine in argomento prevedeva alla domanda di quale attrezzatura fosse dotata l'aula didattica risposte multiple da parte del compilatore. Ciò significa che la presenza di un apparato didattico nell'aula non escludeva la contemporanea presenza di un'altra attrezzatura. Pertanto, in sintesi, l'incidenza percentuale più significativa delle attrezzature presenti nelle aule è la seguente: il 73% delle aule è dotato di un computer, il 64% di una biblioteca ed infine il 27% di apparati per videoconferenze.

La comunicazione tra gli studenti ospedalizzati ed i suoi compagni

Gli studenti ospedalizzati comunicano principalmente tramite il telefono (63%), segue la posta ordinaria (39%) e l'*e-mail* (35%). Particolare attenzione va rivolta al 6% degli studenti che comunicano tramite webcam o videoconferenze, segno che la nuova forma di comunicazione, resa possibile dalla tecnologia informatica, sta anche entrando nella scuola in ospedale

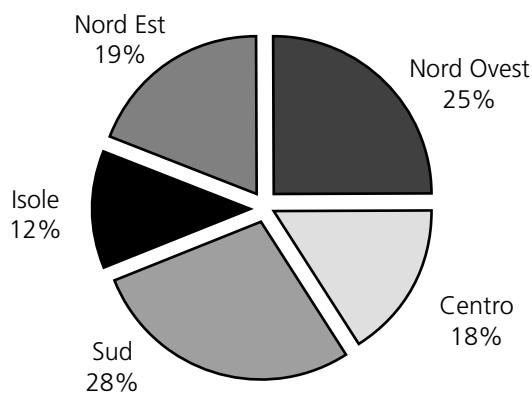
Per un'analisi più puntuale si riportano di seguito, in dettaglio, i risultati delle elaborazioni delle variabili contenute nel questionario dell'indagine, presentati in formato slide al suddetto seminario.

1 Un panorama nazionale

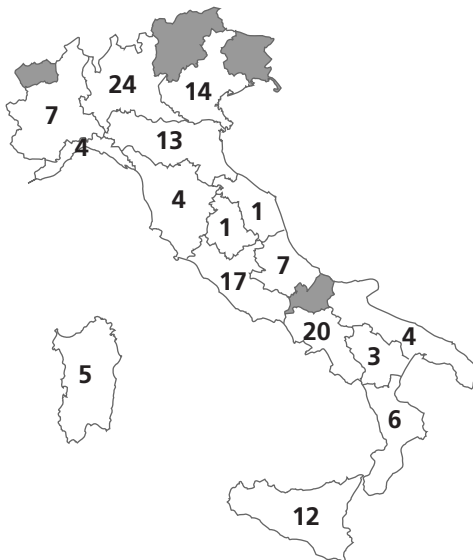
I risultati dell'indagine sulle sezioni della scuola in ospedale

Novembre 2001

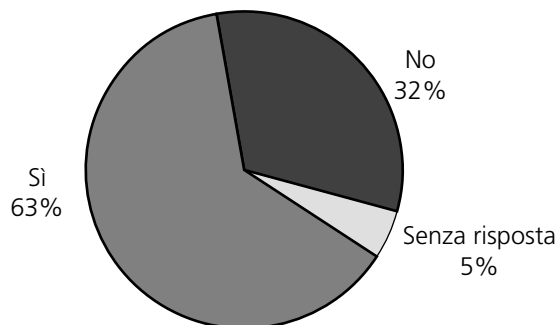
2 Le Sezioni della scuola in ospedale per area territoriale (Sezioni che hanno compilato il questionario)



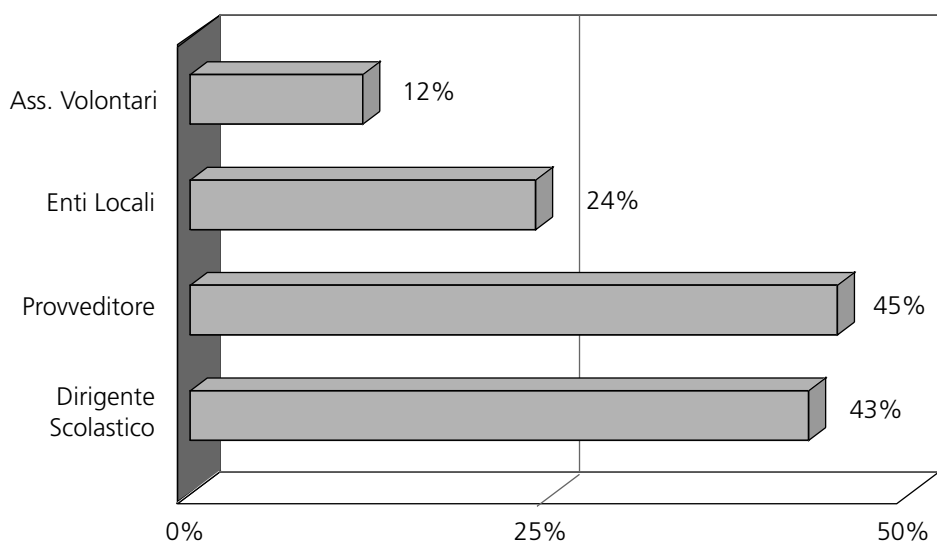
3 Le Sezioni della scuola in ospedale per Regione (Sezioni che hanno compilato il questionario)



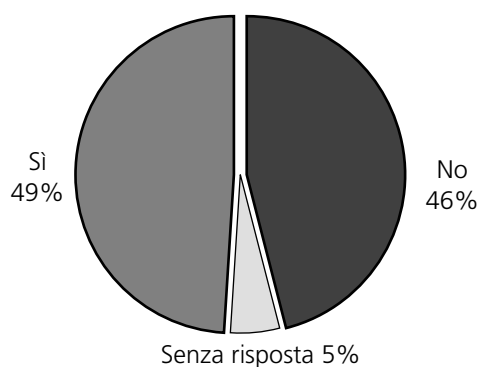
■ 4 ■ Esistenza di una Convenzione o Protocollo d'Intesa



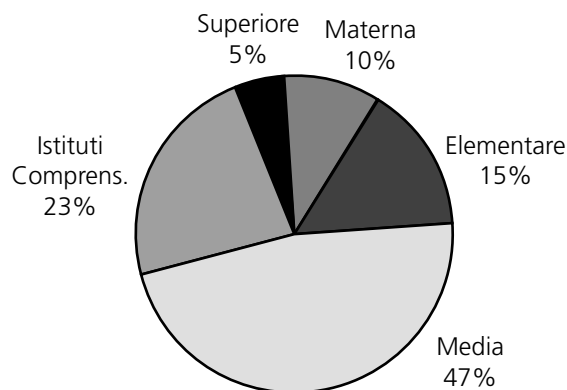
■ 5 ■ Convenzione e Protocollo firmato da:



■ 6 ■ Esistenza di un Comitato tecnico-scientifico



7 L'istruzione nelle sezioni della scuola in ospedale

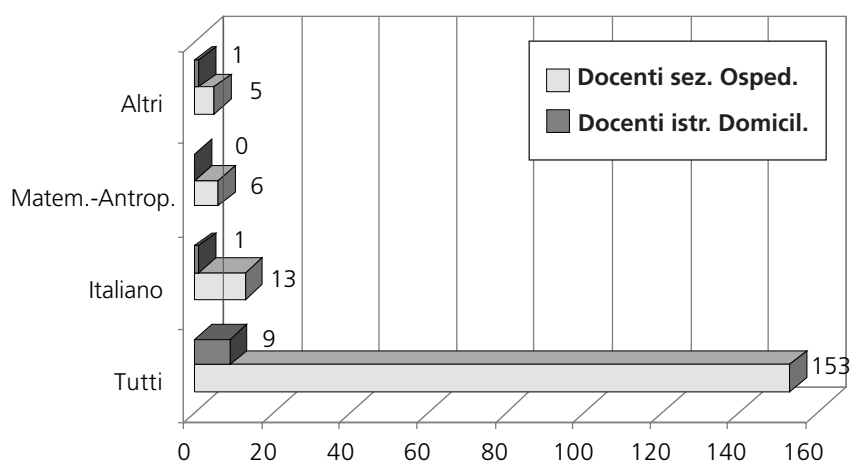


8 Scuola materna - Numero dei docenti e delle ore settimanali svolte in ospedale

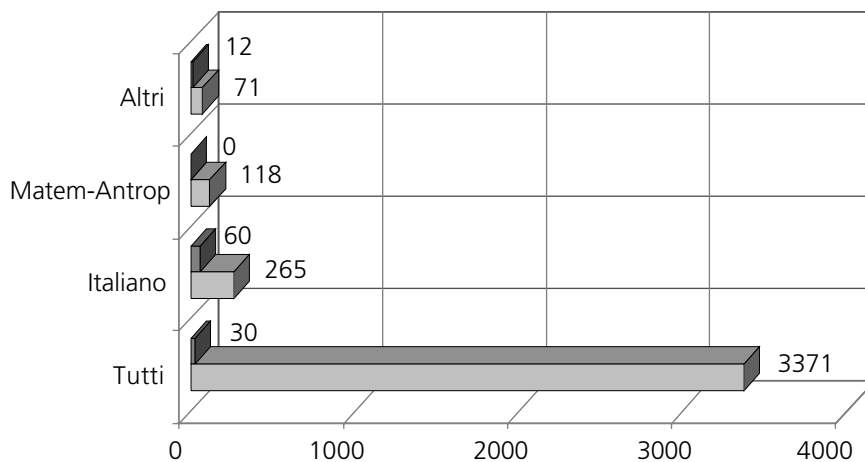
	A. S. 1999-2000	A. S. 2000-2001
Docenti	23	24
Ore settimanali	362	387

(Dati riferiti a 11 Sezioni che hanno compilato il questionario)

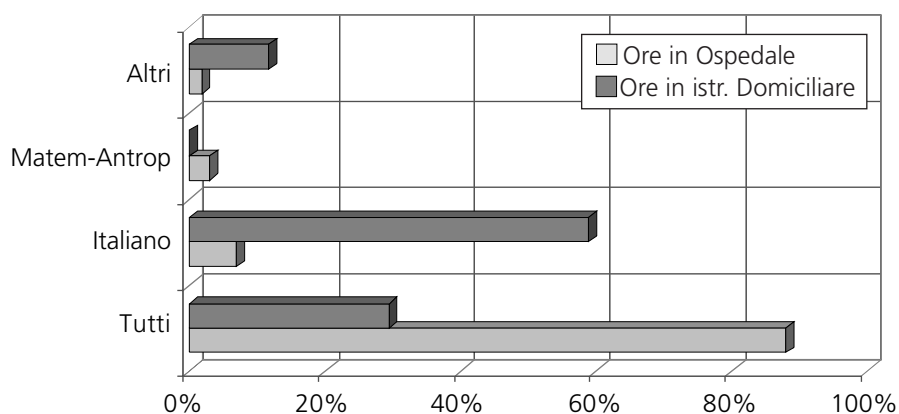
9 Istruzione elementare - Numero docenti per ambiti disciplinari



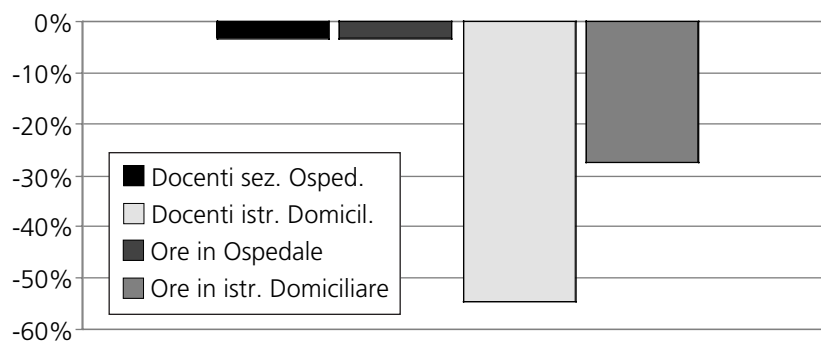
10 Istruzione elementare - Numero ore per ambiti disciplinari



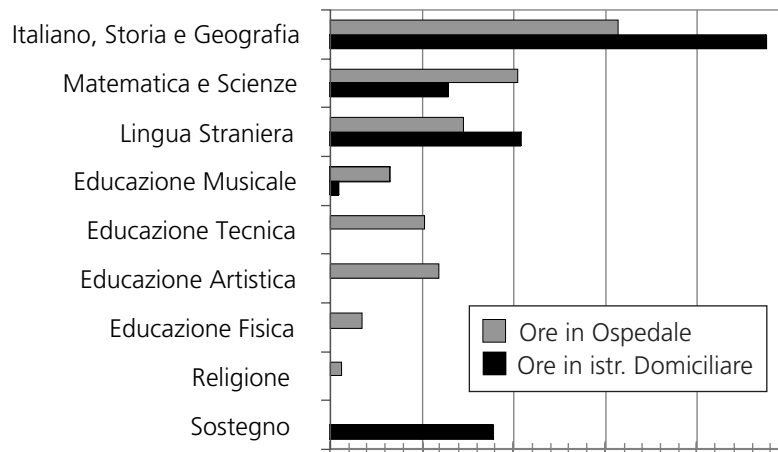
11 Istruzione elementare - Distribuzione % delle ore per ambiti disciplinari



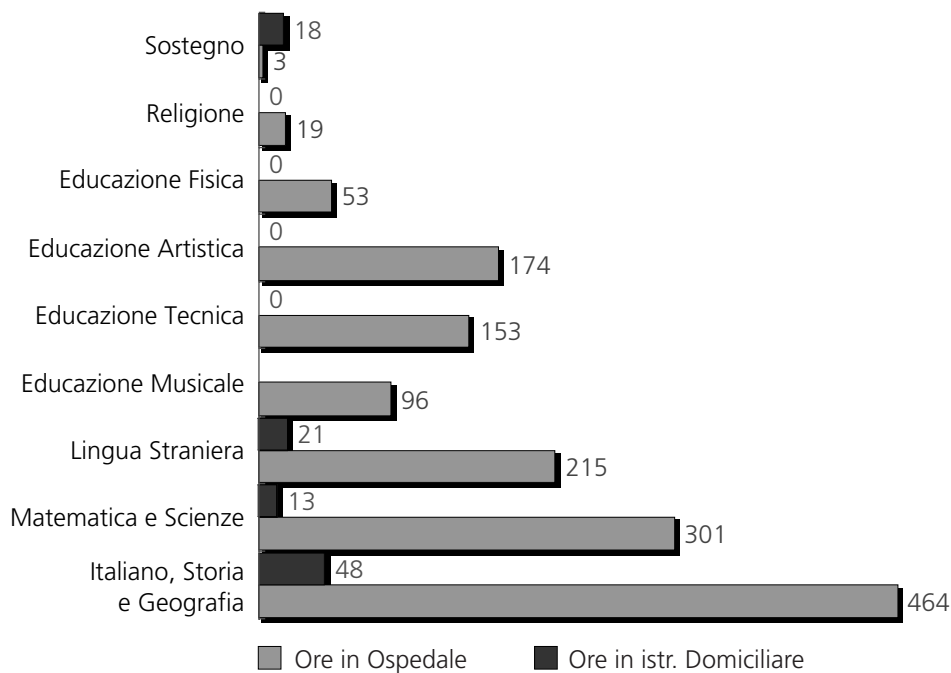
12 Istruzione elementare - Variazioni % negli anni 2001 - 2000



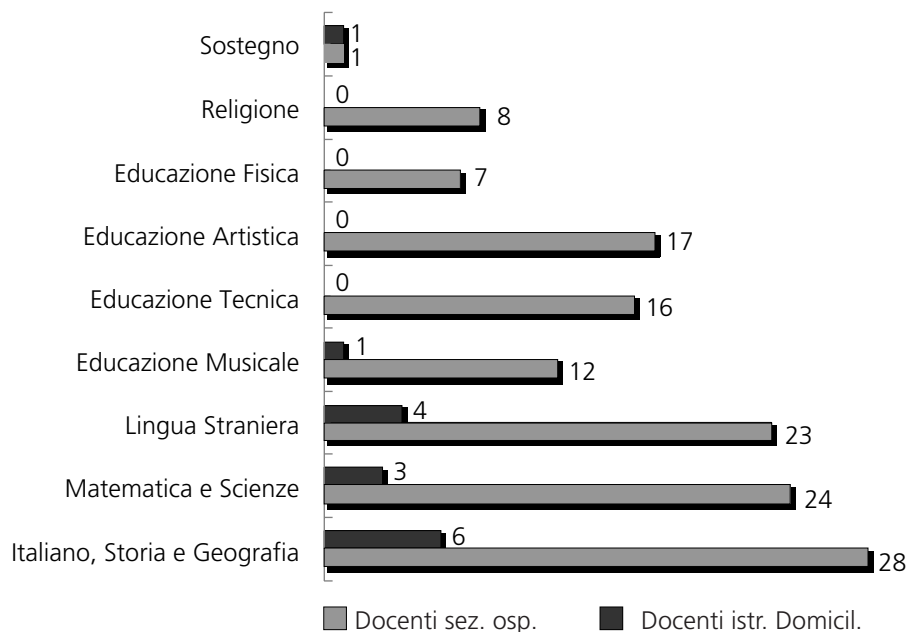
13 Istruzione media inferiore - Distribuzione % delle ore per materia insegnata



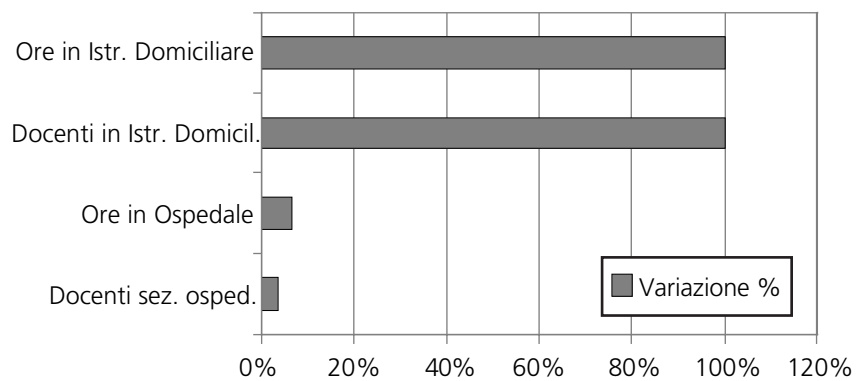
14 Istruzione media inferiore - Numero ore per materia insegnata



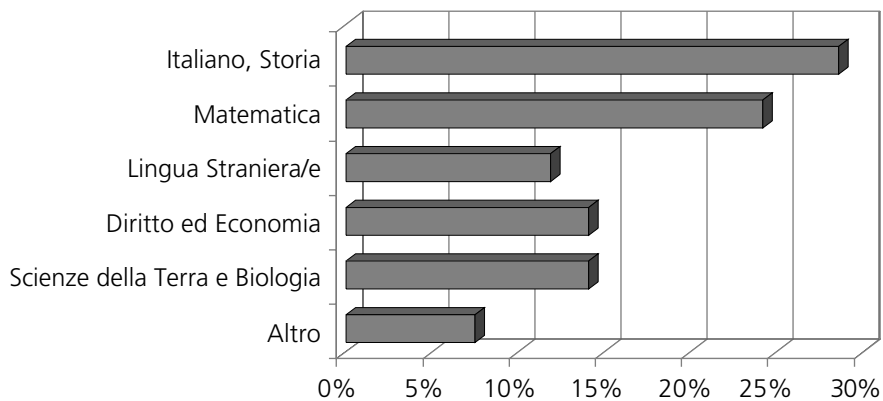
15 Istruzione media inferiore - Numero docenti per materia insegnata



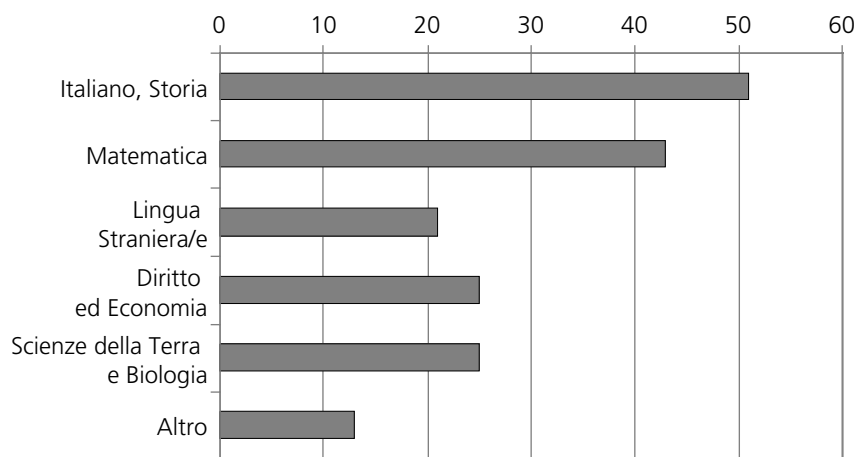
16 Istruzione media inferiore - Variazioni % negli Anni 2001 - 2000



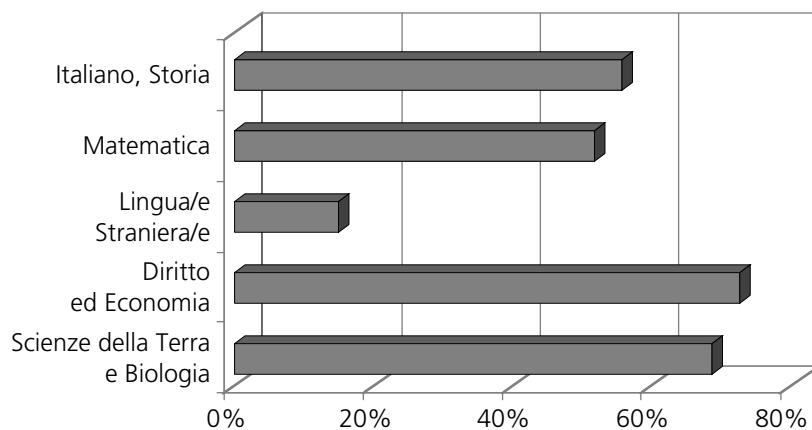
17 Istruzione media superiore - Distribuzione % delle ore per materia insegnata



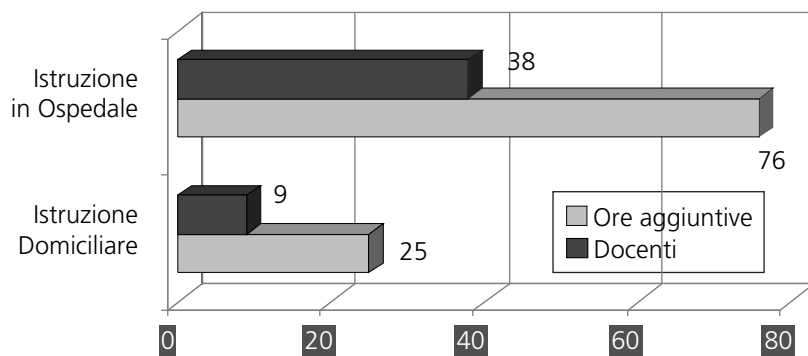
18 Istruzione media superiore - Numero ore in Ospedale per materia insegnata



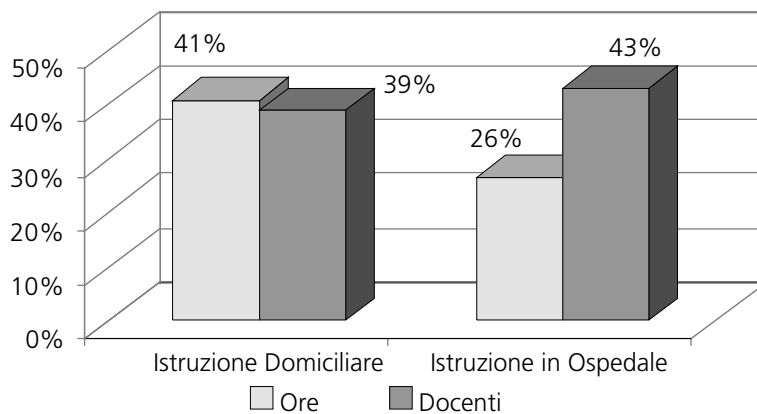
19 Istruzione media superiore - Variazioni % delle ore d'insegnamento negli Anni 2001 - 2000



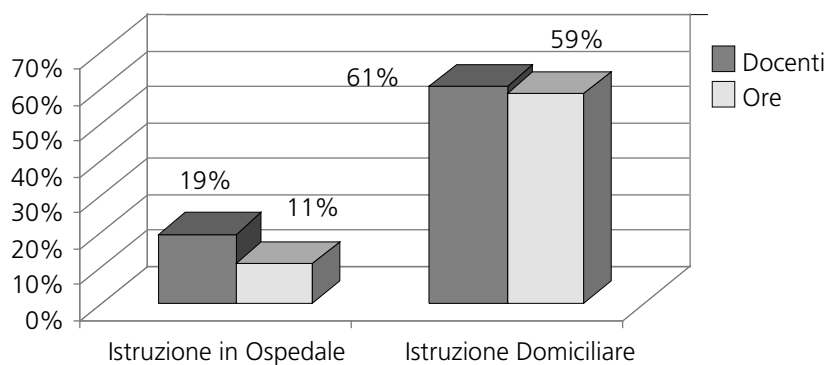
20 Istruzione media superiore - Docenti di materie dell'area comune e/o delle aree di indirizzo che hanno prestato ore aggiuntive d'insegnamento



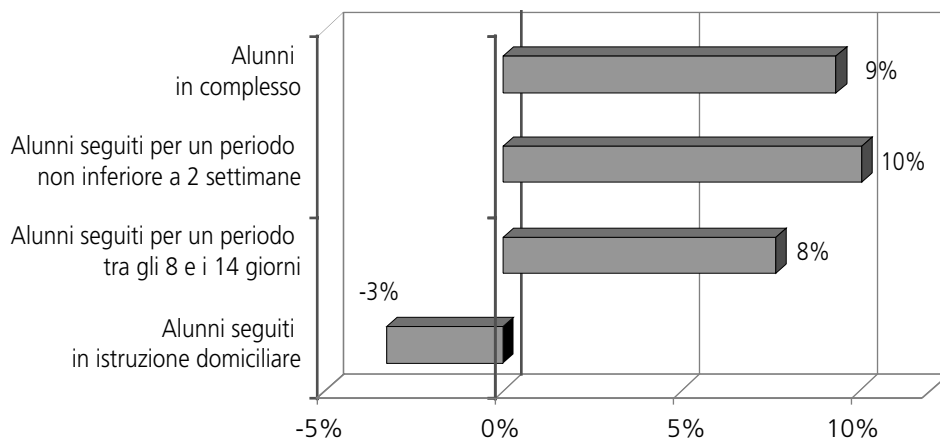
21 Istruzione media superiore - Incidenza percentuale delle ore aggiuntive d'insegnamento



22 Incidenza percentuale del volontariato - Anno 2001



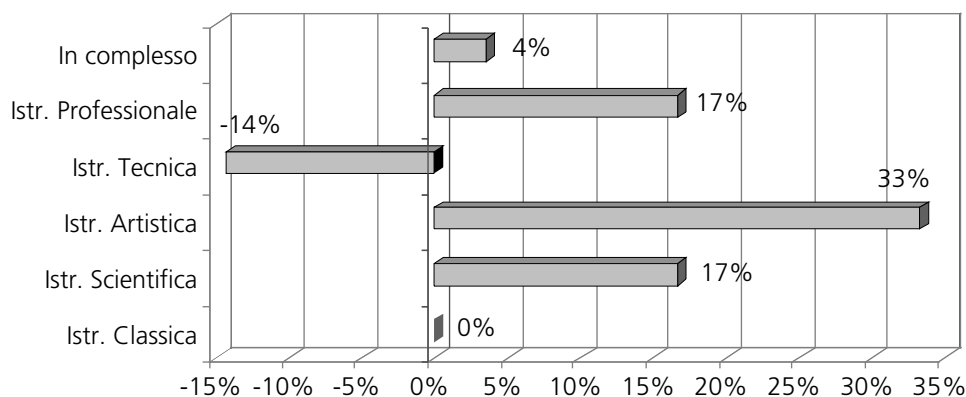
23 Variazione % degli alunni seguiti nelle sezioni ospedaliere negli anni 2001 e 2000



24 Scuola materna, elementare e media - Alunni seguiti nelle sezioni ospedaliere

	A. S. 1999-2000	A. S. 2000-2001
Alunni in complesso	17.186	18.960
Alunni seguiti per un periodo non inferiore a 2 settimane	2.789	3.102
Alunni seguiti per un periodo tra gli 8 e i 14 giorni	4.640	5.026
Alunni seguiti in istruzione domiciliare	63	61

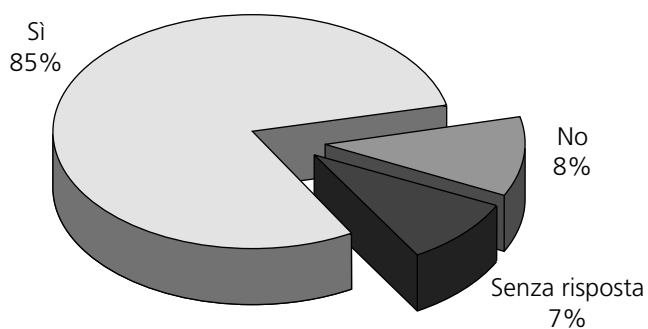
25 Scuola secondaria superiore - Variazione % degli alunni seguiti nelle sezioni ospedaliere negli anni 2001 e 2000



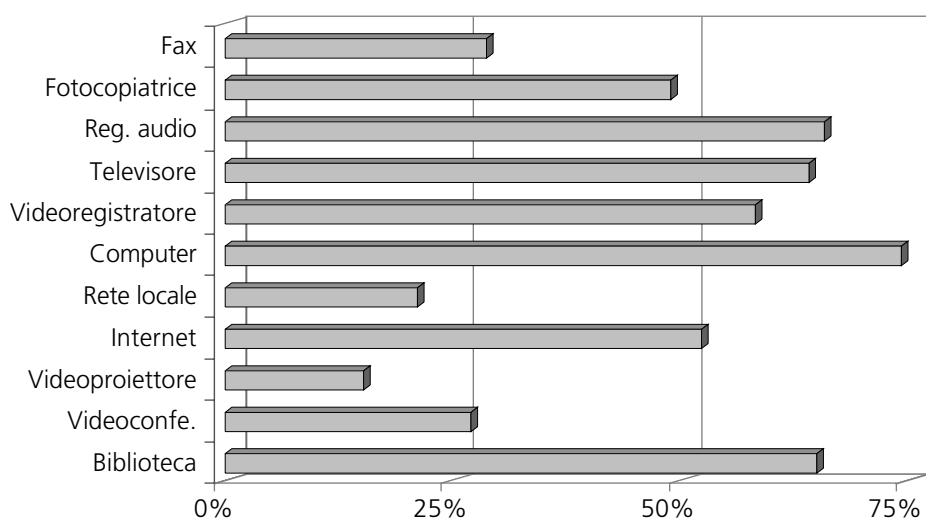
26 Scuola secondaria superiore - Studenti seguiti nelle sezioni ospedaliere

	A. S. 1999-2000	A. S. 2000-2001
Studenti in complesso	55	57
Istr. Classica	9	9
Istr. Scientifica	15	18
Istr. Artistica	2	3
Istr. Tecnica	24	21
Istr. Professionale	5	6

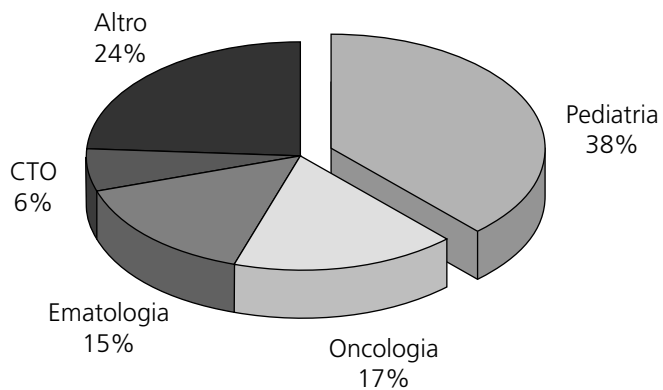
27 Disponibilità di aule didattiche dentro la struttura ospedaliera



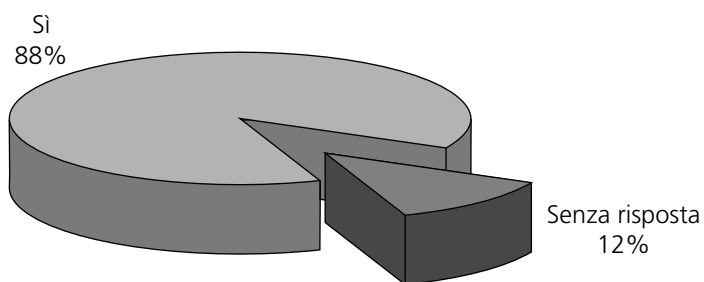
28 Attrezzature dell'aula didattica



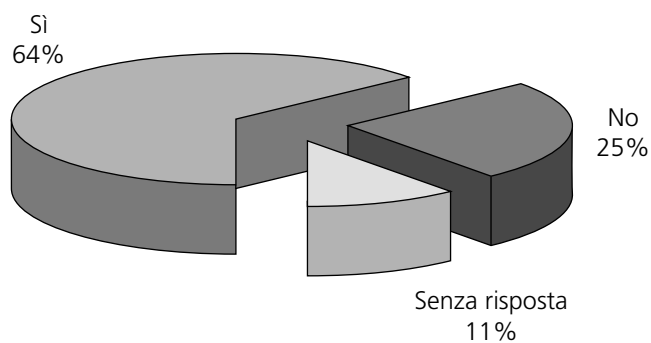
■ 29 ■ Reparti dove si svolge l'opera dei docenti



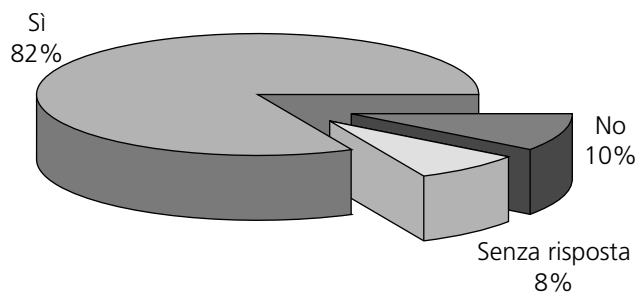
■ 30 ■ Il Servizio scolastico in ospedale inserito nel POF



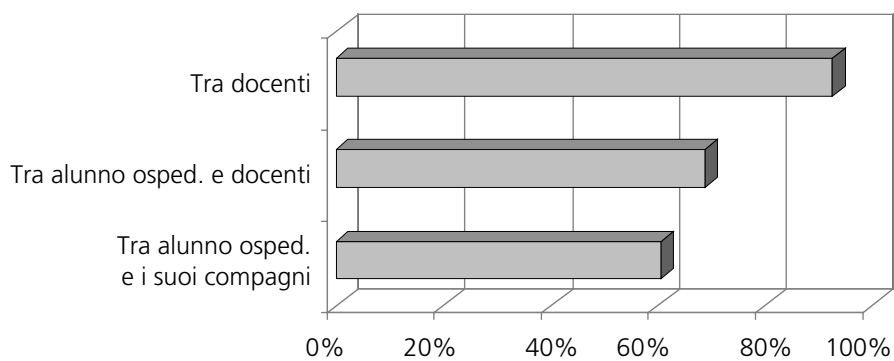
■ 31 ■ Continuità didattica - Forme di collaborazione fra docenti ospedalieri di diverso grado di scuola



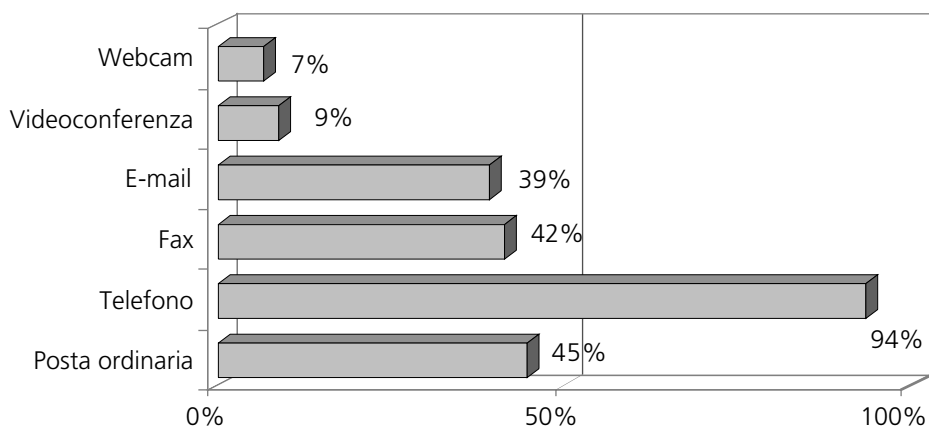
■ 32 ■ Rapporti con le scuole di provenienza degli alunni ospedalizzati



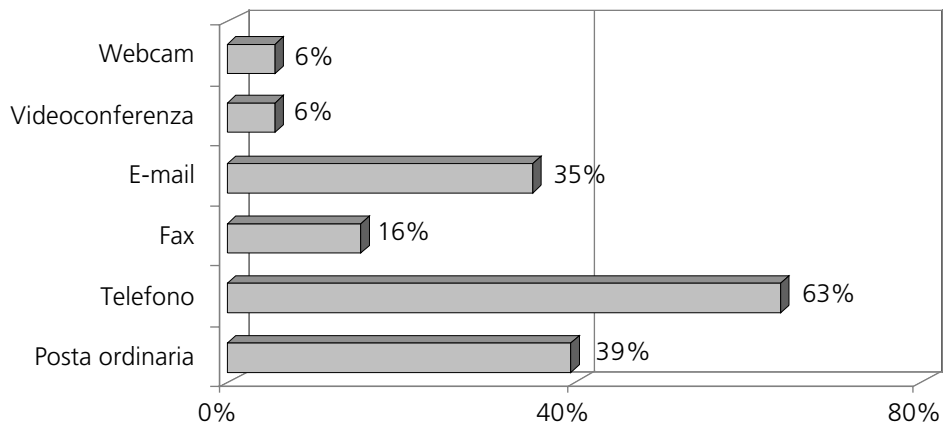
■ 33 ■ Livello di comunicazione con le scuole di provenienza degli alunni ospedalizzati



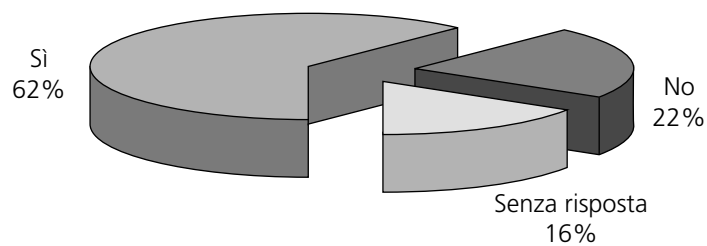
■ 34 ■ Mezzi di comunicazione con le scuole di provenienza degli alunni ospedalizzati



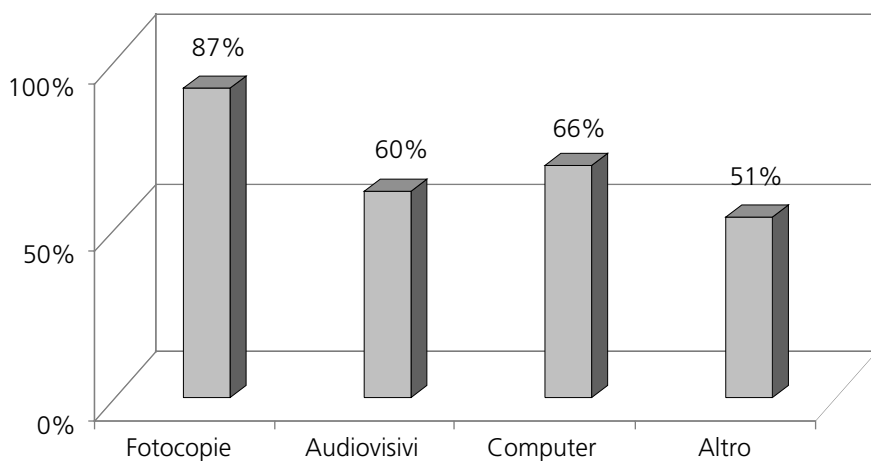
35 Mezzi di comunicazione fra l'alunno ospedalizzato ed i suoi compagni



36 I contenuti svolti nella scuola in ospedale sono abitualmente concordati con il Consiglio di classe o interclasse di appartenenza dell'alunno



37 Strumenti didattici utilizzati nella scuola in ospedale



■ La formazione dei docenti e l'alunno ospedalizzato

Adriana Di Bella

Dirigente scolastico, Direzione Generale per la formazione e l'aggiornamento del personale della scuola

La scuola in ospedale, finalizzata a precisi obiettivi formativi ed educativi, è stata la risposta al forte bisogno sociale di garantire agli alunni ospedalizzati il diritto all'istruzione. L'iniziativa ha contribuito, nel contempo, al contenimento del fenomeno dell'abbandono e della dispersione scolastica, in particolar modo nei casi di lunga degenza.

Nel corso degli anni le varie attività avviate in tale ambito, da episodiche si sono trasformate gradualmente in un servizio scolastico sistematico, rivolto agli alunni ospedalizzati presenti presso le sezioni ospedaliere di scuole di ogni ordine e grado, grazie all'introduzione di specifiche circolari ministeriali, di alcuni protocolli interministeriali e di precise norme contrattuali.


Le profonde e rapide trasformazioni della società contemporanea, connotata da cambiamenti rapidi e diffusi e caratterizzata da situazioni di complessità e di flessibilità, hanno reso indispensabile ed indifferibile il cambiamento del sistema scolastico.

Conseguentemente oggi è necessario avere un approccio sistemico a qualsiasi fenomeno: conoscere il sistema scuola significa, tra l'altro, essere in grado di individuare i vari soggetti con cui poter interagire per una progettualità possibile, tanto più in un contesto scolastico molto particolare e delicato come quello della scuola in ospedale.

Il quadro normativo: i soggetti

L'origine dei cambiamenti profondi verificatisi all'interno dell'amministrazione centrale e periferica, fino a raggiungere le singole istituzioni scolastiche, è senz'altro riconducibile al processo di attuazione della Legge n. 59 /97 che ha comportato trasformazioni radicali, decentrando le funzioni amministrative dello Stato nel settore della scuola. Al Ministero dell'istruzione sono state assegnate funzioni di indirizzo e controllo, al fine di garantire la dimensione nazionale dei percorsi educativi, nel rispetto delle autonomie locali; alle singole istituzioni scolastiche è stata attribuita l'autonomia organizzativa, didattica e di ricerca. In un quadro di logica interministeriale, attraverso la predisposizione di protocolli d'intesa (Istruzione, Sanità, Beni culturali, Affari sociali), queste innovazioni hanno determinato migliori condizioni per organizzare il servizio scolastico presso le strutture ospedaliere, in modo da riuscire a garantire agli alunni ospedalizzati il diritto all'istruzione.

Successivamente, nuove prospettive sono state offerte dal Decreto legislativo n.112/1998 che ha conferito agli Enti Locali sia competenze in materia di istruzione che il complesso insieme di servizi alla persona e alla comunità, tra cui la tutela della salute e il diritto allo studio.



L'approvazione, poi, del nuovo Titolo V della Costituzione ha ridisegnato un nuovo quadro istituzionale che affida agli Enti Locali il compito di definire e gestire l'offerta formativa a livello territoriale.


La riforma dell'Amministrazione scolastica ha introdotto un altro elemento innovativo costituito dal nuovo ruolo degli Uffici scolastici regionali, degli IRRE, dell'INVALSI e dell'INDIRE, cui sono stati affidati rispettivamente compiti di supporto e consulenza alle singole istituzioni, compiti di ricerca, compiti di monitoraggio del sistema di istruzione a livello nazionale ed infine compiti di formazione in servizio del personale della scuola.

La scuola in ospedale, per la sua precipua natura, vede compresenti molti soggetti, partecipi tutti di un più ampio progetto – «l'istruzione ed il benessere psicofisico dell'alunno malato» – rispetto al quale ciascuno deve intervenire apportando un contributo professionale specifico, mirato e coordinato. La scuola dotata di autonomia organizzativa, didattica e di ricerca risponde certamente in maniera più articolata alle esigenze di interazione tra i vari soggetti che cooperano «intorno» all'alunno ospedalizzato: personale scolastico, personale medico, famiglie, rappresentanti degli Enti locali

L'interazione di diversi partner, attraverso la costituzione di reti, l'utilizzo di protocolli d'intesa, la creazione di tavoli interistituzionali, costituisce nell'insieme una strategia che consente di raggiungere risultati più immediati, ma soprattutto più efficaci e rispondenti alla complessità della scuola che ha come destinatari alunni ammalati.

La centralità dell'alunno

L'autonomia scolastica non significa semplicisticamente decentramento di poteri, nè si risolve solamente in un fatto organizzativo; essa costituisce uno strumento funzionale al superamento della rigidità burocratica e alla costruzione di un sistema formativo flessibile centrato sul diritto dei cittadini ad apprendere. Si inserisce nel più vasto riassetto dello Stato idonea a realizzare un nuovo welfare dei diritti, più sociale e meno assistenziale, con l'obiettivo di offrire a tutti il massimo di opportunità formative. Il progetto della scuola in ospedale, inserendosi in un processo culturale complesso che coinvolge società, operatori pubblici e cittadini, risponde alla sfida di elaborare risposte adeguate ad uno specifico problema sociale, rispetto al quale è ineludibile far proprio il convincimento di pensare all'altro come Altro, cioè all'alunno cittadino e alla sua famiglia come soggetti verso i quali avere simpatia «etica». Perché la scommessa riesca bisogna ripensare il rapporto con l'utente, al fine di agevolare risposte diverse a esigenze diverse. La risposta della scuola in ospedale, quella dettata da finalità di natura pedagogica, ha come prospettiva la centralità della persona vista nella sua integrale dignità, unicità ed irripetibilità. Ciò significa pensare all'insegnamento come servizio alla persona: l'alunno, fulcro di questa azione formativa, è un alunno particolare, che si trova a vivere, soprattutto nella fase iniziale della malattia, una situazione fortemente destabilizzante che



lo mette in condizione di dover affrontare difficoltà improvvise e diversificate, rispetto alle quali è necessario saper individuare soluzioni possibili, al fine di raggiungere un nuovo equilibrio. Appare evidente come la professionalità del docente deve essere tale da guidare nel miglior modo possibile l'alunno, in questo delicato percorso di crescita e di ricerca di autonomia, programmando opportunamente percorsi, tempi, materiali e strumenti per creare situazioni di attenzione e di apprendimento.

Stiamo di fatto parlando di una professionalità che va costantemente supportata da adeguate ed aggiornate conoscenze psicologiche, pedagogiche e scientifiche, al fine di realizzare una didattica interattiva e relazionale in un contesto del tutto particolare.

Al centro dell'innovazione strutturale della scuola in ospedale si pone indubbiamente la flessibilità organizzativa e didattica. Occorre costruire singoli percorsi di apprendimento e mettere in campo tutte le possibili strategie didattiche sulla base dei bisogni dell'alunno in difficoltà, colti di momento in momento. Rendere l'alunno partecipe del proprio percorso di apprendimento, esplicitando le fasi e gli obiettivi attraverso il «contratto formativo», significa valorizzarne tutte le potenzialità umane, emozionali, cognitive. Corroborato dalla possibilità di compiere progressi e di partecipare positivamente al processo di apprendimento, egli potrà contrastare la malattia riprendendo a fare «progetti di vita».


Si può così affermare che la scuola in ospedale, oltre a garantire il diritto all'istruzione, può aiutare l'alunno malato a ritrovare fiducia nella propria guarigione, mettendolo in condizione di riprendere attività di quotidiana normalità. Ciò contribuisce a creare situazioni rassicuranti e certamente positive per garantire un miglior equilibrio psicofisico dell'alunno che si trova in contatto con persone estranee alla terapia: i docenti ed i compagni di scuola.

Si delinea sempre più il profilo di un docente professionalmente preparato, psicologicamente equilibrato, deciso nelle sue scelte didattiche, ma pronto al cambiamento in maniera flessibile, capace di superare gli ostacoli che possono determinarsi nell'interazione col personale dell'ospedale, con la famiglia emotivamente provata e con docenti della scuola di appartenenza dell'alunno malato. Interagire, riconoscendo i ruoli di ciascuno dei soggetti che intervengono in tale ambito, mantenendo la propria sfera di competenza significa per il docente della scuola ospedaliera progettare correttamente in team al fine di garantire i diritti dell'alunno all'istruzione, alla salute, al benessere psicofisico.

La formazione del docente

Diversi sono stati a partire dal 1995 i seminari di studio e le iniziative di formazione realizzati dal Ministero per dare rilievo e sostegno a questa tematica; basterà ricordare sinteticamente il seminario di Fiuggi del 1995, il seminario di Genova sull'uso delle nuove tecnologie del 1998, il convegno internazionale di Castel San Pietro Terme del 2001, il seminario di Roma del 2002.

Dall'anno scolastico 2001/2002 è stato avviato il progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione».



Dal 2002/2003, nell'ambito di tale progetto, utilizzando il portale tematico come snodo per il collegamento e come risorsa per i contenuti da mettere in rete, ha preso avvio una nuova sperimentazione che offre l'opportunità di creare collegamenti in video-conferenza per attuire il fenomeno di isolamento dell'alunno ospedalizzato e consentirgli di mantenere contatti costanti con la scuola di provenienza e non perdere i legami affettivi ed amicali con compagni ed insegnanti.

Alcuni protocolli d'intesa e azioni messe in campo da specifiche circolari, come ad esempio la C.M. n. 43 del 2001, hanno contribuito ad inquadrare le attività didattiche come parti integranti del percorso terapeutico, atte a ricondurre ad unità «le necessità curative, scolastiche e di relazione degli alunni malati.» Il servizio scolastico, pertanto, oltre a garantire il diritto all'istruzione contribuisce al mantenimento o al recupero dell'equilibrio psico-fisico dell'alunno.

Il quadro fino ad ora delineato mette in evidenza che la complessità degli interventi sociali ed educativi richiede iniziative di formazione che accompagnino lo sviluppo professionale del personale lungo tutto l'iter lavorativo.

Nell'ambito delle forti innovazioni in atto nel mondo della scuola, la formazione, rivolta a soggetti adulti, è componente strategica di un sistema finalizzato allo sviluppo professionale del personale docente. La formazione va vista sempre più come un sistema che deve far interagire alcuni significativi momenti: la fase iniziale, quella in servizio e l'autoaggiornamento; l'*e-learning* integrato, modalità che utilizza formazione in presenza e formazione a distanza, sembra attualmente rappresentare la formula che riesce ad incidere maggiormente sulla professionalità dell'adulto coinvolgendolo in maniera attiva nella costruzione del proprio percorso formativo e di crescita professionale. La professionalità, le esperienze lavorative e le conoscenze dei soggetti da formare vengono riconosciute come risorse da valorizzare: non si tratterà pertanto di istruire, ma di costruire insieme al destinatario dell'azione il percorso più rispondente ai bisogni formativi, implementabile nel tempo in un processo di apprendimento continuo. La logica di questo tipo di intervento è alla base delle azioni formative realizzate dalla Direzione generale per la formazione e l'aggiornamento del personale della scuola ed è in linea con quanto indicato dall'Unione europea nel Convegno di Bruxelles del novembre 2001 e con quanto proposto dalla direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del dicembre 2001 sulla formazione e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni.

All'interno dell'Unione europea è necessaria la convergenza delle politiche nazionali in materia di educazione, istruzione, formazione; quest'ultima acquista, di conseguenza, una dimensione costante del lavoro finalizzata ad elevare la qualità dell'offerta delle amministrazioni.

La professionalità del docente che svolge il proprio lavoro nelle sezioni ospedaliere deve poter fruire sempre più nel tempo di specifici interventi formativi, perché egli possa attingere a strumenti vari e, di volta in volta, idonei ad interagire con i diversi momenti della malattia e della terapia dell'alunno ospedalizzato.

Affinare la professionalità del docente significa contribuire a sviluppare le competenze di base, in modo che egli sappia utilizzare, al meglio, strategie, modalità, tempi,

risorse. Sarà cura del docente individuare i materiali didattici più rispondenti al momento, dando il giusto spazio a quelli autoprodotti e ricorrendo anche a quelli presenti su circuiti specifici, attraverso l'uso di siti dedicati; questi hanno il pregio di mettere in circuito e valorizzare le migliori esperienze realizzate da docenti impegnati sul campo. Il mezzo informatico, in particolare, considerato nella sua complessità di offerta – dall'e-mail al portale –, risulta un prezioso supporto, da utilizzare strategicamente, con scopi formativi e di comunicazione interattiva, accanto a quelli di uso più tradizionale.

Saper coniugare professionalità e disponibilità a raccogliere la sfida rappresentata, di volta in volta, da malattie che repentinamente sottraggono i ragazzi alla quotidiana normalità, può contribuire a ridare fiducia ai giovani messi troppo presto a dura prova dalla vita e ad aiutarli a riprogettare positivamente il proprio futuro.

■ Il minore malato: diritti e realtà

Giuseppina Fantone

Presidente Associazione nazionale pedagoghi ospedalieri

Ringrazio gli organizzatori, in modo particolare il Dott. Pagnani, la Dott.ssa Campanelli e l'Ispettrice Ponziano che hanno voluto che intervenissi a questo seminario per portare il contributo dell'esperienza della nostra Associazione.

Torno con piacere a Fuggi dove, nel maggio del 1995, si è tenuto il primo Seminario Nazionale Interdirezionale «Scuola e Ospedale: esperienze a confronto e prospettive future». All'organizzazione di quel seminario, voluto dall'allora Direttore Generale Dott. Pasquale Capo, che è stato uno dei primi ad occuparsi delle problematiche legate all'ospedalizzazione in età scolare, ho collaborato e ricordo di aver fatto una relazione sulla dispersione scolastica del bambino malato e/o ospedalizzato.

Il Direttore Moioli ha centrato bene quelli che sono i problemi del minore malato o in situazione di disagio e, senza volerlo, anche io metterò in evidenza alcuni dei punti da lei trattati.

Siamo reduci da due esperienze molto importanti di cui vi vogliamo mettere a conoscenza e che potrebbero servirvi come spunti di riflessione per i lavori di gruppo.

A Collodi, durante la Conferenza nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, abbiamo partecipato alla sessione che aveva per argomento «La tutela e la cura del soggetto in età evolutiva ed in difficoltà». Durante l'incontro ho sentito più volte ripetere il celebre detto di Don Milani «*I care*», e credo che questo concetto «*del prendersi cura*» sia fondamentale per farci riflettere sul nostro impegno nei confronti dell'alunno malato e quanto sia importante che anche con l'aiuto dell'insegnante, che unisce le sue forze a quelle dell'équipe curante, si possa fare della malattia e dell'ospedalizzazione un «momento di crescita» per il minore.

Tra gli altri relatori, un esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha portato dei dati significativi emersi da un'indagine realizzata sui minori in situazione di malattia o di disagio, che rielaboreremo in collaborazione con l'Unicef e con il Centro na-

zionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza di Firenze, anche alla luce delle linee guida per il piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, alle cui sedute di lavoro preparatorie abbiamo partecipato, proposte dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

A Roma abbiamo recentemente organizzato un Convegno internazionale in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale del Lazio, con l'Assessorato alle politiche per la famiglia ed i servizi sociali, con l'Istituto di igiene «G. Sanarelli» dell'Università La Sapienza e con l'HOPE, che è l'organizzazione europea con la quale collaboriamo dagli anni Ottanta. Sull'argomento «Inclusione o integrazione del bambino e dell'adolescente malato nella scuola e nella società?» si sono confrontate varie figure professionali provenienti da 20 Paesi europei: dalle relazioni e dai lavori di gruppo è emerso che ovunque ci sono stati dei notevoli cambiamenti nelle politiche sanitarie e scolastiche che ci devono far riflettere per rivedere quella che era l'ottica iniziale della scuola in ospedale.

C'è un nuovo modo di leggere il problema: la presa in carico dello studente malato come soggetto di diritto prescinde dal luogo in cui esso si trova, ossia è l'Istituzione che segue l'alunno. Con l'autonomia le singole scuole, seguendo precise linee guida nazionali ed anche europee, dovranno prevedere nel POF risposte adeguate per ogni evento che determini, anche temporaneamente, l'allontanamento di un alunno, quali l'istruzione domiciliare e l'uso delle tecnologie.

È stato, inoltre, più volte evidenziato, il tema relativo al reclutamento e alla formazione iniziale del personale che deve operare in queste situazioni di particolare disagio. Questo punto è un nodo ancora da sciogliere e dovrebbe vedere coinvolti tutti i soggetti istituzionali.

Per quanto riguarda le nuove tecnologie, di cui tanto si parla, ribadisco quello che ha detto anche ieri a Collodi il Sottosegretario Sestini: «Il computer è un valido strumento di supporto, ma non può sostituire il rapporto umano».

Il rapporto interpersonale che ha l'insegnante con l'alunno malato, con la famiglia, con il genitore sempre presente, con il personale medico e paramedico è fondamentale ed è l'elemento sul quale dovrebbe essere basata la preparazione del docente che vuole lavorare con il minore malato in ospedale o a domicilio.

Uno dei laboratori del suddetto Convegno europeo ha avuto come centro di interesse i diritti dei bambini e fra questi è stata data particolare importanza al diritto del bambino ad avere una corretta informazione sulla sua salute.

A questo proposito la nostra Associazione ha realizzato con il Servizio psico-sociale dell'Ospedale pediatrico «Bambino Gesù» di Roma una interessante ricerca sul vissuto del bambino nei confronti della malattia e dell'ospedalizzazione, ricerca premiata dal Presidente Ciampi e dal Ministro Moratti in occasione dello *school day*.

Di questa e di altre iniziative dell'ANPO potrete avere informazioni visitando il sito dell'Associazione.

■ Presentazione del Cd-rom «Insegnare in ospedale»

Nicola Sorgentone

Docente ospedaliero, Direzione Generale Organizzazione Servizi nel Territorio

Il Cd-rom «*Insegnare in ospedale*» nasce dall'esigenza di sviluppare una più consapevole e mirata azione didattica nella scuola in ospedale con la finalità di realizzare una proficua integrazione tra operatori scolastici e sanitari e di favorire l'interscambio tra realtà diverse.

Questo strumento di lavoro vuole costituire una base di discussione e di confronto, per superare «didattiche rigide» e ricercare, attraverso il contributo di tutte le istituzioni scolastiche coinvolte, modelli innovativi flessibili e più funzionali.

Potremmo definirlo «un'opera aperta», un laboratorio di ricerca in continua evoluzione, sensibile e recettivo alle esigenze delle scuole stesse.

Non a caso l'iniziativa si sviluppa nell'ambito delle attività della scuola ospedaliera che, per la peculiarità dell'area di intervento, ha da sempre dovuto sperimentare percorsi nuovi con strumenti tecnologicamente avanzati, sul piano didattico ed organizzativo.

Questo supporto *off-line* ha una duplice funzione: da una parte vuole essere modello di possibili percorsi formativi per insegnanti ospedalieri, dall'altra diventare contenitore dei materiali prodotti durante i corsi di formazione realizzati dalle stesse scuole polo ospedaliere.

Il modello di percorso formativo può essere consultato avviando il file «Corso di formazione.exe», direttamente dal Cd-rom, senza bisogno di alcuna installazione.

Per produrre un proprio Cd-rom con i materiali dei corsi bisogna installare i file necessari avviando la procedura «Setup.exe», contenuta nella cartella «InstallSoftware\mioCd». Tale procedura può essere avviata anche premendo il pulsante «Materiali», presente sulla pulsantiera.

Quattro le aree presenti nel Cd-rom a cui si può accedere dal menu principale:

- aspetti medici e psicologici
- aspetti normativi
- aspetti psico-pedagogici
- aspetti metodologico-didattici

Il mio intervento, oggi, prenderà in considerazione solo le metodologie didattiche.

Uno dei primi problemi che l'insegnante ospedaliero si trova ad affrontare è l'approccio con l'alunno che, per vari motivi (patologia, situazione scolastica preesistente, contesto socio-culturale), potrebbe rifiutare l'intervento pedagogico.



Il Menu principale del Cd-rom

Si tratta quindi di mettere in atto strategie per ottenere risultati sia sotto il profilo didattico-curricolare, sia sul piano della qualità della vita dell'alunno. La scuola in ospedale è una scuola della scelta e non dell'obbligo.

In una situazione in cui l'alunno malato è costretto a subire il piano terapeutico, è bene privilegiare modelli didattici che gli permettano di agire sul piano culturale, che lo facciano sentire l'artefice dei prodotti che realizzerà. Si tratta di agevolare la produzione culturale, contrapponendola ad uno studio manualistico.

Vanno poi considerati i limiti strumentali dovuti alle patologie, con le conseguenti ridotte abilità. Tempi di applicazione allo studio, limiti fisici e psicologici vanno considerati attentamente prima di qualunque tipo di intervento. Non solo per evitare l'insuccesso in sé, ma perché tale insuccesso può compromettere seriamente un già precario equilibrio.

Il rapporto insegnante-allievo, predominante in corsia, falsa il normale rapporto insegnante-classe. Se da una parte favorisce l'approfondimento, sia sul piano didattico che emotivo, dall'altra pone l'allievo in una condizione di isolamento nell'apprendimento.

È bene, quindi, cercare di superare tale condizione, sia sfruttando le possibilità offerte dalle moderne tecnologie informatiche per la comunicazione, come la videoconferenza, le chat, la posta elettronica, sia favorendo, quando le situazioni cliniche e logistiche lo permettono, le visite dei compagni.

Sarà bene evitare che una lezione si trasformi in una semplice «ripetizione» delle cose fatte dai compagni a scuola. Non solo perché tale atteggiamento metterebbe l'alun-

no malato in condizione di subalternità alla classe, ma perché il rapporto uno a uno permette di ottenere alti standard qualitativi che possono rendere l'allievo protagonista eccellente dei percorsi di apprendimento del gruppo classe, con tutti i risvolti psicologici facili da immaginare. Risvolti psicologici che, si ricorda, possono avere ricadute anche sul piano terapeutico.

Una attenzione particolare andrà posta all'uso delle tecnologie informatiche e telematiche finalizzate all'apprendimento. Esse, infatti, permettono di motivare i ragazzi allo studio, sfruttando le normali curiosità verso i calcolatori; inoltre, tali tecnologie possono sia ridurre e, a volte annullare, i limiti temporanei dovuti alle diverse situazioni patologiche, sia consentire lezioni per quelle materie non oggetto del servizio scolastico. Spesso, infatti, soprattutto per la scuola secondaria superiore, non tutti gli insegnanti possono essere presenti nei consigli di classe ospedalieri.

Sulle modalità di *e-learning* sarà comunque importante valutare caso per caso. Se per un ragazzo di diciotto anni, che deve studiare «Trattamento testi» per il suo corso di studi in ragioneria, non comporterà alcuno squilibrio sul piano psicologico e dell'apprendimento, per un bambino che deve imparare a leggere e scrivere sarà devastante farlo rapportandosi con una macchina.

È bene, dunque, approfondire il tema del rapporto tra tecnologie informatiche per la comunicazione e apprendimento. Non dimentichiamo che, verso la metà degli anni Novanta, nella grande ondata di entusiasmo a sfondo tecnologico, l'utilizzo di protesi cognitive e tecniche comunicative a supporto digitale era troppo spesso organizzato in maniera incerta:

- alunni produttori di materiali (disegni, testi, canzoni);
- insegnanti assemblatori di «frettolosi ipertesti».

I nuovi obiettivi di quella didattica furono:

- permettere agli alunni un maggiore controllo del nuovo linguaggio multimediale;
- porre attenzione, oltre che alla creazione, al dispositivo che permette la creazione di ipertesti.

D'altra parte l'ospedale in sé consente una riflessione privilegiata tra tecnologie della comunicazione e insegnamento-apprendimento. Innanzitutto, perché la scuola ospedaliera vive una condizione protetta e privilegiata: strumenti e mezzi resi disponibili dalle istituzioni, rapporto individualizzato alunno-docente, scambio di metodologie con le scuole di appartenenza degli studenti; inoltre, perché l'ambiente-ospedale permette all'azione didattica di assumere valore simbolico. Insegnare-apprendere in ospedale è come ripercorrere le tappe dello sviluppo delle tecnologie della comunicazione finalizzate all'apprendimento:

- Somatiche – La presenza effettiva ed affettiva permette l'approccio, l'accudimento, l'accoglienza, in quanto è sensibile al contesto e motivante all'attività didattica.

- Mediatiche – I media classici, libri, televisione, audio e video-cassette permettono sia un approfondimento che un'intensa attività ermeneutica, ma non sono sensibili al contesto.
- Digitali – La produzione e la fruizione di materiali didattici ipermediali permettono una maggiore autonomia sia sul piano della produzione culturale che su quello della fruizione.


Sul piano della produzione, l'ipertesto digitale consente di generare sapere in formati molto accattivanti. Sul piano della fruizione è, invece, sensibile al contesto, proponendosi come matrice dinamica a partire dalla quale l'utente può creare un testo particolare, in base ai bisogni del momento.

L'ipertesto, con i suoi rimandi interni, può produrre una cultura caotica e frammentaria. Allora il multimedia interattivo va considerato solo come una strategia che permette la dissoluzione della supremazia del linguaggio verbale sulle altre modalità comunicative.



La carta di navigazione del Cd-rom

Tornando al contenuto del Cd-rom, in aggiunta alle funzioni del Sommarrio con pulsantiera, questa schermata permette l'accesso alla presentazione iniziale e ad una vetrina di esperienze significative.



Anche tali esperienze possono essere sostituite da quelle condotte nelle sezioni ospedaliere afferenti alla scuola polo che organizza il corso di formazione. La procedura necessaria è illustrata nell'help specifico. Le esperienze possono essere descritte mediante materiale testuale, iconografico, filmico e musicale.

Nella speranza che il Cd-rom «Insegnare in ospedale» possa contribuire al mantenimento di una memoria storica dei corsi che, spesso, per la valenza dell'organizzazione e la qualità degli interventi, diventano non solo materiale da consultare, ma modello da seguire, auguro a tutti buon lavoro.



Gli aspetti medici e psicologici

■ La scuola in ospedale: un presidio terapeutico?

Riccardo Riccardi*

Primario Divisione oncologia pediatrica del Policlinico «A. Gemelli» di Roma

I tumori rappresentano, dopo gli incidenti, la seconda causa di morte nei bambini di età compresa tra 1 e 14 anni. La patologia oncologica più frequente è la leucemia linfatica acuta, seguita dai tumori del sistema nervoso centrale. La prognosi per le malattie tumorali presenta una notevole variabilità nella sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi (dal 95% nei casi di linfoma di Hodgkin a meno del 10% nel neuroblastoma ed in alcuni tumori cerebrali). I risultati positivi ottenuti negli ultimi anni in termini di guarigione sono, tuttavia, connessi a lunghi periodi di ospedalizzazione ed a procedure dolorose ed invasive con una evidente modificazione della immagine corporea dovuta alla perdita dei capelli ed alla variazione del peso corporeo.

Uno degli obiettivi principali del trattamento del bambino con tumore è quello di rendere possibile uno sviluppo normale in un contesto anormale.

Perché la guarigione dal tumore possa coincidere con un benessere psichico è necessario che il bambino, superata la malattia, sia in grado di utilizzare in pieno le proprie potenzialità. Il conseguimento di tale risultato è legato all'azione integrata, nel tempo, dei molti sistemi, famiglia, équipe medica, scuola, amici, che si trovano ad interagire con lui. Ora volendo prendere in considerazione in particolare la funzione fondamentale svolta dalla scuola, va sottolineato che l'assenza prolungata produce nel bambino uno stato depressivo paragonabile a quello indotto nell'adulto dalla disoccupazione, mettendo in evidenza il parallelismo studio-lavoro. I protocolli terapeutici per i tumori infantili prevedono lunghi periodi di degenza alternati a brevi deospedalizzazioni che consentirebbero, in teoria, il ritorno a scuola.

* Con la collaborazione di Patrizia Rubbini Paglia, Ilaria Lazzareschi, Daniela Fusco

In realtà, le oggettive difficoltà legate al trattamento (immunodepressione, deficit neurologici), l'iperprotettività di genitori ed insegnanti, il disagio del bambino per l'alterato aspetto fisico, rendono questa opportunità poco utilizzabile. Ecco, quindi, che la scuola nel reparto di degenza diviene spesso l'unica risorsa disponibile per garantire la continuità e la «normalità» della vita nel corso del trattamento. La scuola in ospedale può infatti restituire al paziente una progettualità ed un senso del tempo non più scandito unicamente dai rituali terapeutici, ma anche da nuovi impegni e da relazioni personali non solo con i medici. Affinché l'incontro scuola-ospedale avvenga nel modo più costruttivo è necessario però che i docenti ricevano informazioni adeguate riguardo alle condizioni cliniche del bambino ed alle sue eventuali difficoltà di apprendimento dovute alla patologia o alla cura (ad es. difficoltà di concentrazione, di lettura e di scrittura, deficit di memoria, di attenzione).

Al Policlinico Gemelli, oltre alla Scuola elementare e materna, è in funzione dal 1991 una sezione distaccata della Scuola media Statale «Don Morosini» con 9 insegnanti che svolgono i loro interventi didattici sia in classe che al letto del bambino, utilizzando linguaggi multimediali e privilegiando la creatività e la manualità.

Riportiamo due esempi per far meglio comprendere gli effetti positivi di un intervento integrato sul paziente per assicurargli un'accettabile qualità di vita.

Marina era una bambina di 7 anni con diagnosi di microdrepanocitosi; alle spalle aveva una famiglia degradata e abbandonica. Nel corso dell'adolescenza aveva manifestato comportamenti oppositivi, ribelli, autodistruttivi, con rifiuto delle terapie mediche e abbandono scolastico in prima media. A seguito di un grave incidente stradale la ragazza affrontò una lunga degenza in ospedale; questo offrì l'opportunità di integrare le competenze fra gli insegnanti della scuola media ospedaliera e l'équipe psicologica, tanto che, a 18 anni, la ragazza ha potuto costruire autonomamente un proprio progetto di vita con ripresa della cura e conseguimento della licenza media.

Il secondo caso riguarda Oscar, 13 anni, a cui fu diagnosticato un osteosarcoma. Proveniva da una famiglia mista, con padre nordafricano di religione musulmana e madre italiana di religione cattolica; ciò creava confusione nell'identità del ragazzo che a scuola era emarginato e in ospedale aveva atteggiamenti di ostilità e chiusura al punto di non accettare alcun dialogo con l'équipe curante. Anche in questo caso l'integrazione insegnante-équipe psicologica ha permesso il recupero dell'impegno da parte del ragazzo, dell'autostima e della progettualità, al punto che si è reinserito senza i precedenti problemi nella sua classe, ha conseguito, nonostante un intervento ortopedico invalidante, la licenza media ed ha iniziato un rapporto costruttivo con l'équipe curante.

Per questi bambini e per tutti gli altri che devono affrontare la difficile esperienza della malattia oncologica, ci auguriamo di trovare l'insegnante ideale per la scuola in ospedale, che deve essere sensibile, psicologicamente equilibrato, determinato ma flessibile, capace di superare gli ostacoli nella interazione con la scuola di appartenenza: insomma... una persona veramente speciale!

■ Il bambino, la malattia, l'ospedale: aspetti relazionali e psicologici

Bruna Mazzoncini*

Dipartimento scienze neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva Università «La Sapienza» di Roma

La malattia, soprattutto se prolungata e cronica, è un evento traumatico che incide nella vita di ogni persona e in un bambino può lasciare tracce molteplici e a diversi livelli nel suo sviluppo psicologico. Nell'impatto con la malattia, nel doverne fare la conoscenza, egli attiva strumenti conoscitivi particolari e può mettere in gioco modalità di rifiuto e di ritiro cognitivo e affettivo, nel tentativo di negare o non pensare un evento così doloroso.

La malattia invade le *routines*, altera i ritmi e i rapporti quotidiani. I genitori per ridurre il carico emotivo possono modificare il loro atteggiamento educativo con maggiori margini di permissività e con più ampi tempi dedicati all'accudimento del bambino. Ma anche nelle situazioni in cui il bambino può ricevere un affettuoso accudimento genitoriale e un attento rapporto da parte dei sanitari, la malattia impone le sue esigenze: sentimenti di espropriazione e di manipolazione del proprio corpo possono essere difficilmente sopportabili e indurre nel bambino comportamenti di regressione che influiscono sui processi di autonomia in atto. Gli stessi cambiamenti educativi («posso avere mamma tutta per me»), seppure piacevoli, possono sconcertare il bambino che può ritrovarsi confuso a causa delle modificazioni intervenute nella mappa delle sue relazioni affettive.

D'altra parte anche l'adulto – genitore, insegnante, operatore sanitario – può viverci impotente e sentirsi confuso di fronte alla malattia del bambino. Può non sapere come contenere paure e angosce, come parlare con lui, cosa dire o cosa tacere sulla malattia. Un comportamento frequente è quello di tentare di difendere il bambino, tenendolo il più possibile all'oscuro di ciò che sta avvenendo, con il risultato di favorire quell'ansia che si cerca di contenere.

Per rispondere ad alcuni di questi dubbi, può essere utile chiederci come il bambino si rappresenta ed elabora la sua esperienza, in quanto unica, in rapporto a caratteristiche individuali e come utilizza modalità cognitive ed emotive per decodificare il fenomeno, tipiche della sua età e della specifica fase evolutiva.

Ma avere a che fare con la malattia, sia nelle situazioni ad esito favorevole, sia ancor più in quelle ad esito infausto, suscita inevitabili domande e paure sulla morte. Il bambino si chiede come ci si ammala, come si guarisce e che cosa fa morire. Le paure e le idee sulla morte sono allora un altro degli elementi che entrano inevitabilmente in gioco nella rappresentazione che il bambino si fa dell'ammalarsi e dello stare bene.

* Con la collaborazione di Sergio Melogno

L'evoluzione delle rappresentazioni della malattia

Conoscere le rappresentazioni della malattia che i bambini sviluppano, in relazione alla loro crescita cognitiva ed affettiva, è un primo passo necessario per chiunque si occupi, a livello professionale, di bambini in ospedale. Il modo di concepire tale evento influenza infatti qualsiasi relazione con gli adulti, siano essi più o meno direttamente coinvolti nella gestione del processo terapeutico. Pilleri Senatore e Oliverio Ferraris (1989) hanno indicato tre passaggi evolutivi. Fino ai 7-8 anni i bambini rapportano la causalità della malattia alla trasgressione di regole: i bambini possono credere di aver preso una malattia perché hanno «disobbedito». In una fase successiva, pensano che tutte le malattie sono causate da «germi» la cui presenza è sufficiente a far ammalare. Infine, verso i 12 anni, acquisiscono una visione più complessa dei molteplici fattori correlati alla malattia, benché la conoscenza dei processi fisiologici che avvengono all'interno del corpo sia ancora molto parziale, essendo anch'essa materia conoscitiva che evolve con lo sviluppo.

In merito alle rappresentazioni della malattia si evidenziano modelli esplicativi diversi che compaiono nel corso dello sviluppo facendosi, col tempo, più articolati e maturi. I bambini tra i 3 e i 7 anni spiegano la malattia ricorrendo al «fenomenismo» ed al «contagio». La spiegazione più primitiva ed immatura è il fenomenismo che riconduce la causa della malattia a fattori esterni concreti («il raffreddore si prende dal sole... o dagli alberi») di cui tuttavia il bambino non sa esplicitarne meccanismi e motivi. Più complesso è il contagio che comincia a localizzare in oggetti o persone la causa della malattia («il raffreddore ti viene perché qualcuno ti viene vicino – ma come fa? – per magia»). In ambedue i casi tuttavia il legame tra causa e malattia è concepito nei termini della mera prossimità di un rapporto di tipo simpatico o magico (Bibace e Walsh, 1980).

Verso i 7-8 anni, la spiegazione della malattia che è sempre più concettualizzata come un insieme di sintomi concreti, avviene mettendo in gioco meccanismi di «contaminazione» e di «internalizzazione». Nella prima, la causa è ricondotta ad una persona, un oggetto, un'azione esterna al bambino e che possiede una «qualità» «cattiva» o «pericolosa» per il corpo e che, mediante qualche forma di contatto, produce la malattia contaminandolo. Acquisendo la seconda modalità sopra citata, i bambini cominciano a collegare la malattia, localizzata all'interno del corpo, con cause esterne attraverso processi di internalizzazione. È nel periodo che va dagli 11-12 anni ai 14-15 anni che il soggetto riesce ad unire nella conoscenza della malattia aspetti fisiologici e psicofisiologici e ad esplicitare credenze sulle incidenze che lo «psicologico» (pensieri e sentimenti) hanno sulla salute/malattia fisica.

Abbiamo detto che la conoscenza da parte dell'adulto di queste concezioni è fondamentale nella relazione con il bambino, anche se va precisato che, rispetto alle fasce d'età indicate, è necessario non essere rigidi poiché categorie diverse possono anche coesistere, ma soprattutto i modelli esplicativi risentono fortemente di influenze ambientali. In primo luogo è necessario tenerne conto quando si parla al bambino, quando gli si danno spiegazioni. I meccanismi cognitivi attivi in una determinata fase possono, infatti, determinare distorsioni nella comprensione delle informazioni impedendo di essere ben assimilate. In secondo luogo, dalle differenti rappresentazioni conseguono idee precise ri-

spetto alla guarigione, all'efficacia delle cure, ai tempi necessari per guarire, ecc. e da queste idee discendono comportamenti e modi di affrontare lo scambio conoscitivo ed emotivo sulla malattia. Ad esempio, un bambino può aspettarsi di guarire per il solo fatto di «obbedire» al medico prendendo le medicine oppure di ammalarsi se non obbedisce ad alcune regole («mettersi sciarpa e berretto», «non bere dal bicchiere degli altri bambini»).

Un fenomeno che si osserva frequentemente nei bambini malati è la «regressione cognitiva». Questa consiste in una perdita di specifiche abilità cognitive legate allo stress e alla pressione affettiva e può anche non coinvolgere tutte le aree del pensiero configurandosi come «selettiva». Le caratteristiche della regressione cognitiva sono almeno tre: vi è una perdita di abilità in aree specifiche, un rifiuto di qualsiasi conoscenza in quelle aree e nessuna alterazione dei processi cognitivi in aree emotivamente neutre (Gregory e Levi, 1990). Secondo Blos (1978) la funzione della regressione cognitiva sarebbe difensiva, ad argine di una conoscenza che causa elevata ansietà.

L'evoluzione del concetto di morte nel bambino

Come abbiamo detto, non si può trattare il tema della malattia senza considerare anche l'evento della morte. Va sottolineato, del resto, che le domande sulla morte fanno parte della curiosità epistemica del bambino anche molto piccolo e costituiscono una tematica, comunque emergente, anche in condizioni di benessere nel periodo prescolare.

Il concetto di morte, dal punto di vista cognitivo, si organizza attorno a tre componenti. Queste sono: la cessazione delle funzioni vitali, l'universalità e l'irreversibilità. Possiamo cioè sostenere che un bambino sia in possesso di tale concetto se, in qualche modo, è a conoscenza del fatto che la morte comporta l'arresto delle funzioni biologiche dell'essere vivente e se sa che essa è irreversibile e riguarda tutti gli esseri viventi. Proprio in relazione a queste ultime componenti si osservano durante lo sviluppo cambiamenti significativi nel modo di concepirle. Per esempio, un bambino, fino ad una certa età, può «credere» che la morte costituisca un evento al quale si può rimediare oppure che a morire siano soltanto gli animali o le persone molto anziane. Secondo gli studi evolutivi la problematica connessa alla costruzione del concetto di morte appare già particolarmente articolata e complessa a partire dai 2-3 anni: bambini così piccoli si pongono delle domande (anche senza esplicitarle) e, verso i 4-5 anni, raggiungerebbero una comprensione «sostanziale» delle sue componenti principali. Dati sperimentali recenti modificano una visione precedente in cui la rappresentazione della morte evolveva molto più lentamente dal «concreto all'astratto» e dal «particolare all'universale» (Vianello e Marin, 1984). Tali studi sostenevano che i bambini prescolari assimilano la morte ad un'assenza temporanea e solo in età scolare riescono a considerarla come un evento definitivo (Childs e Wimmer, 1971). Erano i clinici invece a sostenere una conoscenza più precoce anche se silente, attivata dalle esperienze emotive (perdita, separazione, ecc.). Rochlin (1967), asserendo una conoscenza precoce, sostiene che i bambini hanno a disposizione varie fonti di informazione e che le distorsioni che spesso presentano sono a protezione, un modo per fare fronte alle emozioni (paura) che l'idea della morte può

suscitare. Il loro rifiuto del carattere irreversibile e definitivo della morte avrebbe una funzione difensiva.

Quando un bambino parla possono evidenziarsi delle incongruenze addirittura all'interno di una stessa frase come se passasse da una concezione corretta ad una «distorta» della morte. Con una sequenza evolutiva particolare, i bambini prima imparerebbero che cos'è la morte e poi inizierebbero a negarla e a deformarla attraverso vari meccanismi di difesa. Yalom (1980) ne ha elencati alcuni, come la negazione della morte che, per esempio, viene ridotta ad una condizione temporanea e reversibile come il sonno oppure la «personificazione» che consente l'illusione di placare con suppliche la morte stessa o in qualche modo di controllarla, sfidandola, ad esempio, con filastrocche («se dovessi morire prima di svegliarmi me ne accorgerei dal mal di pancia»). In ogni caso si evidenziano differenze tra le concettualizzazioni dei bambini sani e di quelli malati.

Questi ultimi, per l'esperienza che stanno vivendo, sono indotti a costruirsi più precocemente rappresentazioni molto simili a quelle dell'adulto, possono sentire che il «tempo tra le braccia» viene meno (Sourkes, 1999), che la vita può anche finire. La nostra esperienza clinica ci conferma che ciò accade soprattutto nei bambini affetti da grave patologia.

Ricordiamo, infine, che l'analisi delle rappresentazioni sulla morte costituisce anche un'area d'indagine con svariati risvolti in psicopatologia dello sviluppo (Levi e Bernabei, 1989).

La scuola in ospedale: ruolo dell'insegnante

L'insegnante della scuola in ospedale ha un compito molto specifico: non può fare a meno di annoverare la malattia tra le «materie» da condividere con i suoi alunni e deve saper molto bene quando e come parlarne per fare sì che tutto il processo di conoscenza del quale ogni insegnante è tutore e promotore non venga invaso da quest'unica tematica e per far sì che, anche in una situazione così difficile quale è l'ospedale, vengano salvaguardati gli spazi di crescita e di benessere per il bambino. Ancor prima deve mettersi all'ascolto, anche nel confronto con altre competenze professionali, delle comunicazioni che provengono dal bambino. A volte simboliche e metaforiche (in agiti, nel gioco, nel disegno, nel linguaggio verbale, nelle produzioni scritte, ecc.) necessitano di essere svelate nel loro significato non letterale e così facendo si intuiscono aspetti sommersi (idee, paure, angosce, fantasie distruttive, ecc.), ma anche «risorse» interiori sulle quali far leva.

L'insegnante e il bambino, data la specifica situazione, condividono un processo di apprendimento/insegnamento assolutamente peculiare che investe i contenuti, le modalità e i tempi dell'esperienza.

La scuola in ospedale si configura come uno spazio fisico e mentale che aiuta il bambino in vari modi:

- a «ri-conoscere» la malattia, a rappresentarla e a circoscriverla;
- ad affrontare la malattia nella sua evoluzione;

- a rappresentarsi e a mantenere attive le sue parti «sane»;
- a relazionarsi e a rappresentarsi nel gruppo come soggetto non solo ferito e bisognoso di cure.

A tal fine, è necessaria da parte dell'adulto:

- la conoscenza, come abbiamo sopra sintetizzato, degli aspetti evolutivi che connotano il rapporto bambino-malattia; l'attivazione di tempi di ascolto per favorire l'emergenza di domande da parte del singolo e del gruppo. In questa funzione l'insegnante deve di volta in volta scegliere quali aspetti e contenuti appartengono alla dimensione educativa e quali, invece, richiedono una collaborazione e condivisione con altre figure professionali;
- la delimitazione di spazi «sani» e «malati», affinché il bambino si riconosca comunque come alunno e non solo come degente, cioè nella sua identità totale di bambino, e possa sentire che sta continuando ad imparare come tutti gli altri bambini.

La scuola in ospedale è un «ponte» che permette al bambino di pensarsi «non tutto malato», senza dover sopportare da solo il peso della sua malattia. Un bambino accompagnato nel capire ciò che gli sta accadendo è un bambino che può affrontare, non in solitudine, la malattia. La scuola in ospedale è un «ponte» che dobbiamo attraversare insieme anche quando il dolore è così grande che ci viene voglia di scappare.

Bibliografia

- BIBACE R., WALSH M.E. (1980), Development of children's concepts of illness, *Pediatrics*, 66, 912.
- CHILDS P., WIMMER M. (1971), The concept of death in early childhood, *Child Development*, 43, 705-715.
- BLOS P. (1978), *Children's think about illness: their concepts and beliefs*, in Geller (ed.), *Psychosocial aspects of pediatric care*, Grune-Stratton, New York.
- GREGORY S., LEVI G. (1990), La rappresentazione della malattia in età evolutiva, *Bambino incompiuto*, 3, 129-141.
- LEVI G., BERNABEI P. (1989), Rappresentazione della morte e rischio psicopatologico per la depressione in adolescenti con disturbi specifici dell'apprendimento, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 56, 2-3, 1777-1782.
- PILLERI SENATORE R., OLIVERIO FERRARIS A. (1989), *Il bambino malato cronico. Aspetti psicologici*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ROCHLIN G. (1967), *How younger children view death and themselves*. In: E.A. Grollman (ed.), *Explaining Death to children*, Beacon Press, Boston.
- SOURKES B.M. (1999), *Il tempo tra le braccia. L'esperienza psicologica del bambino affetto da tumore*, Milano, Cortina.
- YALOM I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- VIANELLO R., MARIN M.L. (1984), *La comprensione della morte nel bambino*, Firenze, Giunti.



Gli aspetti metodologico-didattici

■ **Multimedialità e didattica in ospedale**

Italo Bassotto

Ispettore, Esperto esterno

L'insegnamento come «sistema di relazioni»

Occorre, innanzi tutto, fare una premessa per definire il concetto di «insegnamento» così come viene trattato in queste brevi considerazioni. Esso viene quasi universalmente identificato con il termine di «azione didattica»: una azione, cioè, volta promuovere l'apprendimento. In questo modo è possibile definirne il soggetto (l'insegnante), gli scopi (gli obiettivi didattici), i mezzi (la metodologia) ed infine il destinatario (lo studente, ovvero la classe, o il gruppo).

Sembrerebbe tutto estremamente semplice e chiaro, ma il problema è che per questa via si riesce a dar conto soltanto dell'attività soggetto che insegna e non anche di quella – necessaria, anzi, indispensabile – di colui (coloro) che imparano. Il fatto è che senza l'apprendimento, l'insegnamento non ha senso, addirittura si può dire che non esiste: eppure quanti sono gli insegnanti che hanno fatto l'esperienza dell'insuccesso dei loro tentativi di fare in modo che i loro studenti acquisiscano nuove conoscenze, abilità, competenze! Il paradigma che interpreta la didattica come azione fallisce proprio nel momento in cui stabilisce una relazione causale tra insegnamento ed apprendimento, proprio perché non dà conto del fatto che, come purtroppo accade in molte circostanze, l'azione di insegnare non raggiunga il proprio scopo, che è quello di fare in modo che lo studente impari. E questo accade non solo perché si sono intraprese delle «cattive azioni didattiche», ma anche perché l'effetto che l'attività di insegnamento si proponeva (vale a dire l'apprendimento dell'allievo) in realtà è un'altra azione compiuta da un soggetto diverso da colui che insegna e, come questi, libero di decidere se far proprie le intenzioni formative espresse dal docente. *In altri termini bisogna che l'azione di inse-*

gnare e quella di apprendere si incontrino, ovvero entrino in relazione di coerenza e sintonia fra di loro. Da queste considerazioni discende il concetto di insegnamento come relazione didattica.

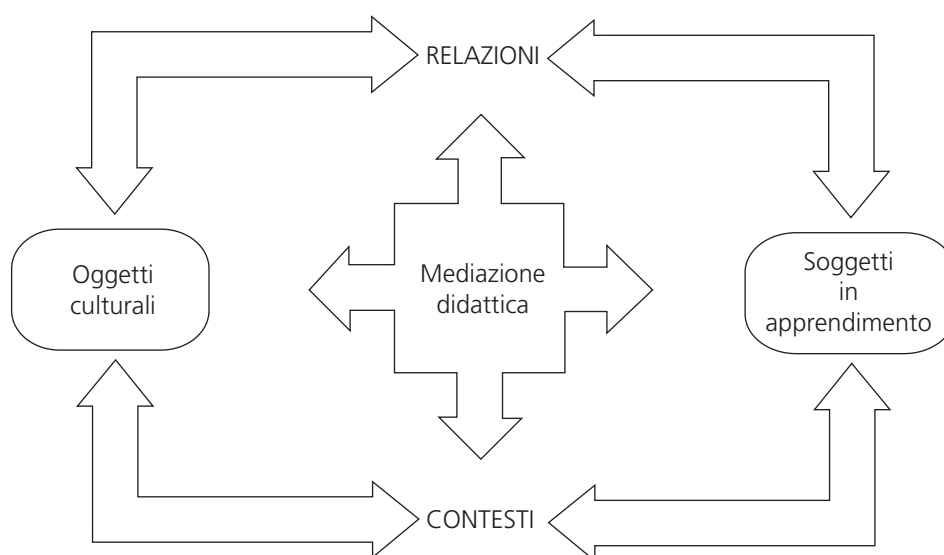
Si potrebbe obiettare che si tratta di una disquisizione meramente epistemologica, con nessuna o scarsa implicazione sul tema che si sta affrontando. Può anche essere vero, ma il fatto che chi insegna in ospedale trovi quasi tutti gli elementi tradizionalmente contestuali all'azione didattica destrutturati o assenti, impone a lui di pensare il proprio lavoro in maniera diversa, a cominciare dai suoi stessi fondamenti culturali. In ospedale infatti i contesti sono molto diversi da quelli della scuola: spesso non ci sono (e non solo per ragioni di scarsa sensibilità dell'azienda ospedaliera) né i banchi, né le cattedre; manca buona parte dei tradizionali strumenti didattici (lavagne, cartelloni, biblioteche, laboratori ecc.); gli stessi studenti sono in una situazione psicologica e sociale assai diversa da quella del gruppo classe o dei coetanei «sani» (come si argomenta in altra parte di questo testo); anche il tempo dell'insegnamento e dell'apprendimento è scandito diversamente rispetto ai quadri orari di una scuola; per non dire, infine, del curriculum che viene spesso stravolto dai bisogni di uno studente ospedalizzato, sia in ragione della malattia, che di tutti i fattori di cui si è detto in precedenza.

Non tutte le discipline di studio sono infatti insegnabili in ospedale, non tutte le metodologie sono applicabili. Per chi è ammalato o costretto a determinate terapie, ad esempio, spesso non si può utilizzare l'ampia gamma dei metodi attivi – dalle visite guidate agli ateliers, alle uscite sul campo, agli stages ecc. –, né tanto meno far ricorso a quello straordinario strumento di amplificazione dell'efficacia dell'insegnamento che è il gruppo dei pari o la classe; ma sono, soprattutto, i ritmi dei processi didattici a diventare assolutamente anomali rispetto agli standard tradizionali, per le ovvie ragioni che sono state dette. Ecco allora che un approccio relazionale alla dinamica dell'insegnamento-apprendimento apre prospettive assai più significative, di quanto non sia quello che esaurisce il compito dell'insegnante entro l'ambito ristretto dell'azione di insegnamento: lo sanno bene i docenti che da alcuni anni stanno mettendo in gioco la propria professionalità in questo contesto, per i quali la costruzione della relazione con lo studente ammalato (in qualche caso si tratta di un piccolissimo gruppo, spesso estremamente variabile nel tempo) è, forse, l'impegno maggiore fino ad identificarsi con l'unica risorsa didattica che essi hanno a disposizione. Non possono certo pensare ai tradizionali strumenti che si usano in classe (interrogazioni, compiti in classe e a casa, lezioni, esperimenti di laboratorio...) specie nella scuola secondaria: devono, in un certo senso, sostituirli con modalità di guida, o, come si dice adesso, di coaching.

In sostanza, si tratta di *spostare il baricentro dell'attività didattica dall'insegnamento all'apprendimento*, il che significa porsi l'obiettivo di *aiutare ad apprendere*, piuttosto che quello di elaborare e trasmettere tante conoscenze: una regola che vale per tutte le forme dell'insegnamento, in tutti i contesti formativi in cui esso si svolge, ma a maggior ragione in quelli nei quali il soggetto in apprendimento ha soprattutto bisogno di essere confortato nel suo cammino di studio, piuttosto che riempito di informazioni. E sappiamo bene come, anche nella storia della cultura, lo studio abbia spesso rappresentato uno dei rimedi più efficaci al dolore ed alla malattia (specie se prolungata o cronica).

La mediazione didattica

Dalle considerazioni precedenti si ricava un modello di funzionamento della relazione tra insegnamento ed apprendimento che può essere rappresentato in questo modo:



Vediamo di esplicitare meglio i cinque concetti riportati nel grafico.

Oggetti culturali: si tratta, in sostanza, dei *depositi delle conoscenze* (recentemente è stata conosciuta la dizione di «*saperi*») che, quando entrano nella scuola, assumono nomi diversi a seconda del grado o dell'ordine scolastico nel quale vengono utilizzati. Così nella scuola dell'infanzia si chiamano *campi di esperienza* (ma in precedenza si chiamavano «aree»), nella scuola elementare, *ambiti* (ma ci fu un tempo in cui chiamavano pure «aree», o «assi culturali»), nella scuola secondaria, *discipline di studio* (o, secondo la dizione comune, «materie»).

Essi combinati fra di loro secondo i *criteri della progressività, della ciclicità e dell'adeguatezza* costituiscono il *curricolo di scuola*. Nel nostro Paese storicamente si è andata consolidando la tradizione secondo la quale la fonte principale cui gli insegnanti devono attingere per costruire il curricolo di scuola è rappresentata dai Programmi Nazionali, che, da questo punto di vista, rappresentano l'«archivio», o, meglio, l'«enciclopedia» degli oggetti culturali cui essi sono tenuti a riferirsi al momento di elaborare le programmazioni didattiche. Con il Regolamento dell'Autonomia (DPR 275/00) il centralismo tipico di questa impostazione è stato attenuato con l'introduzione di una quota di flessibilità dei curricoli affidata... alle scuole (secondo una certa interpretazione), ovvero agli Enti Locali (secondo un'altra); tant'è che, nel linguaggio comune, è invalso l'uso di chiamare questa parte del percorso formativo: *curricolo locale*. Il che

fa pensare, giustamente, ad una intesa tra le scuole autonome e le istituzioni territoriali al riguardo della scelta di alcuni oggetti culturali particolarmente significativi, sia rispetto alle tradizioni locali, sia rispetto alla formazione dell'identità dei giovani allievi che ogni scuola deve essere in grado di assicurare.

Soggetti in apprendimento: sono, ovviamente, *gli studenti*. Anche a questo riguardo lo spostamento dell'attenzione della didattica dall'insegnamento all'apprendimento ha fatto sì che ad essi si guardi non tanto come destinatari di una azione (quella dell'insegnante), bensì come «attori» di un processo denso di relazioni e di contesti, come si dirà di seguito. Ciò ha portato a due conseguenze assai rilevanti: la prima è che le attività di apprendimento non possono essere più considerate soltanto come un fatto mentale. Lo studente, infatti, impara sì con le *operazioni mentali*, ma su di esse incidono – ed in misura assai più significativa in certe situazioni o in certe età della vita – *fattori emotivi e fattori sociali*: tant'è che gli studiosi parlano diffusamente sia di *intelligenza emotiva* che *sociale*. Se è vero che le attenzioni a queste due caratteristiche della «cognizione» nella scuola «normale» si vanno sempre più rarefacendo man mano che si sale negli ordini e gradi scolastici, è altrettanto vero che esse assumono grande rilevanza professionale per quei docenti che operano in contesti di disagio e, quindi, anche nella *scuola in ospedale*.

Relazioni: normalmente con questo termine si intendono le relazioni interpersonali, viste soprattutto nelle loro espressioni affettive e sociali. In questo modello, *per relazioni si intendono tutte le forme di scambio che vengono attivate e immerse nel circuito formativo progettato dagli insegnanti*. Quindi, certamente, gli scambi emotivi, ma anche i ruoli, le funzioni, le azioni, le decisioni, gli orientamenti reciproci entrano a far parte di questo fitto tessuto di interazioni, tant'è che anche nella nostra cultura didattica è entrato un concetto (che fatica molto a diventare una pratica professionale) quale quello del «*contratto formativo*»: intendendo con esso la definizione delle regole di reciprocità con cui si stabilisce la relazione didattica tra i soggetti. Ma c'è un ulteriore aspetto della relazione didattica che la connota nella sua specificità ed è il fatto che *ciò che ci si scambia tra insegnante ed alunno è l'oggetto culturale*, perché la scuola esiste in quanto la società è convinta che più la cultura è diffusa tra la popolazione, più i comportamenti degli uomini saranno improntati ai valori che fondano il vivere sociale (convivenza, consapevolezza, libertà, ...); in una parola: più si è colti più si è civili! Da questo punto di vista lo scambio formativo non avviene – come si pensava nell'800, ma ancora adesso, talvolta, nella scuola si agisce come se si continuasse a pensare così – mediante il dono del sapere da parte di chi lo possiede a chi ancora non ce l'ha (in qualche circostanza, o contesto, più che di dono verrebbe fatto di parlare di «merce»), bensì attraverso *la costruzione comune di significati che insieme si riescono a elaborare per mezzo dei saperi*. Si tratta di uno scambio di valori (qualcuno usa il termine «valenze», per ridurne il rischio di una lettura ideologica) che stanno dentro gli oggetti culturali e che proprio il lavoro comune di insegnanti e studenti fanno affiorare alla coscienza, per fare in modo che diventino orientamenti e guide nelle scelte

individuali e sociali di una persona in formazione. Più che di doni sarebbe più corretto, dunque, parlare di *incontri con i saperi*; e ben sappiamo che, quanto più un incontro è inteso e significativo, tanto più duratura e profonda è la traccia che esso lascia in ognuno di noi... Magari accadesse così sempre anche negli incontri tra gli oggetti culturali proposti dalla scuola e gli studenti: avremmo risolto il problema del disagio e dell'insuccesso scolastico!

Contesti: vengono anche definiti con il termine *ambienti per l'apprendimento*. Si tratta, come è ovvio di ambienti costruiti ad hoc non solo nel senso materiale degli edifici scolastici, ma anche come combinazione di alcune grandi categorie della didassi: le attrezzature, i sussidi, il tempo e gli spazi didattici. In genere gli insegnanti che operano nella scuola «normale» dedicano scarsa attenzione a questo aspetto del loro lavoro, in quanto lo considerano come un elemento imm modificabile della struttura in cui operano. Per la verità, anche in questo ambito professionale, vi sono significative differenze tra i diversi gradi scolastici: l'attività di progettazione e gestione degli ambienti didattici è molto più diffusa nella scuola dell'infanzia e si va sempre più rarefacendo man mano che si passa ai gradi superiori. Una scuola centrata sul soggetto in apprendimento non può assolutamente trascurare l'importanza di creare ambienti per l'apprendimento, nel senso di creare le condizioni migliori affinché gli studenti imparino: sta di fatto che, al contrario, spesso nelle nostre scuole si investe in strutture per facilitare l'insegnamento (sussidi e materiali per i docenti); i tempi vengono computati e distribuiti in ragione delle attività di insegnamento; non si investe in attrezzature, né in ambienti atti a favorire lo studio: anche i laboratori, quando ci sono, sono il più delle volte luoghi deputati a promuovere un insegnamento più accattivante e meno verboso, piuttosto che luoghi di ricerca guidata per gli studenti. Il concetto di contesti per l'apprendimento, tuttavia, oltre agli ambienti interni alla scuola, comprende anche quelli esterni e l'insieme delle regole che ogni scuola si dà con il POF ed i rispettivi Regolamenti. In questo senso *il termine «contesti» identifica tre sottoinsiemi che concorrono a definirne le caratteristiche: quello di ambiente, che abbiamo già visto, quello di organizzazione e quello di clima*. Se il primo rimanda ai criteri di utilizzo degli spazi e dei tempi, il secondo rappresenta la combinazione più o meno efficace degli «attori» (studenti, docenti, ausiliari, impiegati...) e delle strutture di una scuola.

L'organizzazione dunque è il contesto che viene creato per decisione interna di ciascuna unità scolastica, con l'intenzione di rendere il più possibile efficace il conseguimento degli scopi per i quali vengono offerti i servizi formativi dichiarati nei POF. A loro volta i climi organizzativi sono come la linfa della organizzazione: essi danno la misura della qualità complessiva delle relazioni che circolano in una scuola e sono influenzati, oltre che dagli scambi relazionali di cui si è detto, anche dagli altri due fattori: le strutture e l'organizzazione con cui la scuola funziona. Tutto ciò significa che la relazione didattica si sostanzia non solo dell'insieme delle competenze professionali di ciascun insegnante e delle motivazione di ogni studente, ma di quei fattori di contesto che qui sono stati accennati e che nel linguaggio della didattica prende il nome di *curricolo materiale*.

Mediazione didattica: si tratta, come si evince dal grafico del punto di incontro dei quattro campi precedentemente descritti. *La mediazione didattica è l'insieme dei modi con cui viene efficacemente realizzato l'incontro tra gli oggetti culturali ed i soggetti in apprendimento tenuto conto delle relazioni e dei contesti appositamente costruiti per favorirne il successo.* Per usare una metafora potremmo dire che la mediazione didattica è lo scenario predisposto dalle scuole per fare in modo che gli apprendimenti degli alunni siano talmente significativi da modificarne il patrimonio di conoscenze e di competenze. Ora, chi predispose questi scenari sono in genere gli insegnanti, i quali, tuttavia possono anche prevedere di non comparire sulla «scena» limitandosi, quando necessario ed opportuno, ad un lavoro di «regia» (in gergo si chiama *didattica indiretta*), vale a dire di organizzazione delle condizioni ottimali affinché ciascun alunno incontri i saperi che sono stati per lui predisposti, essendo libero di scegliere i tempi, i modi, le procedure, gli strumenti, in una parola di personalizzare il proprio percorso formativo.

La mediazione didattica si concretizza nelle tre grandi categorie di attività professionale degli insegnanti: la *progettazione*, l'*insegnamento*, la *valutazione*. Si tratta di tre tipologie di impegno che vanno a definire gli stili di insegnamento sia dei singoli che di una scuola (anche le scuole hanno un loro stile!) e che, da alcuni anni, hanno avuto una notevole spinta verso il rinnovamento dall'introduzione massiccia delle tecnologie e della multimedialità. Proprio in ragione dell'importanza di questi nuovi sistemi di comunicazione il prossimo paragrafo sarà interamente dedicato alla descrizione delle loro applicazioni alla didattica, con particolare riferimento alla scuola in ospedale.

L'uso didattico dei sistemi multimediali

Come abbiamo visto, il focus della professione docente è rappresentato dal concetto di mediazione didattica e si esprime nei tre campi della progettazione, della gestione dell'insegnamento e della valutazione. Vediamo di analizzare questi ambiti di lavoro per cercare di coglierne la specificità dettata dal particolare contesto della scuola in ospedale.

La progettazione didattica


Consiste nella trasformazione dei contenuti curricolari in percorsi culturali esplicitamente orientati ad obiettivi formativi. Sono diversi i modi con cui gli insegnanti possono trasformare un tema, un argomento, un problema scientifico o una mappa di concetti appartenenti ad una determinata forma di sapere (o disciplina di studio) in un percorso di apprendimento per gli studenti. Nella fattispecie, poi, della scuola in ospedale tali percorsi sono spesso collocati in un contesto curricolare che ha avuto un suo avvio nella scuola «normale» (prima della malattia) e che, al termine della degenza, rientrerà nell'alveo del lavoro in classe. Pertanto *la progettazione dell'insegnante che lavora con alunni ospedalizzati non potrà che essere collocata in continuità con il corso degli studi precedente*

e nella prospettiva del suo rientro successivamente alla malattia (questo almeno è l'auspicio, e questo accade nella maggioranza dei casi).

Questo fa sì che le scelte metodologiche di progettazione debbano orientarsi verso tecniche che, *latu sensu*, potremmo definire come «didattiche brevi». In particolare, citiamo: la costruzione di *unità didattiche; i moduli; le situazioni problematiche; i progetti*. Non è questa la sede per approfondire nel dettaglio le differenze tra queste procedure, può essere sufficiente accennare alle diverse modalità di trattare i contenuti culturali che ad esse sono sottese: le *unità didattiche* tendono a «smontare» i contenuti in diverse fasi di lavoro scandite da una tassonomia di obiettivi, cosicché ciascuna di queste costituisce ad un tempo un antecedente ed un conseguente di altre fasi; si ottiene così un percorso lineare e ricorsivo che dovrebbe facilitare la gradualità dei processi di apprendimento. La *progettazione modulare* ha come base tecnica l'analisi disciplinare dei contenuti, ovvero la identificazione delle strutture concettuali portanti di una certa forma di sapere e delle loro reciproche interconnessioni: successivamente a questo lavoro viene isolata una di queste strutture (concetti, teorie), e su di esse viene previsto il percorso di apprendimento che si ritiene più efficace affinché l'alunno di impossessi di quella conoscenza. Rispetto alle unità didattiche i moduli hanno un andamento sistemico, anziché lineare: possono anche creare delle strutture curriculari di tipo ciclico, imponendo allo studente di ritornare sui suoi passi (intesi come studio) per approfondire, recuperare, riformulare un determinato concetto. La *didattica situazionale* ha avuto un suo sviluppo in particolare nella scuola dell'infanzia, ma recentemente, anche sull'onda del recupero della pedagogia deweyana, ha registrato l'interesse di ricercatori e docenti anche della secondaria superiore, sia pure in misura assai limitata. Essa consiste, sostanzialmente, nel: definire una situazione problematica come punto di partenza di una determinata riflessione culturale (una domanda, una curiosità, uno spunto desunto dall'esperienza degli studenti, ecc.); fare l'analisi dei dati (informazioni, concetti, materiali culturali) che si reputano necessari a formularlo in maniera scientificamente corretta; avviare un processo di ricerca delle soluzioni, mediante strumenti di messa a fuoco progressiva delle questioni sollevate.

Il presupposto di questa procedura di progettazione è quello di *partire dall'esperienza dei soggetti in apprendimento* per farla evolvere nella direzione di interpretazioni culturali sempre più elaborate e consistenti sul piano della conoscenza scientifica; esso, inoltre, assicura all'attività progettuale un alto grado di radicamento nella motivazione a conoscere e ricercare del soggetto, evitando i rischi di formalismo che possono far parte dei modelli precedenti. Infine vogliamo citare la *didattica per progetti* la cui caratteristica essenziale è quella di sviluppare percorsi formativi partendo da temi ed argomenti di forte interesse presso gli studenti, proprio perché direttamente connessi con il dibattito culturale attivo nella comunità scientifica e rispecchiato dai mezzi di comunicazione di massa.

I progetti hanno di per sé una natura multidisciplinare in quanto affrontano percorsi di studio ad ampio spettro, per cui sono particolarmente adatti nelle situazioni di relativa discontinuità formativa quali quelle delle scuole in ospedale; dove, naturalmente, non tutte le discipline del curriculum tradizionale di una scuola possono essere affrontate, per le ragioni di contesto che si possono facilmente intuire, ma, con la metodologia



del lavoro per progetti, si possono utilmente incrociare ed integrare conoscenze culturali provenienti da diverse discipline o ambiti e convogliarle unitariamente verso la realizzazione di un «prodotto culturale» che ne assimili i contributi in funzione della sua realizzazione. Il metodo dei progetti si associa spesso a quello del laboratorio (o atelier, o «officina», non nel senso commerciale, ovviamente!) in quanto l'idea che lo guida, anziché essere un obiettivo o un concetto o un problema è un *prodotto culturale* (un testo, un saggio, una piece teatrale, un audiovisivo, un Cd-rom...) per la cui realizzazione si rendono necessari dei percorsi di studio multimodali.

A questo punto occorre fare una breve riflessione sul contributo che le tecnologie multimediali possono dare alla scuola in ospedale dal punto di vista della progettazione. Direi che esso si riassume nel concetto di *documentazione didattica*, cioè di scambio di materiali di lavoro tra le scuole da cui gli alunni provengono e i docenti che li hanno in cura nella struttura ospedaliera. Abbiamo visto come il ricovero nelle strutture sanitarie provochi una frattura nella auspicabile continuità dei percorsi formativi dello studente: lo scambio di informazioni tra insegnanti per via telematica sul suo cammino precedente, la messa punto concordata di un tracciato curricolare sia pure leggero ed essenziale, nei modi e nelle forme dei modelli sopra richiamati, il mantenimento di alcune consuetudini didattiche cui egli era abituato nella scuola di provenienza sono tutti passaggi di informazione che possono avvenire anche in situazioni «delocalizzate» mediante l'uso del web. Si può andare dalla creazione di un piccolo sito dedicato agli scambi di materiali didattici e di informazioni sulla programmazione personalizzata per un alunno, tra la scuola di provenienza e quella in ospedale, all'uso dei più semplici canali di comunicazione quali la posta elettronica o le chats: il vantaggio è che, pur lontani, gli insegnanti possono interloquire in tempo pressoché reale, cosa che le distanze spesso impedirebbero se si dovessero fisicamente incontrare.

Naturalmente, l'uso della rete richiede attrezzature e competenze specifiche, ma soprattutto esige che la documentazione didattica assuma un formato di testi comune e condiviso tra i due gruppi di docenti (quello della scuola in ospedale e quello della scuola da cui l'alunno ricoverato proviene). Analogo è il discorso per lo scambio di pratiche progettuali tra docenti di scuole in ospedale situate nelle diverse regioni del nostro paese: cosa che già avviene mediante la creazione di reti fra scuole e che il MIUR ha ritenuto di potenziare mediante la creazione di un portale che dovrebbe facilitare questa opportunità per molte più realtà di quante non si siano coinvolte attualmente di loro iniziativa.

Le attività di insegnamento

Nella scuola in ospedale, come abbiamo detto, il repertorio degli strumenti per insegnare si riduce di molto rispetto alla gamma delle possibilità offerte dalla scuola «normale», anche se, poi, come spesso accade, «la necessità aguzza l'ingegno» e si assiste ad una maggior varietà di soluzioni didattiche nella scuola in ospedale che non nell'altra. Per sommi capi si possono identificare tre grandi gruppi di attività di insegnamento: l'*apprendimento a distanza (e-learning)*, l'*apprendimento cooperativo* (cooperative lear-

ning), l'*apprendimento assistito* (mentoring, coaching, tutoring). Le prime due modalità di interazione didattica si differenziano soltanto per il fatto che, il primo presuppone la messa in rete di percorsi (unità didattiche, progetti, situazioni problema, moduli) progettati dai docenti esperti di determinati settori della conoscenza cui gli studenti ospedalizzati accedono per sviluppare il loro percorso di studio; il secondo, invece, è costituito da una serie di relazioni di aiuto fra coetanei che, mediante la rete, si scambiano informazioni, materiali di lavoro, suggerimenti e risultati dei loro lavori di approfondimento. Come si vede le tecnologie multimediali (sia on line che off line) la fanno da padrone in entrambe i casi, cambia solo la regia che nel caso dell'e-learning è dei docenti, in quello cooperativo è del gruppo dei pari.

Non mancano tuttavia casi di regia dei docenti anche nelle relazioni tra gruppi di studenti: alcuni esempi sono stati presentati in questo seminario, altri sono in cantiere, ma l'esperienza di molti gruppi di progetto europei (Comenius e Socrates in particolare) ha dimostrato che la rete permette di arrivare con estrema facilità a prodotti di studio elaborati da più classi dislocate in Paesi diversi, ma collegate fra di loro da un unico progetto (o tema) concordato all'inizio e sviluppato spesso, addirittura nelle diverse lingue parlate dalle classi in rete. Se le nostre scuole si rendessero conto del potenziale di incremento dell'efficacia didattica che si ottiene con lo scambio culturale fra pari, sia pure collocato nella realtà virtuale del web, ma guidato da docenti esperti e sensibili, probabilmente anche molti dei problemi denunciati in questi gironi dagli insegnanti delle scuole in ospedale sarebbero fortemente attenuati. Non va tuttavia sottaciuta l'importanza che hanno le azioni di apprendimento assistito, specie nelle situazioni di ospedalizzazione prolungata dello studente: la relazione diretta con l'insegnante costituisce spesso un rinforzo motivazionale oltre che una sicurezza emotiva per l'alunno ammalato che ha continuo bisogno e dell'uno e dell'altro degli aspetti della relazione didattica. Le videoconferenze (utile ed a volte irrinunciabili sostituti delle lezioni in classe), le discussioni di gruppo *on-line* (forum e chats in particolare), la produzione di ipertesti, la ricerca delle informazioni in rete necessarie a sviluppare una certa tematica proposta dal progetto didattico dell'insegnante, sono i più importanti strumenti che le tecnologie informatiche mettono a disposizione dell'insegnamento nella scuola in ospedale.

La valutazione degli apprendimenti

Anche nella scuola in ospedale si valuta, magari con minor attenzione ai risultati e maggiore riguardo ai processi ed alle competenze, ma comunque si valuta. Non è questa la sede per discutere dei problemi di validità giuridica di tali valutazioni, ma, come si conviene a qualsiasi situazione in cui esiste una esplicita intenzione (un fine, uno scopo un obiettivo), non ci si può esimere dall'apprezzamento della qualità del percorso realizzato. Se è vero che gli itinerari formativi della scuola in ospedale si snodano con maggior frequenza sulle tracce progettuali e didattiche richiamate nei paragrafi precedenti, allora anche la valutazione assume caratteristiche metodologiche sue proprie. Si badi bene, ciò non significa marcare la diversità delle procedure tra la valutazione didattica in ospedale e quella di scuola in nome della diversità delle condizioni di esercizio

dell'attività di insegnamento: vuol semplicemente dire che la scuola in ospedale, magari spinta dalla necessità, o dalla forte vocazione professionale dei suoi insegnanti, sta precorrendo i tempi di applicazione ed uso di metodologie valutative che dovranno essere assunte anche dalla scuola «normale». Scartata la possibilità anche materiale di impostare le verifiche con le interrogazioni ed i compiti in classe restano altre vie agli insegnanti che lavorano nell'ospedale.

Innanzitutto, quando il percorso di studio non è fatto di riassunti di testi o di lezioni, ma di unità didattiche, moduli, progetti o problemi gli insegnanti hanno a disposizione la *documentazione* prodotta dallo studente. Si tratta di materiale estremamente importante per un insegnante che voglia capire il progresso culturale del proprio allievo: sia esso uno studio, un rapporto, un ipertesto, uno schema, un progetto o quant'altro gli è stato chiesto di realizzare dal progetto del docente, dentro quei materiali c'è la traccia indelebile sia della guida dell'insegnante, che ne ha determinato i passaggi, orientato le ricerche, suggerito le informazioni cui attingere, sia del contributo di impegno e di riflessione dello studente, che, adeguatamente letti, portano all'apprezzamento del suo stile cognitivo e delle modalità con cui ha costruito la propria conoscenza al riguardo del tema (concetto problema, argomento) proposto. I materiali di documentazione ed i giudizi espressi, organizzati sulla base di un profilo di competenza concordato con la scuola di provenienza e discusso con l'allievo (quando l'età di questi lo consente) vanno a costituire il *portfolio dello studente*, ovvero la documentazione storica e metodologica del suo percorso formativo nel periodo in cui è stato in ospedale.

Se, poi, i materiali su cui ha lavorato sono stati sviluppati sulla rete essi vanno a costituire una sorta di *cartella elettronica* che riporta fedelmente l'intero svolgersi del suo itinerario di studio: che bisogno c'è allora di fare prove oggettive, compiti in classe o interrogazioni? Se ha capito ed interiorizzato certi concetti o certi temi culturali lo si capisce benissimo guardando ai prodotti che ha sviluppato o cogliendo nei suoi lavori il senso del suo impegno di studio e di riflessione. Se questo debba o possa poi diventare un voto utile ai fini della progressione negli studi è questione non oggetto di queste mie considerazioni; quel che è certo è che le osservazioni dell'insegnante al riguardo devono diventare oggetto di scambio formativo con lo studente. La valutazione didattica è essa stessa insegnamento, ovvero fa parte integrante del processo di crescita del soggetto che impara mediante e grazie alle osservazioni ed ai rilievi di chi ha il compito di aiutarlo e di guidarlo lungo il cammino della conoscenza, ma fa anche parte del processo di riprogettazione dell'insegnante, che non può non conoscere la ricaduta del proprio lavoro se vuole proporre nuovi itinerari, magari con maggior efficacia e precisione. Così si sviluppa la spirale della relazione di insegnamento apprendimento: che cosa c'entri con tutto questo la promozione o la bocciatura solo una logica che non appartiene alla didattica, ma, forse, al diritto può spiegarlo.

Per parte mia continuo a pensare che la valutazione è parte della pratica didattica, non in quanto sanzione di uno stato (va bene, non va bene; ti mando avanti, ti fermo per un anno...), bensì in quanto riflessione critica sulla natura e la qualità di quello scambio straordinariamente umano che è la formazione culturale delle persone e delle coscienze.

■ Didattica della comunicazione per l'alunno ospedalizzato

Tiziana Grassi

Giornalista ed esperta di comunicazione*

Saluto e ringrazio tutti i presenti, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per l'invito rivoltomi ed il Professor Mario Morcellini che – insieme al Dipartimento di Sociologia e Comunicazione della «Sapienza» che qui ho il piacere di rappresentare – esprime il più vivo interesse per la tematica trattata in questo Convegno.

Una tematica che, sin dall'enunciazione dell'endiadi «Scuola-ospedale» – dove è implicito il soggetto bambino –, rivela la sua complessità nelle intersezioni disciplinari che implica e a cui rimanda: da quella medico-scientifica a quella didattica, da quella etica a quella psico-pedagogica, sociale, comunicazionale.

Una dimensione, quella della comunicazione – è persino superfluo ricordarlo – che rappresenta l'elemento essenziale, costitutivo della trama dei rapporti tra persone.

Se per McLuhan, filosofo della comunicazione, «il mezzo è il messaggio», vale a dire che le conseguenze individuali e sociali di ogni mezzo – inteso come canale – derivano dalle nuove coordinate percettive da esso di volta in volta introdotte, osservando le dinamiche di relazione messe in campo nella triangolazione comunicativa bambino-scuola-ospedale, potremmo dire che *il contesto è il messaggio*; nel senso che è la specifica «situazione comunicativa» che plasma le sue stesse modalità espressive, dà loro forma e connotazione.

Per capire gli orizzonti della comunicazione è illuminante già la radice del termine, che risale ai verbi greci *koivò?* (*rendo comune, unisco*) e *koivové?* (*partecipo, sono implicato*), entrambi legati all'idea della *koinè*, della comunità. La stessa cifra che ritroviamo nel latino *communico* (*metto in comune, con-divido, rendo o sono partecipe di qualcosa oppure, infine, avere rapporti con qualcuno*).

«Le azioni comprese in questa cornice terminologica – spiega lo studioso Morcellini – instaurano un complesso di connessioni significative basato sul semplice presupposto, per cui «mettere al corrente» qualcuno di qualcosa vuol dire anche, in certa misura, coinvolgerlo [...]. Limitare la pertinenza della comunicazione all'atto di «mettere in relazione» poteva essere sufficiente nel momento in cui la «finitzza» dell'azione comunicativa rendeva significativo ed esauriente *lo stabilirsi di un contatto*. Oggi non c'è più *fnis terrae*, tutto è stato scoperto e tutte le relazioni sono state stabilite: la posta maggiore dei processi comunicativi non può risiedere più nell'intensificazione dei contatti [...]. Il problema comunicativo per eccellenza non può più essere il «collegamento» (o l'allargamento della *partecipazione* se si preferisce), diventato improvvisamente inflazionato e ordinario, bensì *la sua articolazione e i suoi esiti* [...], soprattutto in un mondo in cui gli scambi comunicativi appaiono sempre più dominati dalla *neutralità* e dalla *impersonalità*, e comunque dalla generale mancanza di un senso apodittico e predeterminato [...]»¹.

* In rappresentanza del Dipartimento di Sociologia e Comunicazione dell'Università degli Studi «La Sapienza» di Roma

1 Cfr. *Le scienze della comunicazione*, Morcellini-Fatelli, Carocci ed., Roma 2002

Perché si comunica?

La comunicazione risponde:

- Innanzitutto a *bisogni di tipo fisico*: essere in relazione è così essenziale nell'esistenza umana che la presenza o l'assenza di contatti può incidere anche sulla salute. «È stato dimostrato, infatti, che le persone sole o con scarse e insoddisfacenti relazioni interpersonali sono più soggette a malattie e persino a morte prematura.
- Inoltre, la comunicazione è il solo modo mediante il quale impariamo chi siamo: il nostro *senso di identità* si basa su come interagiamo e sui messaggi e le definizioni che, fin dall'infanzia, gli «altri significativi» (genitori, familiari, adulti per noi importanti, amici) ci inviano.
- Con la comunicazione possiamo soddisfare anche dei *bisogni sociali*, quali il senso di appartenenza e di coinvolgimento con altri, il desiderio di controllo e di influenza sulle persone, il dare e ricevere affetto (senso di affiliazione).
- Infine, non si può sottovalutare l'importante funzione che la comunicazione svolge quotidianamente nel rispondere a *bisogni di tipo pratico* o strumentale: chiedere un'informazione, parlare col medico, dare dei consigli, ottenere qualcosa»².

«La gamma semantica dell'azione comunicativa è molto ampia: essa si muove dunque fra due estremi, addirittura opposti, che vanno dalla rappresentazione di processi a senso unico (*trasmissione*) a processi di inclusione o reciprocità (*attività in comune*). Da questa contrapposizione di significati e funzioni è derivato, nell'analisi della comunicazione, il tentativo di radicalizzare la distinzione riversandola in definizioni giustapposte quali comunicazione *manipolatoria* e comunicazione *partecipativa* [...] tra comunicazione *strumentale*, che ha l'obiettivo di provocare una risposta, e comunicazione *situazionale*»³.

Comunicazione partecipativa. Comunicazione situazionale

Alla luce delle testimonianze raccolte di «Scuola in ospedale» realizzate sul territorio nazionale, il mio contributo propone alcuni *issues*, spunti di riflessione sul «panorama sociocomunicativo» nel quale si realizza il Progetto. Si propone di individuare alcuni fattori (motivazionali, comportamentali, aspettative degli interlocutori, abilità che questi portano nell'interazione o loro grado di coinvolgimento) che entrano in gioco nella *relazione circolare* – categoria introdotta da McLuhan – che intercorrono tra il bambino in ospedale e i soggetti coinvolti: genitori e familiari, équipe socio-sanitaria, mondo della scuola, volontari, ecc.

2 Cfr. *La comunicazione*, Zani, Selleri, David, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1997

3 Cfr. Morcellini-Fatelli, *op. cit.*

Chi comunica. Relazione circolare

Un orizzonte di riferimento che rivela la trasversalità delle dinamiche tra interagenti: emerge subito la «cifra» connotativa di questa rete relazionale, che possiamo definire «bambino-centrica»; si osserva, infatti, un soggetto bambino rispetto a sé nella prova della malattia; un bambino alle prese con nuove aspettative, nuove paure e nuovi bisogni; di fronte alla ri-definizione di coordinate spazio-temporali determinate da un prima/dopo malattia, da un dentro/fuori ospedale; un bambino, infine, di fronte al suo personalissimo modo di elaborare, esprimere e comunicare questo vissuto. Da una parte.

Dall'altra lo stesso bambino – in stato di malattia e di ospedalizzazione – e l' *universo* dei rapporti con il mondo altro da sé: quello degli adulti – i genitori, e gli altri soggetti *significativi*, medici, infermieri, psicologi, insegnanti, assistenti sociali, volontari, gruppi di aiuto, ecc. Ma anche un bambino nella relazione con il mondo dei suoi pari, rappresentato dai compagni di classe, dagli amici di «prima» e da quelli nuovi, quelli conosciuti in ospedale e con i quali condivide, «oggi», la stessa esperienza.

Delineato preliminarmente il quadro dei soggetti interagenti, un secondo livello di analisi riguarda le modalità comunicative messe in campo dai soggetti stessi nella trasversalità dei ruoli, *verticali e orizzontali*: il rapporto tra adulti, tra adulti e bambino ospedalizzato, tra gli stessi bambini.

È dato che le interazioni tra adulti – genitori, medici, insegnanti, ecc. – implicino *competenze comunicative*. Ed un pre-requisito: tutte le parti coinvolte, infatti, attraverso l'*intenzionalità* – funzionale, questo l'obiettivo, a migliorare la qualità della vita del bambino malato e ospedalizzato – compiono «azioni» comunicative che, nel loro insieme, configurano quella che viene definita una comunicazione *partecipativa*.

Creano, in definitiva, un «clima» di *alleanza terapeutica*, di compartecipazione e cooperazione che possa riflettersi positivamente sul bambino.

Le riflessioni raccolte dai soggetti che operano in ospedale, nel confermare il dato *intenzionale e partecipativo* dell'*alleanza terapeutica*, oggi acquisita, ne mettono tuttavia in evidenza il lungo processo di «elaborazione»: «Oggi, *dopo dieci anni* di esperienza in comune con genitori, medici, paramedici e volontari – osservano alcuni insegnanti dell'équipe didattica in servizio all'Ospedale «Sant'Eugenio» di Roma – possiamo dire di lavorare *insieme*, in armonia, conoscendo rispettivi ambiti e ruoli, le potenzialità dei singoli contributi».

Il maestro in ospedale per Giovanni Bollea

«Lentamente – conferma un'altra docente del Sant'Eugenio – il nostro ruolo è entrato a far parte del «mondo» del bambino *dentro* l'ospedale; negli anni, genitori ed équipe medica ne hanno riconosciuto la funzione e la valenza. C'è voluto tempo, cioè, perché maturasse la consapevolezza che il malessere psicologico del bambino poteva essere alleviato da una figura altra, diversa da quella, «necessaria», dei medici e dei genitori. Perché, da presenze marginali, diventassimo un terzo «canale» – come siamo oggi – da cui

il bambino *in primis*, ma anche la famiglia e la struttura socio-sanitaria, avrebbero potuto trarre beneficio».

Sulla valenza dell'insegnante accanto al bambino ospedalizzato interviene, con autorevole conferma, Giovanni Bollea, decano della Neuropsichiatria infantile in Italia: «Fare scuola in ospedale, «portare» i maestri in corsia, dai bambini malati, è fondamentale per la loro serenità, oltre che per la loro formazione – dichiara infatti lo studioso –. Sarebbe auspicabile che a mantenere il legame con il mondo della scuola fosse lo stesso maestro della classe di appartenenza del bambino o adolescente malato, ma, non essendo possibile, la figura di un insegnante che segue il piccolo in ospedale è positiva sotto molti aspetti. È positiva perché costituisce per il bambino un fattore di «normalità» non facendolo sentire «diverso» dai coetanei che stanno fuori; ma, soprattutto, è per il bambino un prezioso tramite per un *continuum* con il proprio vissuto scolastico. Per tutti questi motivi volli la presenza di un'équipe didattica nel mio reparto di neuropsichiatria infantile, già molti decenni fa – ribadisce il professor Bollea: perché l'insegnante è in grado di mantenere vivo e sollecitare l'interesse nell'alunno ospedalizzato; e quando il bambino prova interesse per qualcosa, «dimentica» la malattia, supera la noia e la depressione ospedaliera. Mi riferisco soprattutto ai casi di lungodegenza: la noia esistenziale che il bambino prova in un reparto, spesso dovendo vivere isolato in una cameretta sterile di pochi metri – nonostante la buona assistenza sanitaria – causa l'80, dico l'80 per cento della sua sofferenza; il restante 20 per cento è dolore.

Per il bambino è fondamentale la comunicazione con il mondo esterno – evidenzia ancora l'insigne studioso – e, in questo senso, la figura del maestro accanto a lui in ospedale è importante: perché è la figura preparata a stimolare, in tante forme, i legami con il suo ambiente di vita. Aiutandolo ad attenuare il distacco con le sue attività, può alleviare il suo senso di isolamento e trasmettergli messaggi positivi di speranza; può fargli percepire quel periodo in ospedale solo come una temporanea fase della sua vita. Consiglio sempre, perciò, il costante rapporto tra maestri dentro e fuori l'ospedale, il favorire i contatti del bambino con i suoi compagni di classe e con gli amici, ma anche l'uso delle nuove tecnologie, che sono preziosi strumenti per facilitare i rapporti tra persone e realizzare «azioni a distanza». Ma oltre a questi effetti positivi sul bambino ricoverato, la presenza dell'insegnante in ospedale ne comporta altri: proseguire nei propri doveri scolastici, ricevere le lezioni in ospedale sapendo di essere sintonizzato sul percorso didattico dei compagni di classe, continuare – *come loro* – a fare i compiti, ad affrontare le verifiche (magari con un applauso in diretta da parte dei compagni in collegamento telefonico o video-telematico), ebbene, tutto questo porterà il bambino o l'adolescente ospedalizzato a pensare: «... Allora ho poco! Se riesco, se continuo a fare i compiti, vuol dire che non sono grave».

È ovvio che sarà il medico che segue il piccolo paziente – conclude Bollea – ad autorizzare le ore di insegnamento-apprendimento in base alla terapia; solo il medico potrà stabilire se il cervello del bambino è adeguato, in quel momento, a ricevere informazioni, a lavorare su un percorso didattico. Ma quando la malattia non incide sul piano psico-intellettuale del bambino, la dimensione della continuità – lo ripeto – lo alleggerirà di una parte delle paure che vive e contribuirà a sollevare il suo spirito. Sono passati molti anni... ma ricordo ancora con quale fermento i piccoli pazienti del mio reparto aspet-

tassero il momento della scuola, con quanta energia la mattina chiedevano alle infermiere di anticipare «la visita dei dottori perché poi – dicevano – deve iniziare la lezione».

Dall'azione all'interazione

«[...] Se fino a non molto tempo fa l'archetipo dell'attività comunicativa non trovava difficoltà alcuna ad essere conformato sul dialogo – ed in questo concordo con lo studioso Morcellini –, sulla falsariga delle situazioni colloquiali, o in una visione meno ingenua, sullo scambio di significati, ora invece la dimensione fondamentale di tutti gli approcci scientifici [...] deve sempre più categoricamente essere marcata dalle nozioni di pluralismo e di complessità [...]»⁴.

All'interno di questa *complessità*, individuare le componenti generali costituisce una «situazione» comunicativa è senz'altro (sia pure rischiando la schematizzazione per esigenze di chiarezza) la prima operazione utile a delimitare l'ambito di osservazione e la fenomenologia connessa. Per riflettere sugli aspetti che hanno reso via via più articolato il quadro della comunicazione, si può partire dal modello comunicativo semplice (noto come la teoria di Lasswell) ancora oggi riferimento per interpretare la trasmissione e la ricezione dei messaggi secondo alcune variabili-chiave. Il modello è costituito da cinque domande-base:

Chi dice;
Che cosa;
Attraverso quale canale;
A chi;
Con quale effetto.

Ognuno dei quesiti elencati si riferisce all'analisi degli *emittenti*, del *contenuto dei messaggi*, dei *mezzi*, dei *destinatari*, degli *effetti* della comunicazione.

La schematica formula, nel tempo, si è arricchita nella sua struttura interna, considerando anche la nozione di «contesto» e «circostanze» dell'atto comunicativo, di «obiettivi», di «forme» dello scambio comunicativo, di «codici», «modi» in cui gli atti sono compiuti, «*feedback*»; un segmento della comunicazione – quest'ultimo – particolarmente significativo nel suo implicare la dimensione intersoggettiva e bidirezionale dei messaggi, la dialettica «andata e ritorno» tra emittente e destinatario.

Come si comunica al bambino ospedalizzato. Competenze comunicative

Una prospettiva, quella del *feedback*, che se ha contribuito ad ampliare lo statuto scientifico comunicazionale, si rivela – come confermano le esperienze di scuola in ospe-

4 Cfr. Morcellini, Fatelli, *op. cit.*

dale – costitutiva, centrale e «necessaria» nell'interazione tra adulti e bambino ospedalizzato.

Data la particolare «situazione comunicativa»

bambino → malattia → ospedalizzazione → mondo adulto

ma, tenuto conto, soprattutto, della «*posta in gioco*» – la qualità della vita del bambino in ospedale –, l'aspetto di «andata e ritorno» dei messaggi amplifica la propria valenza: modella i *flussi* della comunicazione; indirizza, cioè, i soggetti adulti in un attento e costante lavoro di *ricezione*, *decodifica* ed esatta *risposta* dei *segnali* – anche se non espliciti, ma ugualmente *significanti* – emessi dal bambino malato. Nelle dinamiche comunicative e relazionali qui oggetto di *discorso*, questo risulta un passaggio fondamentale perché presuppone – in modo più marcato che in altri contesti sociali – da parte del mondo adulto un *atteggiamento* intenzionale di «*ascolto*», di autentica interazione con l'altro, il bambino malato.

Di più: se da un lato medici, genitori, insegnanti, più estesamente gli interlocutori adulti in ospedale, vivono l'«alleanza terapeutica» come una dimensione comunicativa acquisita, in funzione del bambino malato, dall'altro, gli adulti, proprio nei confronti del piccolo interlocutore, sono impegnati su un ulteriore livello; impegnati, cioè, nell'incessante «lavoro» di *individuazione e superamento* di eventuali *disturbi* della comunicazione, quelli che gli studiosi definiscono *rumori*, e che rischiano di «disturbare», appunto, nel senso di impedire, interferire e rendere poco efficace l'interazione tra persone.

Nel contesto specifico, parlando di bambino in condizione di malattia e di ospedalizzazione, il riferimento è a *rumori* attivati dal bambino stesso, che potrebbero essere di tipo prevalentemente «contestuale», psicologico o fisiologico (escludendo quelli di tipo biologico, come, ad esempio, la perdita temporanea di udito – che pure affierisce alla sfera dei *rumori* – si fa qui riferimento agli effetti collaterali delle terapie, allo stato di inquietudine o paura del bambino ospedalizzato, alla sua sensazione di inadeguatezza o diversità, al desiderio di distrazione o bisogno di solitudine).

Emerge quanto sia estesa, nello specifico, la tipologia delle possibili «interferenze» e quanto esse, se non esattamente individuate e superate, possano concorrere all'insuccesso comunicativo con il bambino/paziente o bambino/alunno.

L'asimmetria nella comunicazione medico-paziente, docente-alunno

Una delle prospettive che gli studiosi di dinamiche della comunicazione e i sociolinguisti hanno analizzato è quella del rapporto tra «ruoli». Ne accennerò in relazione al Progetto «Scuola in ospedale». Se in ospedale il mondo adulto – osservato come *nome generico*, come «comunità-adulta» – è dedicato, nel suo *insieme*, all'attivazione di risorse finalizzate a migliorare la qualità della vita del bambino malato – «bambino» come rappresentante della più estesa «comunità-infanzia», il particolare contesto «scolastico/ospedaliero» richiama un altro – e non marginale – fattore che interseca (e rischia di *disturbare*) la comunicazione adulto/bambino, quello dell'*asimmetria*. I diversi «ruoli»

ricoperti dai soggetti adulti, pongono infatti il bambino, specularmente, alternativamente e a seconda dei momenti della sua giornata in ospedale, nella condizione, o meglio, nel «ruolo», *anche*, di «paziente» o «alunno» rispetto al «medico» o al «docente».

Date *l'intenzionalità del comunicare, l'alleanza cooperativa tra adulti in funzione del soggetto-bambino, implicati i concetti di contesto, interazione, feedback, decodifica e rumori...*, la «situazione comunicativa» di «scuola in ospedale» rivela la sua *complessità* attraverso questo ulteriore livello di analisi.

Anche su questo fronte medici e docenti sono chiamati ad attivare le proprie «competenze comunicative»: impegnati in «atti» di comunicazione che *alleggeriscano* la connotazione marcata dell'asimmetria. Da ruoli «istituzionali» di medico e docente – contrapposti a quelli di paziente/discente – mettono in campo una comunicazione *versus* uno stato «paritetico», *tra partner*. L'obiettivo è quello di sintonizzarsi e rapportarsi al bambino quale protagonista dell'interazione, in una condizione «a specchio», per facilitarne l'espressione globale. È implicito, in questo approccio, e bene ce ne informano i dati raccolti tra i progetti di scuola in ospedale, il requisito che – ancora gli studiosi di sociolinguistica – definiscono «competenza performativa»⁵, vale a dire quella capacità di usare *intenzionalmente* un atto linguistico e non linguistico per realizzare una comunicazione efficace, *partecipativa*.

Ho più volte accennato al fattore *impegno* che coinvolge gli interlocutori nelle dinamiche di questo Progetto. A tal proposito interviene Mario Morcellini osservan-

5 Cfr. Zani-Selleri-David, *op. cit.*: «Parlare di comunicazione significa accettare e comprendere che il solo fatto di condividere con altre persone un luogo, un oggetto o un'idea richiede lo scambio continuo di vari messaggi, che si realizza tramite il linguaggio verbale e non verbale. Tutti gli individui, in quanto membri di una comunità linguistica e sociale, possiedono la capacità di produrre e capire messaggi e quindi di interagire con altri soggetti. Questa fondamentale capacità viene definita *competenza comunicativa* e si riferisce all'insieme delle presupposizioni reciproche, delle conoscenze e delle regole che rendono possibile uno scambio comunicativo.

Questo concetto, elaborato in ambito sociolinguistico, oltre alle abilità linguistiche e grammaticali comprende anche abilità di tipo extralinguistico e sociale, che consentono alle persone di formulare, in ogni situazione, il messaggio più appropriato. In specifico, la competenza comunicativa comprende le seguenti abilità:

- a) competenza *linguistica*, cioè la capacità di produrre e di interpretare segni verbali;
- b) competenza *paralinguistica*, la capacità di produrre e interpretare elementi che modulano la comunicazione, come l'enfasi, la cadenza della pronuncia, le risate, le esclamazioni;
- c) competenza *cinesica*, la capacità di realizzare la comunicazione anche mediante gesti (cenni, mimica del volto, movimenti delle mani, ecc.);
- d) competenza *prossemica*, la capacità di variare il rapporto con lo spazio in cui avviene l'interazione (la distanza interpersonale, il contatto reciproco, ecc.);
- e) competenza *performativa*, la capacità di usare intenzionalmente un atto linguistico per realizzare gli scopi della comunicazione;
- f) competenza *pragmatica*, la capacità di usare i segni linguistici e non linguistici in maniera adeguata e funzionale alla situazione e ai propri scopi;
- g) competenza *socioculturale*, la capacità di interpretare correttamente le situazioni sociali, i rapporti di ruolo e gli elementi che caratterizzano una cultura».

do che: «[...] Il contesto della conversazione reale esibisce una pratica dialogica con una forte presenza degli interlocutori, entrambi *impegnati* in senso attivo e produttivo, nella quale il significato non si genera dall'enunciazione linguistica dell'emittente, ma dalla sistematica *cooperazione interpretativa*, dall'interazione tra emittente e ricevente [...].

Il valore cruciale della caratterizzazione della comunicazione in termini di «processo» – prosegue lo studioso – sta naturalmente nella sua trasformazione da cast di ruoli stereotipati in *flusso dinamico*, costituito da un complesso di azioni attraverso cui si realizza una «situazione» comunicativa [...].

Si comunica in «situazione». Comunicare al bambino ospedalizzato. I docenti

Diversamente dalla *routine* comunicativa – prevalentemente *unidirezionale* – che si realizza «in classe», dove l'azione educativo-didattica dell'insegnante è prevalentemente orientata alla trasmissione di conoscenza, il docente che lavora in ospedale – anche per il rapporto diretto – a volte di 1 a 1 con il bambino (specie se questi vive nell'«isolamento» della camera sterile) – è impegnato nello stabilire un «clima» non «valutante», ma «accettante», impegnato nello stabilire rapporti, relazioni.

Questa «comunicazione emotiva» porta l'insegnante a modulare la proposta educativa sui flussi dei complessi bisogni cognitivo-emotivi dell'alunno in ospedale, a stimolarne l'apprendimento in un'ottica di *personalizzazione*.

L'insegnante che «fa scuola» in ospedale, più che perseguire traguardi cognitivi pre-determinati e standard, configura, *insieme all'alunno, percorsi*.

Sospesa una certa dose di autorevolezza, questa scaturirà più dalla fluidità e dalla serenità dei rapporti che dalla gestione del potere, confermando un «paradigma pedagogico di tipo 'aperto'»⁶ (progressivamente maturato negli ultimi decenni) e non più «adulto-centrico».

Nella dimensione della reciprocità, alcuni «atti» comunicativi messi in campo dall'insegnante – quali *esporre, chiarire e spiegare* – vedranno solo sullo sfondo la propria funzione «istituzionale» di valutazione-classificazione; utilizzati, di converso, come strumenti «nuovi», aperti, da modulare per promuovere tutte le risorse del bambino ospedalizzato e il suo benessere globale. *Percorsi* che vedranno il docente, la Scuola quale «agenzia formativa» protagonista della «mediazione» tra la dimensione infantile del bambino e la realtà dell'ambiente ospedaliero in cui vive. Per usare una metafora propria dell'«universo della scuola», questi *percorsi* si configureranno come *pagine bianche*, tutte da «scrivere», nate dall'«avventura» dell'interazione docente-discente.

Come conferma l'esperienza sul campo. E, in riferimento alla dimensione *partecipativa* delle relazioni e del Progetto «Scuola in ospedale», osserviamo che anche un tavolo può avere più *funzioni* comunicative: «Può capitare – spiega una docente del Sant'Eu-

6 Cfr. *Il rendimento scolastico* di Giancarlo Gasperoni, Il Mulino, Bologna, 1997.

genio – che, soprattutto nelle lunghe degenze, i bambini si impigriscano sul piano dell’impegno scolastico; che prendano confidenza con noi anche per il rapporto diretto, talvolta di 1 a 1, che in un Reparto ci può essere con alcuni di loro. Da una parte questo è positivo, perché vuol dire che ti hanno accettato – e quando questo succede, te lo comunicano esplicitamente, invitandoti a pranzo: è questo il loro «segnale»; per loro è un gesto importante voler dividere il pasto.

Dall’altra, un «clima» partecipativo con l’insegnante può anche portarli a «rilassarsi» sul piano dell’impegno, fino anche a rifiutarsi di fare i compiti o quello che dovrebbero. In qualche modo si sentono «diversi» e simpaticamente lo dicono: «Qui non siamo a scuola!». E certamente è un’altra realtà. Va considerato, per esempio, che noi insegnanti, quando andiamo da un bambino isolato in camera sterile, al fine di proteggerlo, dobbiamo essere completamente coperti da camici e mascherine; e attraverso la mascherina già cambia la voce; comunichiamo perciò anche molto con gli occhi, con gli sguardi. È una realtà diversa, perché per un bambino in ospedale già la stessa «scrivania» su cui studia e fa i compiti, è però anche – se non può alzarsi dal letto – il tavolino su cui mangia, è il piano su cui gioca... È tutto.

Metacomunicazione

L’insegnante che opera in ospedale lavora – come è noto – sia sugli aspetti di contenuto quanto di comunicazione-relazione: aspetti che, nel loro insieme, costituiscono quella che gli esperti chiamano *metacomunicazione*: «Un grande impegno – spiega un’altra docente che lavora sul Progetto «Scuola in ospedale» –. Perché certamente dobbiamo cogliere le tante sfumature dei messaggi che manda un bambino, che è anche malato, e in ospedale. Dobbiamo sintonizzarci sulle sue emozioni... su tutti quei segnali collegati ai suoi mutevoli stati d’animo o alle cure, che a volte sono particolarmente dolorose e invasive. Dobbiamo sentire i medici, conoscere i tempi delle terapie prescritte ad ogni singolo bambino, e, se il quadro complessivo consente di avvicinarlo, cercare, con discrezione, di entrare in contatto con lui. Sono passaggi delicati, perché, dopo il consenso dei medici, dobbiamo poi cercare di capire *come il bambino si sente, dentro*, quel giorno...»

Spesso i bambini ci accolgono con gioia, ci aspettano, hanno voglia di comunicare con noi, di distrarsi, fare cose insieme... Ma capita anche, soprattutto nei primi incontri, che ci respingano, che provino diffidenza verso persone che percepiscono come «estranee»; che siano incacchiati, e molto; che provino rabbia perché non riescono ad accettare questa loro realtà difficile, o perché dicono che tanto noi... dopo la lezione, andremo via da quel posto, mentre loro dovranno restare... Sappiamo che tutte queste reazioni sono normali. A volte passiamo mesi fermi, a parlare con loro, a conoscerci, a cercare di sviscerare tutto quello che sentono o che provano di quella realtà».

Interazione insegnanti/genitori/medici

«Molto dipende dai genitori, dal loro atteggiamento. Sono infatti i genitori – ed è un altro aspetto della complessità della realtà ospedaliera – che regolano i flussi, dettano le modalità, i momenti e i ritmi di vita del loro figlio malato. Se il bambino talvolta rifiuta il contatto con noi insegnanti, spesso è un rifiuto collegato ai genitori, che, per istinto di protezione, temono di affaticarlo con l'impegno scolastico. Il contesto familiare può trasmettere ansia – ed è naturale in una situazione difficile –, ma così il piccolo vive un doppio problema, quello della malattia e quello dell'ansia riflessa su di lui. In quei casi è difficile «fare scuola» e sta all'équipe medica, allora – ecco l'importanza dell'interazione, del lavorare *insieme* per il benessere del bambino – eventualmente parlare con i genitori, spiegare loro che clinicamente il bambino è in condizione di apprendere; spiegare che la nostra presenza può aiutare lo sviluppo psicofisico e mentale del loro figlio, può aiutarlo anche nell'affrontare la sua malattia.

Quando, nonostante la mediazione dell'équipe sanitaria, la famiglia si irrigidisce, l'unica forma di comunicazione che possiamo mantenere con il bambino è quella di passare comunque a salutarlo, e, restando fuori dalla sua stanza, senza poter parlare con lui, al di là del vetro, comunicargli con uno sguardo, con un sorriso affettuoso che noi, comunque, ci «siamo», sempre.

Altro discorso quando la famiglia si sforza di vivere quella realtà difficile in maniera «equilibrata»; allora è più semplice per noi lavorare e la rete di scambi in funzione della qualità di vita del piccolo si arricchisce del contributo positivo di ognuno. Diventa scorrevole l'organizzazione e più diretto anche il contatto con le maestre della scuola di appartenenza dell'alunno e con i suoi compagni di classe: i genitori ci portano in ospedale le cartelle dei loro figli, vanno a scuola dai colleghi a prendere personalmente appunti sulle lezioni; insieme a noi, anche loro aggiornano la classe sui risultati scolastici raggiunti dal bambino; volendo, in ospedale, possono anche partecipare ai momenti di «scuola». Questa armonia nei rapporti, tra dentro e fuori ospedale grazie alla famiglia, crea un «clima» sereno e positivo che aiuta il bambino a superare l'interruzione con la vita di prima, e, facendogli percepire la realtà dell'ospedale solo come una fase di passaggio, riduce molto il suo senso di isolamento».

Cosa comunicare al bambino ospedalizzato

Usando una metafora: quando un bambino entra in ospedale – osservano alcuni studiosi della formazione⁷ – è come se andasse in un bosco sconosciuto, lontano da casa. Alcuni bambini si riempiono le tasche di sassolini, che spargono per terra, lungo il cammino, per lasciare una traccia del percorso e ritrovare la strada del ritorno. Altri bambini lasciano delle briciole di pane che gli uccellini mangeranno, cancellando le tracce;

7 Cfr. Andrea Canevaro, *I bambini che si perdono nel bosco*, La Nuova Italia, Firenze, 1995.

questi bambini potranno smarrirsi nel bosco e non riusciranno a trovare la via del ritorno. Questa metafora fa luce su uno degli obiettivi dell'interazione tra insegnanti e bambini o adolescenti ospedalizzati: attraverso l'attività educativa, psico-affettiva, cognitiva o ludica, si può aiutare la persona che vive l'esperienza della malattia e del ricovero a *lasciare dei sassolini*, collegamenti, tracce, relazioni che indichino, poi, la via d'uscita verso il mondo esterno, familiare e noto.

È un discorso che riconduce alla comunicazione, ad una delle sue funzioni e prospettive: la capacità, cioè, di lasciare, ascoltare, «leggere», indicare i *sassolini*, vale a dire i segni, le tracce, le relazioni.

Malattia, ospedale, isolamento: *come* parlarne al bambino? «Trattandolo come un bambino normale», dice Bollea. Così come verso una situazione di normalità sono indirizzate le azioni della scuola che «va» in ospedale e là continua il proprio compito educativo. Verso una situazione di normalità vanno anche gli usi delle nuove tecnologie, che aiutano relazioni a distanza; in questa direzione c'è ancora molto da fare... eppure basterebbe solo un po' di organizzazione.

Stessa cosa sul piano dei contenuti della comunicazione – continua lo studioso –: si può parlare al bambino, in maniera normale, della sua malattia, ma aggiungendo sempre, ripeto *sempre*, che guarirà. Al bambino bisogna spiegare, adattando i messaggi alle sue capacità di capire. Io non bluffo mai con un bambino. Gli spiego il perché di una terapia, che – gli aggiungo subito – è in funzione della sua guarigione. Non si deve far vivere mai nulla di misterioso al piccolo malato, perché il mistero potrebbe creargli ansie e fantasie negative.

Bisogna stimolarlo a tirare fuori il suo «*guaritore interno*». E, pur in condizione di malattia e sofferenza, si deve parlare sempre di speranza al bambino. Dico *sempre*. Ripetergli che guarirà e parlargli di speranza. È morale. Speranza e sincerità con il bambino».

I contenuti della conversazione tra bambini

L'approccio conversazionale ha come oggetto di studio l'analisi della struttura e dell'andamento delle conversazioni. Quello dei contenuti del dialogo tra amici e bambini ricoverati è un aspetto non secondario, sul quale gli studiosi dell'educazione si sono soffermati osservando che, se le visite e i contatti con i coetanei sono importanti perché sono parte del vissuto emotivo del bambino e perché riducono il suo senso di solitudine, bisogna anche tenere presente che – come per tutte le interazioni – il bambino ospedalizzato ha precise aspettative sulle quali ci si deve sintonizzare. Il piccolo ammalato si aspetta da coloro che lo vanno a trovare o lo cercano telefonicamente, che questi sappiano mantenere viva la conversazione, che gli permettano di raccogliere «notizie» sul «mondo», senza però procurargli ulteriori nostalgie e sofferenza per ciò che non vive.

Le relazioni con i coetanei fanno «uscire» il bambino malato dall'ospedale, gli permettono di partecipare a ciò che c'è fuori, fanno superare isolamento e senso di diversità o inadeguatezza, proiettandolo nel futuro. Tuttavia va posta particolare attenzione

sulla scelta degli argomenti possibili da trattare con un bambino malato e in ospedale: se i messaggi da parte del mondo adulto devono essere sempre improntati alla speranza, ai miglioramenti ottenuti con le cure, alla guarigione e alla proiezione nel futuro, la comunicazione tra bambini ricoverati e bambini in visita non dovrebbe essere lasciata al caso per evitare *incidenti comunicativi*, come il racconto dettagliato delle attività sportive o delle esperienze divertenti a cui il compagno, in quel particolare momento, non può partecipare.

Cosa comunicano i bambini in ospedale. Dalla parte dei bambini ospedalizzati

Il giornalino di corsia

Tra le possibilità di scambi espressivi e comunicativi con amici dello stesso Reparto, tra questi e i piccoli ospiti delle varie strutture sanitarie italiane e internazionali, e ancora, tra bambini in ospedale e coetanei fuori dall'ospedale (oltre agli incontri dal vivo – che sembrano essere quelli preferiti dai bambini ricoverati – e oltre alla novità delle fitte corrispondenze via e-mail), resiste il fascino antico di affidare il proprio pensiero e le proprie emozioni al tradizionale supporto cartaceo, il «giornalino». L'analisi testuale ed extra-testuale di alcuni numeri della «testata» interna realizzata dai bambini ricoverati nei reparti di emo-oncologia, grandi ustionati e pediatria del «Sant'Eugenio» – denominata *Eugenio News* – permette di entrare in contatto con il loro «universo». Nel ruolo attivo di soggetti-emittenti di messaggi – sia testuali che iconici a tema libero – i bambini offrono preziose chiavi di accesso per conoscere paure, desideri, aspettative.

Attraverso i disegni (dove ricorre la rappresentazione del rapporto con la malattia attraverso le colorate e rassicuranti figure di «maestre», medici e infermieri nei vari momenti della giornata in corsia), attraverso il racconto di una festa di compleanno in ospedale, la forma diaristica o quella epistolare, i bambini ricoverati esprimono e ricostruiscono vissuto, relazioni, «eventi» sociali e comunicativi.

A tale proposito, l'analisi della conversazione che segue tra medico e paziente-bambino rivela un'attenta strategia di organizzazione dell'attività comunicativa da parte dell'adulto, che si «prende la responsabilità» di formulare frasi comprensibili – attraverso un «adattamento» della comunicazione sui codici del bambino – per consentirgli una migliore e armoniosa comprensione del messaggio –. Una forma di *cooperazione e intenzionalità comunicativa*, frequentemente usata dagli adulti nei confronti dei piccoli, che consiste nel ridurre la complessità delle frasi a livello sintattico, lessicale e morfologico; un tipo di «linguaggio» che i sociolinguisti definiscono *baby talk*⁸.

8 «Come tutte le interazioni, anche gli scambi tra medico e paziente sono fenomeni sociali complessi in cui entrambi i partecipanti intervengono con atteggiamenti e aspettative reciproche. L'analisi dei processi comunicativi permette di rilevare importanti informazioni circa i ruoli, gli scopi, i contenuti dell'interazione. Non a caso, come la letteratura ha da tempo evidenziato, le variazioni nei processi di comunicazione influenzano in modo rilevante alcuni esiti nei comportamenti e negli atteggiamenti del pa-

Intervista realizzata da Alessandra al dottor Giuseppe, medico del reparto di pediatria dell'ospedale Sant'Eugenio:

In «apertura»

Phonendus: chi è costui?

Phonendus è il personaggio-guida del nostro giornalino: è lui che presenta e chiarisce, quando serve, le cose che raccontiamo. Noi, però, desideriamo presentare *Phonendus* ai bambini che non lo conoscono e, per questo, dobbiamo farti alcune domande.

Domanda – Qual è il vero nome di *Phonendus*?

Risposta – Fonendoscopio

Domanda – A cosa serve?

Risposta – Serve a sentire i rumori che si trovano dentro l'organismo

Domanda – Da quante parti è composto e come funziona ciascuna di esse?

Risposta – È composto da tre parti: la membrana che viene poggiata sul corpo, gli auricolari che si mettono nelle orecchie e un tubicino che collega la membrana agli auricolari.

Domanda – I bambini sentono dolore o fastidi quando lo usi?

Risposta – No, mai.

Domanda – C'è un altro strumento che può sostituirlo?

Risposta – È uno strumento insostituibile, per questo lo portiamo sempre con noi.

Domanda – C'è un episodio che puoi raccontarci e che riguardi il nostro personaggio?

Risposta – Sì, ti racconto un episodio che ti farà capire. Vedi, al mio fonendo è attaccato un simpatico topolino che piace tanto ai bambini e sai perché? Un giorno venne ricoverato qui da noi un bambino piccolo e quando lo visitavo con il fonendo piangeva e non voleva che lo toccassi. A me venne l'idea di attaccare al fonendo questo topolino che avevo trovato su una cannuccia della Coca-Cola.

L'idea funzionò e il bambino, quando lo vide, lo volle toccare e mentre lo visitavo si

ziente, quali la sua soddisfazione circa la visita medica, l'attenersi alle prescrizioni terapeutiche (*compliance*) e una riduzione delle sue preoccupazioni. A loro volta, questi scambi comunicativi sono influenzati da una serie di variabili legate alle caratteristiche personali del medico e del paziente e alle circostanze specifiche in cui si svolge l'interazione. Le modalità con cui vengono trasmesse le informazioni al paziente, la quantità di tempo che il medico dedica alle spiegazioni e alle informazioni da fornire, la chiarezza espositiva e la semplicità lessicale sono tutti fattori che incidono sulla comprensione che il paziente acquisisce delle sue condizioni di salute/malattia [...]. Tra tutti gli aspetti del trattamento medico è la comunicazione quello più coinvolto nel produrre soddisfazione o meno nel paziente [...]. Sono almeno due le prospettive teoriche che hanno cercato di spiegare le interrelazioni tra le variabili sopra menzionate, in specifico soddisfazione/insoddisfazione e *compliance*: una centrata maggiormente sugli aspetti affettivi dell'interazione, l'altra su quelli cognitivi [...]» (cfr. *op. cit. La Comunicazione* di Zani, Sella, David, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997).

accorse che questo strumento non faceva male e da quel giorno il topolino non l'ho più staccato dal fonendo.

Grazie, dottor Giuseppe. Ci hai fatto capire tante cose.

Per un'analisi del rapporto testo/contesto, ancora sul vissuto emotivo-relazionale dei bambini ospedalizzati espresso attraverso le pagine del giornalino interno, sul *bisogno* di comunicazione:

La visita di alcuni insoliti amici

Questa mattina è accaduta una cosa molto bella, sono venuti a trovarci degli amici speciali, considerato che ci troviamo all'ottavo piano e che gli ascensori sono sempre fuori servizio questi speciali amici hanno scelto la via aerea. Sono atterrati sul davanzale della nostra finestra e bussavano al vetro per entrare a farci visita. A questo punto vi chiederete chi sono questi amici speciali. Sono dei piccioni che vengono a beccare le mollichine di pane che io tutti i giorni metto sul davanzale. Sarei veramente contenta se qualche giorno si posassero sul mio letto, perché potrei accarezzare le loro morbide piume e... potrei addestrarli al servizio di «pony express», dico sul serio così potrei mandare le lettere che voglio ai miei amici ed avere presto la loro risposta.

Federica

I «mezzi» per comunicare al bambino in ospedale

Il sorriso

Sin dagli anni Ottanta negli Stati Uniti, dagli anni Novanta in Europa, i piccoli degen- ti possono contare anche sul sostegno dei tanti dottori clown che operano in ospedale. Attraverso magie, giochi e scherzetti, coloro che sono chiamati i «Dottor Sorriso», accompagnano il bambino nel suo ricovero cercando di suscitargli *un sorriso*, e di solle- varlo così dalla sofferenza che la degenza in ospedale comporta. Recenti studi scientifi- ci sugli effetti positivi – a livello clinico, psicologico e biologico – della «comico-tera- pia» sulla salute dei bambini ricoverati in alcune strutture italiane, confrontati con i ri- sultati ottenuti su altri bambini ricoverati ma non «sottoposti» a questa cura, hanno con- fermato i benefici della «clown terapia» in presenza dei medici clown formati alle tecni- che d'improvvisazione e divertimento. Questi clown non pensano di «rimuovere» le sof- ferenze dei piccoli pazienti, ma cercano di stabilire un rapporto col bambino malato, di capire la sua sofferenza e trovare i gesti, le parole adeguate che gli portino sollievo.

«L'ospedale – conferma Giovanni Bollea – deve prevedere il divertimento e avere punti di ricreazione. Anche questo aiuta a creare un'atmosfera vicina a quella di casa, un'atmosfera che l'ospedale deve sforzarsi di rispecchiare».

La musica

Recenti studi sulla comunicazione attraverso la musica – la «*musicoterapia*» – hanno di- mostrato l'efficacia di questo linguaggio non verbale nel suo utilizzo come coadiuvante

nei trattamenti anestetici; come «mezzo» per creare emozioni e sensazioni intervenendo sul contenuto emozionale dei piccoli, un mezzo per sciogliere parte delle tensioni.

I sussidi audiovisivi

Il naturale interesse dei bambini per l'universo iconico-fantastico può essere anche «utilizzato» – attraverso l'uso attivo degli audiovisivi – per affinare una serie di abilità interconnesse e sviluppare il pensiero critico.

Sono tanti, attualmente, gli strumenti audiovisivi – elettrici ed elettronici – che possono essere adottati per lo sviluppo globale del bambino: quelli che permettono la riproduzione dell'*immagine* (foto, diapositive, film muti e sonori, Cd-rom, tv, pc), e quelli che riproducono il *suono* o la *voce* (radio, registratore, multimedialità).

Nuove tecnologie

Per la promozione delle risorse psico-affettive del bambino rimane insostituibile l'interazione diretta, *partecipativa* insegnante-studente – con il rapporto faccia a faccia, la relazione emotiva, le variabili individuali e contestuali, l'interpretazione dei messaggi espliciti e non, in tempo reale e nello spazio reale –. A latere, le nuove tecnologie e le potenzialità della Rete che, applicate alla scuola in ospedale, possono offrire nuove opportunità all'offerta scolastica e al percorso formativo finalizzato al benessere dell'alunno malato. La Rete – con la guida di un adulto che insegni le competenze di selezione/utilizzazione consapevole dei nuovi «mezzi» – può rappresentare uno strumento prezioso, «a misura di bambino», può essere «ponte» verso il suo «mondo» interiore ed esterno. In quest'ottica, gli studiosi evidenziano la «*relazione d'amore*» che i piccoli cybernavigatori intrattengono con il mondo virtuale, un mondo che «vivono» come estensione della propria naturale capacità di fantasticare. Una dimensione simile al pensiero «sincretistico» del bambino, basato sulla sovrapposizione delle cose, per certi versi un «rimando» alle metafore del mondo onirico, vicino alla sensibilità infantile.

Applicazioni per i bambini in ospedale. Informatica affettiva

La connessione in Rete stimola un'esperienza altra, ulteriore del mondo, oltre i contesti educativi e conoscitivi noti. Consente al bambino ospedalizzato la condivisione-socializzazione dell'esperienza di ricovero con il mondo dei pari, il superamento del suo senso di isolamento, il contatto con il proprio vissuto pre-ospedaliero (attraverso chatting, corrispondenza via e-mail, videoconferenze).

Ma le possibilità di Internet sono anche uno strumento prezioso – come dimostrano progetti-pilota realizzati in alcuni ospedali – per coinvolgere il bambino in una partecipazione attiva al percorso didattico (attraverso teledidattica, lavori interdisciplinari, attività ludico-didattiche, creazione di schede, tabelle, schemi grafici, cartine, ipertesti, redazione del giornalino interno, ricerche, partecipazione a forum, ecc.)

La comunicazione a distanza rompe l'isolamento: una fondazione statunitense, la Starbright Foundation, presieduta da Steven Spielberg, usa la Rete e le possibilità multime-

diali per mettere in comunicazione tra loro bambini gravemente ammalati. Una rete di telecomunicazioni collega cinque ospedali statunitensi e mette in contatto i piccoli ricoverati: questi usano un personal computer, una telecamera e tastiere speciali che li aiutano a superare eventuali handicap. L'«ambiente» è un campo gioco virtuale tridimensionale dove i bambini possono vedersi, comunicare, parlare, giocare insieme, collaborare, cooperare, lavorare a progetti comuni anche se da ospedali diversi e molto lontani. I risultati sono particolarmente interessanti anche per la loro salute: sembra infatti che questi bambini ricoverati abbiano meno bisogno di antidolorifici rispetto ai bambini ricoverati che non giocano con il computer.

Non è l'unico esempio di applicazione della cosiddetta *affective computing*, *informatica affettiva*, dove il gioco avviene in mondi virtuali sempre più emotivamente coinvolgenti. È dato che anche nelle esperienze italiane le finalità ludico-didattiche siano connesse a quelle emotivo-terapeutiche, per l'attivazione di «situazioni cooperative» con bambini malati che in ospedale vivono anche in isolamento completo.

Il gioco

Il gioco per un bambino ospedalizzato – oltre alle funzioni note, collegate alla creatività e all'immaginazione – rappresenta una dimensione di continuità con il «prima» della malattia, una condizione di «normalità». È elemento trainante sia nella prima fase dell'ospedalizzazione – quella dell'impatto e dell'accoglienza – che per tutto il periodo di degenza. La dimensione ludica in ospedale è finalizzata, oltre che al buon esito del difficile approccio iniziale del bambino con la struttura sanitaria, alla socializzazione, alla soddisfazione di bisogni affettivi e alla realizzazione – anche attraverso i giochi didattici – dei percorsi di insegnamento-apprendimento.

E mi piace concludere con un bambino, con il suo messaggio di speranza...

Valentino, dall'ospedale Sant'Eugenio di Roma

Mi chiamo Valentino e ho 11 anni, è da 15 giorni che sono ricoverato presso questo ospedale, nel reparto di pediatria. Io qui dentro mi sento il più «vecchio» perché ci sono tanti bambini piccoli. Vorrei uscire presto ma soprattutto vorrei sapere che cosa ho perché ho sempre un dolore al fianco. Qui le giornate sono lunghe da passare e così mi diverto a fare scherzi ai miei compagni di stanza.

Dopo che ho fatto colazione vado a scuola (per fortuna!) e ci rimango fino all'ora del pranzo. Il pomeriggio si gioca a carte o si vede la televisione, poi si cena. In ospedale mi sento chiuso, vorrei ritrovare la luce del giorno, vorrei tornare a fare goal nel campo di calcio dove mi alleno e soprattutto vorrei... essere promosso.

■ Il progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per l'innovazione nella didattica e nella organizzazione»

Stefano Gorla

Docente, Servizio per l'automazione informatica e l'innovazione tecnologica

Matteo Bianchessi

Polo didattico e di ricerca di Crema

La piattaforma sviluppata nell'ambito del progetto di ricerca sulla scuola in ospedale (<http://scuolainospedale.indire.it>) si inquadra in uno scenario che vede a livello mondiale uno sviluppo di servizi multimediali interattivi attraverso la Rete.

Internet risulta ormai il mezzo preferenziale per l'accesso a contenuti che spaziano dall'informazione all'intrattenimento.

La scelta di offrire una base ricca di strumenti e contenuti anche al settore della scuola in ospedale rappresenta quindi da una parte una risposta ad un bisogno di comunicazione già presente, da sempre, in questo campo e dall'altra la conciliazione di questo bisogno con l'evoluzione tecnologica che ha consentito di approntare strumenti innovativi per la creazione e la gestione di comunità virtuali.

Gli strumenti del portale, presentati per la prima volta in data 4 giugno 2002 a Roma e successivamente arricchiti sino a questo seminario, consentono infatti di dotare la scuola in ospedale di mezzi all'avanguardia per la comunicazione e lo studio.

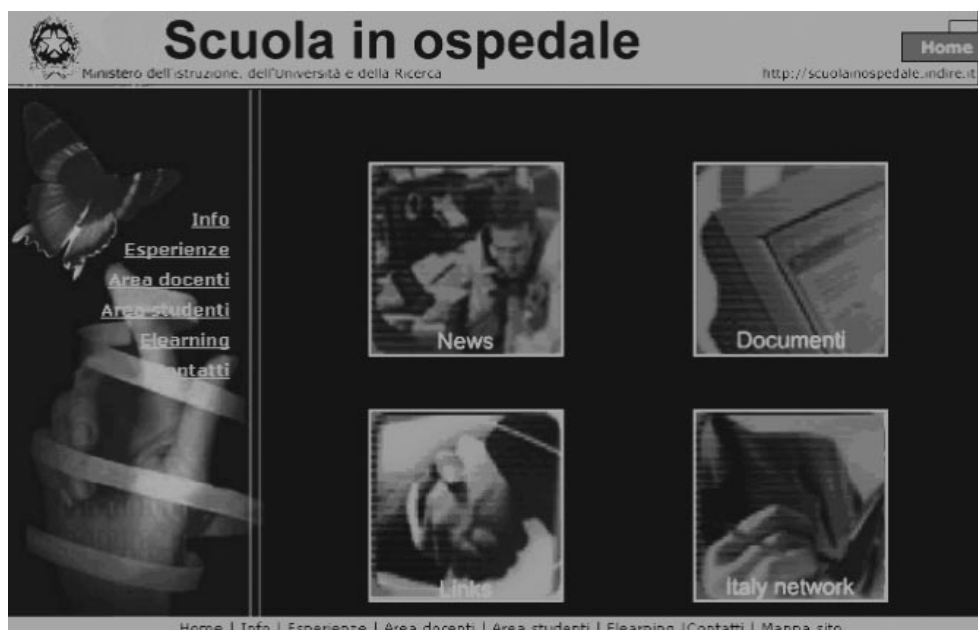
Se raffrontiamo il vuoto di offerta emerso dal raffronto tra le aspettative della domanda dei docenti e studenti con l'offerta presente antecedentemente, oltre all'applicazione degli strumenti di comunicazione asincrona, notiamo che sono stati studiati dei metodi per quanto riguarda l'apprendimento a distanza sincrono.

Occorre comunque sempre considerare il basso livello di conoscenza tecnologica in entrata, per cui i servizi approntati non devono rappresentare un'ulteriore barriera; essi non possono essere risolutivi del problema della formazione che deve comunque essere affrontato anche in termini di aggiornamento costante dei docenti.

Internet ha introdotto recentemente alcune innovazioni per cui si è superata la fase del semplice utilizzo del mezzo per la sola informazione scritta, ma si è ora in grado di approntare una trasmissione che comprende ogni genere di comunicazione. Se per i docenti e gli studenti ciò rappresenta l'apertura della porta della multimedialità in rete, per un ente pubblico si tratta di una vera e propria sfida con il passaggio da semplice fornitore di un servizio di base a gestore di un servizio complesso. In tale ambito la capacità di semplificare e rendere accessibile ed efficiente il servizio stesso diventa un impegno difficile.

Da parte sua, la scuola non può assistere alle trasformazioni indotte dalle tecnologie, rimanendo ancorata a modelli didattici ormai superati, ma deve, viceversa, fornire ai giovani quelle conoscenze e quegli strumenti che sono a loro indispensabili per interpretare criticamente la moltitudine dei messaggi che essi ricevono, permettendo loro di farsi soggetti attivi nello sviluppo sociale.

In questo senso, già a partire dall'interfaccia, occorre considerare le categorie della facilità d'uso, dei servizi interessanti ed utili, della funzionalità alla base di tutte le ap-



plicazioni inserite nel Vortal (portale verticale dedicato al settore), sempre in rapporto alla velocità di trasmissione che la Rete consente di utilizzare.

Abbiamo, inoltre, approntato una serie di servizi rispondenti al bisogno di una forte comunicazione e condivisione delle esperienze, al fine di modificare abitudini che, basandosi su strumenti off-line come il Cd-rom, costringono all'isolamento.

Su tre assi si è svolto il nostro lavoro:

- a) ci siamo fatti guidare dalle esigenze degli utenti e non dalle tecnologie;
- b) abbiamo lavorato sull'interattività e sui vari tipi di feedback;
- c) abbiamo progettato un percorso che, oltre ad offrire materiali, contenesse anche servizi, modalità d'interazione, responsabilità precise nella conduzione.

Il primo servizio è quello informativo, aperto a tutti, semplice da utilizzare e che consenta di conoscere la realtà della scuola ospedaliera anche a chi non si occupa di scuola come operatore ma come genitore o cittadino.

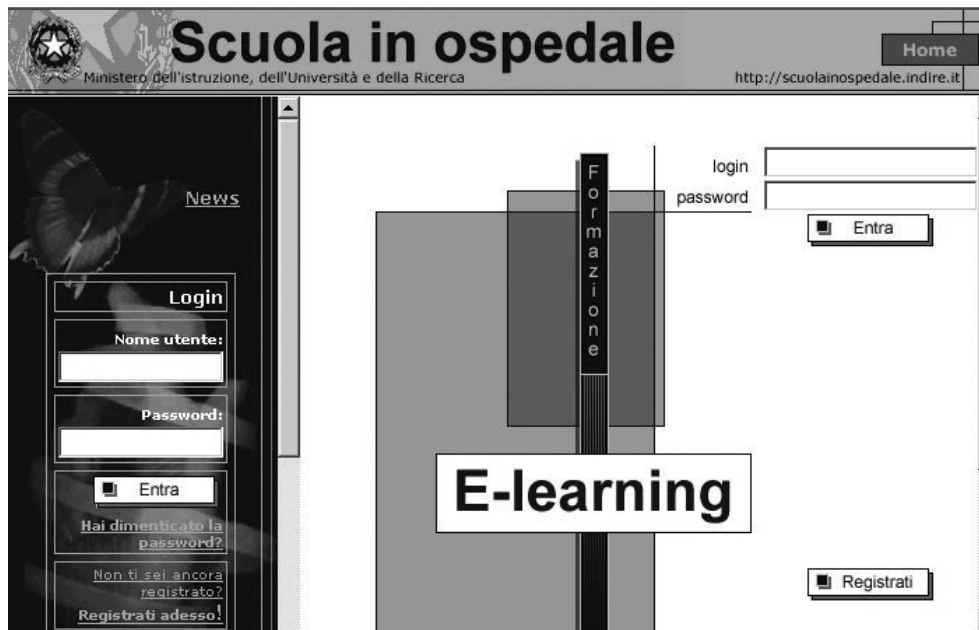
Così nell'area *documenti* sono stati inseriti tutti i video e gli atti dei seminari svoltisi nel corso del tempo; nell'area *esperienze* sono stati inseriti i lavori delle scuole, mentre per i *docenti* è presente un'area Strumenti per la didattica. Gli *studenti* anche non ricoverati possono inviare cartoline virtuali (anche con suoni), mentre quelli ricoverati possono crearle insieme con i docenti entrando nell'area e-learning.

La parte riservata e dedicata esclusivamente agli operatori intende realizzare momenti di lavoro collettivo sia di tipo asincrono (progetti comuni) che di tipo sincrono (sessioni «li-

ve»). Occorre fornire in primo luogo agli operatori – già in partenza molto motivati e disposti a collaborare – la possibilità di contattarsi per risolvere i mille frangenti organizzativi e tecnologici, che si presentano ogni giorno attraverso un apprendimento collaborativo.

Al Comitato tecnico, presso il MIUR, è affidato un ruolo propositivo e di coordinamento.

La figura seguente indica nel frame sinistro l'articolazione degli strumenti presenti.



In questa parte si è innanzitutto tenuto conto del diritto alla privacy nel villaggio globale.

Come sostenuto dal garante della privacy Prof. Stefano Rodotà, «la tutela della sfera privata non è una parentesi della modernità, ma uno dei suoi elementi costitutivi»⁹. Oggi la privacy è infatti considerata «precondizione per l'esercizio di libertà fondamentali come quella d'associazione o alla salute», diventando quindi tutela contro le discriminazioni che potrebbero derivare dalla divulgazione di dati sensibili. Nel settore della scuola in ospedale queste considerazioni sono basilari per consentire la protezione di persone particolarmente esposte alle difficoltà della vita.

La piattaforma e-Learning intende fornire ai docenti quegli strumenti che li pongano nelle condizioni sia di condividere i percorsi di apprendimento degli allievi che di realizzare un aggiornamento costante della loro professionalità.

9 Intervento al Convegno «Privacy: semplicemente un altro diritto?», Università Bocconi, Milano, 4 dicembre 2002.

L'e-learning sta diventando vieppiù un fattore indispensabile per l'aggiornamento del personale e per introdurre nuove competenze all'interno del mondo della scuola.

Quello che abbiamo applicato si inserisce nella terza generazione della FAD (Formazione a distanza)¹⁰: con il digitale abbiamo la possibilità di utilizzare pienamente l'interattività in Rete¹¹.

L'utente per accedere alla piattaforma deve registrarsi e, al termine della registrazione, viene inviata una e-mail sia all'utente che all'amministratore della piattaforma.

L'utente registrato non è immediatamente abilitato ad accedere all'area e-learning, sarà abilitato dall'amministratore in un secondo momento. È prevista una funzione di richiesta della propria password in caso di dimenticanza.

Una volta abilitato, l'utente potrà inserire annunci in bacheca, accedere ai forum, accedere ai corsi, gestire completamente aree del sito, inserendo documenti con immagini e allegati. Ogni utente (se ne ha il permesso) ha la possibilità di inserire nel sito documenti in modo dinamico. Ogni documento è caratterizzato dalle seguenti informazioni: titolo, contenuto del documento (in formato html), categoria di appartenenza, stato (attivo SÌ/No), data di inizio e fine validità, autore, data creazione, ultima modifica.

Inoltre è possibile allegare ad ogni documento dei file (ad esempio file di word, zip).

I documenti, una volta verificata la correttezza da parte degli amministratori delle scuole polo, verranno visualizzati nel sito dinamico in modo che tutti i visitatori possano accedervi (senza ovviamente modificarli).

Per quanto attiene alla gestione è stata studiata e realizzata una decentralizzazione, distinguendo tra *amministrazione di sistema* e *amministrazione utenti*, *amministrazione dei documenti/articoli*.

Ne seguono 3 livelli:


1. Università per amministrazione di sistema e MIUR per formazione e monitoraggio;
2. Scuole polo per amministrazione utenti;
3. Utenti.

Ad ogni livello gli utenti possono avere ruoli differenti.

Per quanto riguarda l'apprendimento a distanza *sincrono*, cioè l'interazione di uno o più siti remoti con il luogo dove si svolge la lezione, creando in questo modo un'aula virtuale, sono stati studiati dei metodi in modo tale che lo studente dall'ospedale possa comunicare in tempo reale (chat e video) con la propria classe sotto il controllo del genitore.

¹⁰ La prima generazione risale alle forme di corrispondenza che nella seconda metà dell'800 inaugurarono la stagione della formazione a distanza; si passa poi alla seconda generazione che nasce intorno al 1960 con protagonista la televisione. Questi due tipi hanno fallito perché non hanno considerato le relazioni tra i soggetti e perché hanno concentrato lo sforzo sui materiali (senza fornire a fianco dei servizi). Occorre invece pensare e progettare un apprendimento sia interattivo che collaborativo.

¹¹ A. Colorni, «Web Learning: esperienze, modelli e tecnologie», in Mondo Digitale, n. 1, marzo 2002.



Nell'area e-learning sono presenti degli oggetti, realizzati con *Flash Communicator Server MX*, che consentono, via web con un semplice plugin per l'utente, le **MULTI videoconferenze**, oltre i 2 punti.

Questo consente di realizzare il collegamento con la scuola di appartenenza o con il domicilio dell'alunno per la didattica domiciliare, senza i vincoli hardware o software.

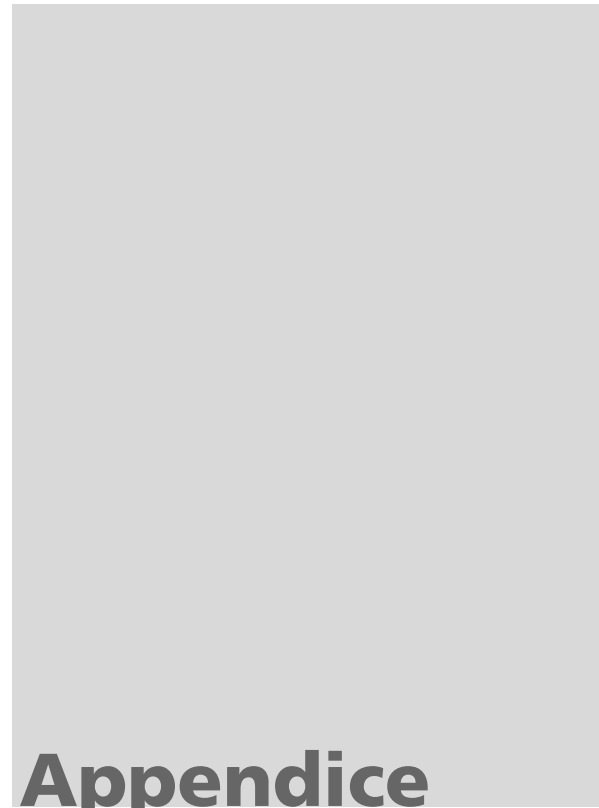
Infine, ad integrazione dei servizi offerti dalla piattaforma sviluppata nel Progetto di Ricerca, abbiamo esaminato la piattaforma *CleverPath*, scritta in Java e proposta da Computer associates per un utilizzo gratuito senza limiti di tempo.

Questi sono i punti più rilevanti della piattaforma *CleverPath*:

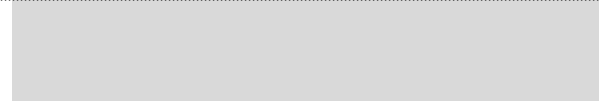
1. personalizzazione del «desktop» da parte di ogni singolo utente;
2. motore di ricerca integrato molto potente per la ricerca e il collegamento di tutti i documenti inseriti;
3. al punto 2 si associa un sistema di categorizzazione automatica attraverso ricerche sia per le risorse interne che per quelle esterne;
4. integrabilità di ogni tipo di contenuto pubblicabile su browser;
5. accessibilità via browser e wireless (WAP).

CleverPath serve, pertanto, ad organizzare i dati raccolti e a raccordare le funzionalità che vanno costruite.

Si tratta quindi di una piattaforma di implementazione dell'esistente.



Appendice



QUADERNI degli Annali dell'Istruzione **105**

- SINTESI DEI LAVORI DELL'INTERGRUPPO SULLA
SCUOLA SUPERIORE
- SINTESI DEI LAVORI DELL'INTERGRUPPO DIRIGENTI
- COMITATO REDAZIONALE



Sintesi dei lavori dell'intergruppo sulla scuola superiore

a cura di GIULIANA ROSETTI CIMATTI

Dirigente Scolastico, IPPSAR «B. Scappi» di Castel San Pietro Terme

Sebbene nel programma del Seminario di Fiuggi non fosse previsto alcun momento specifico d'incontro e di discussione sulle problematiche e le esperienze della scuola secondaria di secondo grado, tuttavia nel corso dei lavori di gruppo di giovedì 21 novembre 2002, che avevano l'obiettivo di esaminare ed approfondire gli aspetti relativi all'uso delle tecnologie informatiche, i docenti ospedalieri della scuola secondaria superiore hanno sentito il bisogno di mettere a fuoco esigenze ed attese che caratterizzano questo segmento scolastico, partendo dalle diverse esperienze e dai diversi approcci collegati all'età dei discenti malati. Si è formato così un sottogruppo composto dalla scrivente, dai professori Alessandro Bellia (Roma), Modesta Montemiglio (Padova), Giuseppe Pedrielli (Bologna), Francesco Savelli (Firenze) e Mariangela Tomba (Torino), che rappresentano di fatto la quasi totalità delle scuole secondarie in ospedale attive oggi in Italia.

Gli argomenti oggetto di discussione, soprattutto in riferimento all'uso delle tecnologie informatiche, hanno riguardato:

- i modelli organizzativi e didattici;
- la partecipazione al progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione»;
- l'uso del portale per favorire la comunicazione tra scuole e facilitare i percorsi formativi degli alunni ospedalizzati

Da parte di tutti i componenti del sottogruppo v'è stata la più ampia condivisione degli apporti positivi recati dalla C.M. 43/2001, in particolare per quanto concerne l'individuazione di un modello organizzativo della scuola secondaria superiore in ospedale, capace contemporaneamente di assicurare, da un lato, la costituzione di un organico di base in grado di coprire tutti gli insegnamenti dell'area comune e di consentire, dall'altro, una proficua osmosi tra struttura ospedaliera e scuola territoriale. Anche chi aveva inizialmente adottato un altro modello (Roma, Torino) ha potuto verificare, durante l'esperienza iniziata nello scorso anno scolastico e proseguita in quello in corso, la maggiore validità di tale modello. Esso non provoca – com'è stato più volte sottolineato – uno «spreco» di risorse umane e finanziarie anzi, al contrario, assicu-

ra continuità nell'erogazione del servizio e ne favorisce la visibilità all'interno della struttura ospedaliera, permettendo alla scuola di acquisire maggiore considerazione da parte degli operatori sanitari e degli eventuali volontari presenti. Questa organizzazione consolida la collaborazione/cooperazione e, inoltre, il rapporto con le altre istituzioni scolastiche territoriali, per garantire all'alunno ospedalizzato di usufruire di adeguati insegnamenti anche nelle materie d'indirizzo.

In ambito didattico è stato ribadito che, stante la centralità della relazione docente-discente in qualunque processo di insegnamento/apprendimento, le tecnologie informatiche hanno un ruolo funzionale per la didattica, di arricchimento delle risorse; esse rappresentano strumenti di uso quotidiano per favorire non solo l'acquisizione di «saperi», ma pure la comunicazione, l'espressività e la creatività dell'alunno degente. In certi casi attraverso il loro utilizzo, guidato dal docente, si è in grado di risvegliare la voglia d'imparare e si facilita la capacità di lavorare efficacemente in autonomia. Le nuove tecnologie sono perciò un prezioso ausilio per l'attività educativa e formativa.


Quale contributo allora può essere dato dalla scuola secondaria superiore al progetto di ricerca «La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione»?

Come già convenuto nel corso di precedenti incontri, si è ritenuto che la produzione di moduli didattici e la loro messa a disposizione *on line* all'interno del portale realizzato dal Polo informatico di Crema dell'Università di Milano, *scuolainospedale.indire.it*, fosse la soluzione migliore per esplicitare il lavoro realizzato nella progettazione di percorsi formativi ad hoc per i discenti ospedalizzati e renderlo usufruibile da parte di eventuali interessati.

Già in altre occasioni è emerso che i ragazzi manifestano gradi di sensibilità, di responsabilità e di percezione dello studio corrispondenti alle differenti fasce d'età. La ricerca di un approccio giocoso, fiabesco e creativo, necessario per gli alunni più piccoli, non è sempre indispensabile per gli adolescenti. Anzi nei più grandi prevale la richiesta della tradizionale lezione frontale perché al giovane preme mantenere, pur nelle condizioni di ospedalizzazione, il passo dei propri compagni che frequentano regolarmente le lezioni. In tale contesto quindi la progettazione didattica modulare risulta essere la carta vincente in grado sia di accattivarsi gli interessi dell'alunno malato sia di offrire degli *input volti all'acquisizione e al consolidamento delle competenze disciplinari e trasversali dell'alunno e all'accrescimento delle proprie abilità*. Del resto, dato che i giovani apprendono molte informazioni/conoscenze al di fuori del sistema d'istruzione, la funzione dell'attività didattica deve diventare sempre più quella di abituare i ragazzi all'approfondimento delle problematiche e all'integrazione delle informazioni, al «controllo critico»; e ciò può essere facilitato dal rapporto privilegiato docente-discente che si attua nella struttura ospedaliera.

In merito all'uso del portale, sono stati evidenziati gli aspetti notevolmente positivi di tale «mezzo», che in prospettiva potrebbe diventare, tra l'altro, un prezioso archivio per i materiali prodotti dalle varie scuole ospedaliere: i materiali didattici potrebbero essere utilizzati nella formazione a distanza, specialmente nell'ambito di progetti d'istruzione domiciliare. Sono emersi però anche numerosi interrogativi riguardanti in particolare:

- le necessarie competenze in possesso dei docenti per fare un uso adeguato degli strumenti informatici;
- le possibili comunicazioni/collaborazioni on-line tra più scuole a fronte di forti carenze di attrezzature informatiche presso talune scuole ospedaliere, alcune prive di postazioni mobili, altre pure di postazioni fisse;

- 
- la disponibilità di risorse umane e finanziarie per gestire, «far funzionare» e arricchire il portale.

Proprio in relazione a quest'ultimo punto, tutti i componenti del sottogruppo hanno sottolineato l'esigenza che siano assicurate risorse umane stabili e risorse finanziarie certe ed adeguate per conservare e migliorare l'efficacia del servizio educativo e formativo prestato. In particolare, in relazione all'arricchimento del portale attraverso le esperienze maturate in campo didattico in questi anni, appare necessario procedere alla stabilizzazione in organico di diritto dei docenti impegnati, al fine di tutelare e mantenere competenze e professionalità che altrimenti rischierebbero di andare disperse.

In totale accordo con l'affermazione della dott.ssa Mariolina Moioli, Direttore generale per lo status dello studente, per le politiche giovanili e per le attività motorie, sull'insostituibilità del rapporto interpersonale, umano tra docente e alunno in ospedale – del quale le tecnologie sono importante supporto per favorire l'educazione dei giovani nella loro globalità, sono state particolarmente apprezzate le parole del prof. Riccardi, primario di oncologia pediatrica del Policlinico «Gemelli» di Roma, che ha delineato brillantemente i caratteri dell'insegnante ideale nella scuola in ospedale, specificando che il primo requisito è quello della stabilità, elemento fondamentale a cui si dovrebbero abbinare le altre qualità di equilibrio, determinazione e flessibilità.



Sintesi dei lavori dell'intergruppo dirigenti

ANGIOLINA PONZIANO

Dirigente Tecnico, Direzione Generale Organizzazione dei servizi nel territorio

Lo schema di discussione

Nel primo giro di tavolo sono risultati presenti dirigenti scolastici e referenti regionali delle scuole polo delle regioni: Calabria, Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Veneto.

Poiché non tutti gli Uffici Scolastici Regionali sono stati rappresentati dal referente regionale o dal dirigente della scuola polo regionale, i dirigenti presenti, che hanno apprezzato la presenza di uno spazio riservato al confronto sulle modalità di applicazione delle CC.MM. 149/01 e 84/01, concordano di presentare le esperienze di applicazione delle circolari, i progetti di istruzione domiciliare, le iniziative di formazione e, sulla base di quanto emerge dal confronto, formulare proposte.

Modello organizzativo di ciascuna delle Regioni rappresentate

La Calabria ha affidato la gestione dei fondi assegnati con le due circolari alla scuola polo, che provvede all'assegnazione delle quote per ciascun docente, alla raccolta dei materiali didattici multimediali, ad organizzare la formazione specifica e ad assegnare i fondi per l'istruzione domiciliare. Non sono stabiliti criteri a priori e non appare organizzata l'informazione per permettere il lavoro cooperativo in rete.

La Liguria ha affidato i fondi alla scuola capofila, ed ha contemporaneamente costituito un gruppo operativo di indirizzo e valutazione complessiva della gestione delle iniziative di formazione e dei progetti di istruzione domiciliare.

I componenti del gruppo operativo sono un funzionario per l'Ufficio scolastico regionale, un ispettore tecnico e il dirigente scolastico della scuola polo.

La Lombardia ha costituito un coordinamento regionale formalizzato con la partecipazione di rappresentanti del settore ospedaliero e della Università per le iniziative di formazione e per altre situazioni operative, nelle quali si intrecciano le competenze dell'ospedale e della scuola.

La Campania non ha decentrato i fondi, né ha affidato alcun compito di coordinamento alla scuola polo. La scuola polo ha cambiato il dirigente scolastico dopo il primo anno di esperienza. L'attività appare un po' sfasata e il dirigente scolastico della scuola polo richiede maggiori

informazioni sulla scuola in ospedale per poter affrontare, con competenza, i vari problemi che sono prospettati dalle molte sezioni ospedaliere funzionanti a Napoli e, ora, anche nelle altre province della Campania.

La Puglia, pur avendo da lungo tempo due insegnanti di scuola elementare presso l'Ospedale Giovanni XXIII, non ha affidato il coordinamento del servizio scolastico ospedaliero e la gestione delle iniziative di formazione alla scuola polo.

La Sicilia presenta una situazione un po' particolare: la scuola polo è a Palermo ed è collegata con l'ospedale pediatrico «G.B. da Cristina» con un solo docente di scuola elementare, mentre a Catania sono attive sei sezioni ospedaliere presso i cinque ospedali della città e con docenti di scuola elementare e media, presso il Policlinico Universitario. I fondi sono stati assegnati alla scuola polo che ha curato la raccolta dei prodotti didattici multimediali; ancora incerte le iniziative per le attività di formazione.

Nel Veneto l'Ufficio scolastico regionale ha affidato il compito di scuola polo ad un istituto tecnico con una sezione abilitata per le TIC, che non ha sezioni di scuola ospedaliera.

Il compito della scuola polo è quello di organizzare la rete telematica tra le quindici scuole ospedaliere funzionanti nelle sei province (solo Venezia non ha sezioni ospedaliere).

Per la gestione dei fondi per l'istruzione domiciliare si è costituito un gruppo di lavoro presso l'Ufficio Scolastico Regionale che ha già dato alcune indicazioni per l'erogazione del servizio scolastico domiciliare, tra queste l'inserimento nel piano dell'offerta formativa del progetto di istruzione domiciliare e la previsione di accantonamento di una piccola cifra per la costituzione di un fondo integrante le risorse a disposizione dell'USR.

Tutti i dirigenti e i referenti hanno concordato sulla necessità di un coordinamento istituzionale regionale per la gestione dei fondi, per le attività di formazione e per l'assegnazione dei progetti di istruzione domiciliare.

L'esigenza di un coordinamento regionale è stato rappresentato dopo l'esame approfondito del modello organizzativo adottato dalla Calabria, dalla Liguria, dalla Lombardia e dalla Campania.

Istruzione domiciliare


L'istruzione domiciliare viene organizzata secondo varie modalità:

- A richiesta della scuola, senza progetto preventivo
- Con progetto formalizzato
- Con scheda di progetto preventivamente preparata e diffusa a cura dell'Ufficio Scolastico Regionale
- Con saldo delle ore a consuntivo
- Con contributo ad integrazione del fondo d'istituto

La formazione

I fondi previsti delle CC. MM. 149/2001 e 84/2002 sono stati spesi con modalità diverse, in vari casi non ancora spesi, non impegnati e non assegnati alle scuole polo.

Sarebbe interessante conoscere in quale modo e con quale programma si sono svolte le iniziative di formazione.



Tutti concordano sulla necessità di una formazione integrata tra più soggetti istituzionali, anche attraverso Intese e/o Accordi di programma.

Sportello di consulenza

Nel rispetto dell'autonomia gestionale e organizzativa, sarebbe opportuna l'apertura di uno sportello di consulenza presso ogni Ufficio scolastico regionale affinché si possano dare e avere informazioni sulla istituzione di scuole e/o sezioni ospedaliere, sulle normative e sul funzionamento del servizio scolastico domiciliare, sulle forme di integrazione tra il servizio scolastico e i servizi offerti da altre istituzioni, da associazioni dei genitori e da associazioni di volontariato.

Le proposte

I dirigenti presenti hanno ritenuto utile formulare proposte in relazione all'istruzione domiciliare, quale servizio per contenere la dispersione scolastica dovuta a malattia.

Sarebbe, infatti, utile che tra i referenti presso gli Uffici Scolastici Regionali si creasse un coordinamento per condividere, nel rispetto delle autonomie, modalità e strumenti operativi, al fine di sostenere la scuola in ospedale attraverso:

- la diffusione della cultura del diritto all'istruzione del minore malato;
- l'implementazione della pratica delle reti di scuole per il confronto e lo scambio delle esperienze.



Comitato redazionale

IL DIRETTORE GENERALE

VISTI gli artt. 2, 32 e 33 della Costituzione della Repubblica Italiana;
VISTA la legge quadro dell' 8 novembre 2000, n. 328, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
VISTA la Direttiva Generale sull'azione amministrativa e sulla gestione per l'anno 2002, fra i cui obiettivi sono previste azioni di formazione e di qualificazione del personale della scuola.
PRESO ATTO dell'iniziativa di formazione per i docenti delle scuole ospedaliere, realizzata nel mese di novembre 2002 da questa Direzione Generale, attraverso un seminario di studio e di produzione nelle città di Napoli e Fiuggi;
CONSTATATA la valenza e l'utilità della suddetta iniziativa per il gradimento manifestato e l'interesse dimostrato nell'approfondimento di metodologie didattiche innovative in un settore particolarmente delicato e complesso;
RILEVATA l'opportunità di divulgare i materiali prodotti al fine di sviluppare, nella misura massima possibile, la cultura della scuola in ospedale e del servizio di istruzione domiciliare, attraverso la pubblicazione degli atti del suddetto Seminario nei Quaderni degli Annali dell'Istruzione;
RITENUTO necessario avvalersi dell'opera di un gruppo redazionale per la predisposizione, la composizione e la stesura dei materiali da pubblicare,

DECRETA

Art. 1

Per tutte le finalità di cui in premessa, è costituito, presso la Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio, un gruppo di redazione, così composto:

Art. 2

Dott.ssa Delia Campanelli

Dirigente Uff.

III Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel territorio

Isp. ce Angiolina Ponziano
Dirigente tecnico
Direzione generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio
Isp. Italo Bassotto
Esperto, già Dirigente tecnico MIUR
Dott.ssa Lucia Fattori
Dirigente scolastico
Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel territorio
Dott.ssa Adriana Di Bella
Dirigente scolastico
Direzione Generale per la Formazione e l'Aggiornamento del Personale della Scuola
Dott.ssa Cinzia Buscherini
Dirigente scolastico
Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia Romagna
Dott.ssa Aurora Morgia
Dirigente scolastico
Direzione Didattica II Circolo Frosinone
Prof. Nicola Sorgentone
Docente esperto
Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio
Prof. Orazio Niceforo
Esperto, già Dirigente scolastico
Consulente presso il Dipartimento per lo Sviluppo dell'Istruzione e dei Servizi nel Territorio
Dr. Nicola Di Monaco
Esperto, già Dirigente della regione Campania per le Politiche Giovanili

Art. 3

Il coordinamento dei lavori è affidato alla dott.ssa Delia Campanelli. Le funzioni di segreteria sono garantite dall'Ufficio III di questa Direzione Generale.

Art. 4

Nessun compenso è dovuto per la partecipazione ai lavori.

Gli oneri per il pagamento delle eventuali indennità di missione e di rimborso delle spese di trasporto, vitto e alloggio, per i componenti dipendenti del MIUR saranno a carico dello stanziamento del cap. 1371 del Bilancio di previsione del MIUR per l'E.F. 2003.

Roma, 27 gennaio 2003

IL DIRETTORE GENERALE
- Bruno Pagnani -

STUDI E DOCUMENTI

degli Annali della Pubblica Istruzione

1978-2001

1. **LA VALUTAZIONE NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO**
Atti del seminario di studio. Frascati 15-18 dicembre 1977
Pagg. vi-162, L. 2.700
2. **SITUAZIONE DELL'UNIVERSITÀ ITALIANA**
Pagg. vii-210, L. 2.700
3. **L'EDUCAZIONE SANITARIA**
Pagg. viii-170, L. 2.700
4. **LA SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE ITALIANA NEGLI ANNI SETTANTA**
Pagg. x-190, L. 2.700
5. **LA RICERCA EDUCATIVA IN ALCUNI PAESI STRANIERI**
Pagg. vi-114, L. 2.700
6. **SCUOLA MUSEO AMBIENTE**
Iniziative ed esperienze scolastiche
Pagg. viii-164, L. 2.700
7. **PROBLEMI E STRUTTURE DELLA RICERCA EDUCATIVA IN ITALIA**
Pagg. vi-250, L.4.000
8. **L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DELLA SCUOLA**
Rapporto per gli anni 1977 e 1988
Pagg. vi-234, L. 4.000
9. **ISTRUZIONE ARTISTICA**
Dati statistici sulle Accademie di belle arti e i Conservatori di musica
Pagg. vi-150, L. 4.000
10. **L'ISTRUZIONE TECNICA SULLA SOGLIA DEGLI ANNI OTTANTA**
Pagg. x-246, L. 4.000
11. **INDAGINE CONOSCITIVA SULL'INFORMATICA**
Pagg. x-118, L. 4.500
12. **L'INTEGRAZIONE DELL'ENERGIA SOLARE NEGLI EDIFICI SCOLASTICI**
Pagg. vi-152, L. 4.500
- 13/14. **LA SCUOLA ELEMENTARE A TEMPO PIENO**
Pagg. viii-362, L. 9.000
15. **ORGANIZZAZIONE DELLA SCUOLA E PROGRAMMAZIONE EDUCATIVA IN PRESENZA DELL'HANDICAPPATO**
Problemi e prospettive
Pagg. viii-288, L. 5.000
16. **LA SCUOLA MEDIA INTEGRATA A TEMPO PIENO**
Pagg. vi-202, L. 5.000
- 17/18. **LA SCUOLA SECONDARIA NON STATALE IN ITALIA**
Pagg. vi-302, L. 10.000
19. **LA SCUOLA MATERNA IN ITALIA**
Pagg. viii-152, L. 5.800

20. **IL PERITO INDUSTRIALE NELLE AZIENDE MANIFATTURIERE:
FORMAZIONE SCOLASTICA E RUOLI PROFESSIONALI**
Pagg. viii-184, L. 5.800
21. **EVOLUZIONE DEMOGRAFICA E SISTEMA SCOLASTICO**
Problemi e prospettive
Pagg. vi-184, L. 5.800
22. **L'EDUCAZIONE TECNICA NELLA SCUOLA MEDIA**
Progetto sperimentale CEE-Ministero P.I.-ISFOL. Parte I: Saggi e guida
Pagg. xviii-374 (Prima ristampa ampliata), L. 10.700
23. **L'EDUCAZIONE TECNICA NELLA SCUOLA MEDIA**
Progetto sperimentale CEE-Ministero P.I.-ISFOL. Parte II: Unità didattiche
Pagg. viii-454 (Prima ristampa ampliata), L. 10.700
24. **IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE**
Pagg. x-150, L. 6.900
25. **L'EDUCAZIONE FISICA E LO SPORT NELLA SCUOLA**
Pagg. xviii-230, L. 6.900
26. **IMPRESA E TERRITORIO: UNA PROPOSTA DI LAVORO PER LA SCUOLA**
Pagg. xii-174, L. 6.900
27. **PART-TIME E FULL-TIME PER I DOCENTI**
Sondaggio di opinione tra 5.000 insegnanti italiani. Analisi di esperienze straniere
Pagg. x-150, L. 8.000
28. **IL PROGETTO CEE SULL'EDUCAZIONE AMBIENTALE:
UNA ESPERIENZA PEDAGOGICA EUROPEA**
Pagg. x-150, L. 8.000
29. **UNA NUOVA METODOLOGIA NELLA FORMAZIONE TECNICA**
Pagg. xii-228, L.8.000
30. **L'ISTRUZIONE CLASSICA, SCIENTIFICA E MAGISTRALE
IN ITALIA**
Pagg. xvi-296, L. 8.000
31. **IL PROGETTO ILSSE E L'INSEGNAMENTO
DELLA LINGUA STRANIERA NELLA SCUOLA ELEMENTARE**
Pagg. viii-240), L. 9.000
32. **L'INFORMATICA NELLA SCUOLA**
Pagg. xvi-160, L. 9.000
33. **ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE**
Pagg. xii-216, L. 9.000
34. **L'INSEGNAMENTO MUSICALE IN ITALIA**
Pagg. x-182, L. 9.000
35. **DALLA SCUOLA AL LAVORO: UN OBIETTIVO EUROPEO**
I progetti pilota CEE per favorire il passaggio dei giovani dalla scuola alla vita attiva
Pagg. viii-168, L. 9.900
36. **LA SCUOLA ITALIANA NEGLI ANNI OTTANTA**
Pagg. viii-184, L. 9.900
37. **INDIRIZZI DI STUDIO E FABBISOGNI FORMATIVI**
Pagg. viii-204, L. 9.900
38. **IL BIENNIO DELLA SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE**
Pagg. viii-280, L. 9.900

39. **LA SCUOLA DELL'OBBLIGO NEGLI ISTITUTI PENALI MINORILI**
Pagg. x-142, L. 10.700
40. **DALLA SCUOLA AL LAVORO: UN OBIETTIVO EUROPEO**
Conferenza nazionale dei progetti pilota italiani
Pagg. xii-276, L. 10.700
- 41/42. **LE NUOVE TECNOLOGIE NEI PROCESSI FORMATIVI: INFORMATICA E TELEMATICA**
43. **RAPPORTI TRA AMMINISTRAZIONE E SINDACATO**
Pagg. xii-244, L. 10.700
- 44/45. **SISTEMA INFORMATIVO – PROSPETTIVE DI ARCHITETTURA DISTRIBUITA**
Pagg. iv-386, L. 21.400
46. **IL PROGETTO SPECIALE LINGUE STRANIERE**
Pagg. x-218, L. 10.700
47. **GLI ORDINAMENTI SCOLASTICI NEI PAESI DELLA CEE**
Pagg. x-282, L. 11.300
48. **IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE NEL PERIODO 1983-1988**
Pagg. xii-196, L. 11.300
49. **L'ISTRUZIONE PROFESSIONALE.**
Una formazione per il futuro
Pagg. x-138, L. 11.300
50. **NUOVI MODELLI NELLA FORMAZIONE POST-DIPLOMA**
Pagg. vii-200, L. 11.300
51. **L'INTRODUZIONE DELLE TECNOLOGIE INFORMATICHE NELLA GESTIONE DELLA SCUOLA ITALIANA**
Pagg. vi-130, L. 12.500
52. **LA FORMAZIONE GENERALE NEL BIENNIO – PROGRAMMI SPERIMENTALI**
Pagg. xvi-160, L. 12.500
53. **IL NUOVO ORDINAMENTO DELLA SCUOLA ELEMENTARE**
Pagg. viii-296, L. 12.500
54. **IL RUOLO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE DEL PRESIDE**
Pagg. xiv-234, L. 12.500
55. **LA VERIFICA DEL PIANO NAZIONALE PER L'INFORMATICA NELLE SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI**
Pagg. viii-160, L. 13.300
56. **PIANI DI STUDIO DELLA SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE E PROGRAMMI DEI PRIMI DUE ANNI**
Le proposte della Commissione Brocca
Pagg. xxiv-328, L. 13.300
57. **PER UN SERVIZIO NAZIONALE DI VALUTAZIONE: ESPERIENZE STRANIERE E PROPOSTE PER L'ITALIA**
Pagg. x-182, L. 13.300
58. **OPERARE PER PROGETTI. I «PROGETTI ASSISTITI» DELL'ISTRUZIONE TECNICA**
Pagg. xii-196, L. 13.300

- 59/60. **PIANI DI STUDIO DELLA SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE
E PROGRAMMI DEI TRIENNI**
Le proposte della Commissione Brocca
Pagg. xx-1088, L. 28.400
61. **APPENDICE AI PIANI DI STUDIO DELLA SCUOLA SECONDARIA
SUPERIORE E PROGRAMMI DEI TRIENNI**
Pagg. vi-158, L. 14.200
62. **L'ORIENTAMENTO NELLA SCUOLA MEDIA**
Pagg. x-126, L. 14.200
63. **GLI ORIENTAMENTI PER LA SCUOLA MATERNA**
Pagg. vi-210, L. 15.200
64. **LA VALUTAZIONE NELLA SCUOLA MEDIA**
Pagg. xii-420, L. 15.200
65. **IL SAPERE MINIMO SULL'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE
NELLA DIDATTICA**
Pagg. xiv-170, L. 15.200
66. **L'ORGANIZZAZIONE DIDATTICA DELLA SCUOLA
ELEMENTARE**
Pagg. xii-204, L. 15.200
- 67/68. **L'ISTRUZIONE PROFESSIONALE NEL DECENNIO 1988-1998**
Pagg. xiv-362, L. 32.000
69. **L'ORIENTAMENTO NELLA SCUOLA SECONDARIA
NON STATALE**
Pagg. viii-128, L. 16.000
70. **I SISTEMI INTEGRATI PER LA FORMAZIONE CONTINUA**
Pagg. xi-292, L. 15.500
71. **L'EDUCAZIONE INTERCULTURALE E L'INTEGRAZIONE
DEGLI ALUNNI STRANIERI**
Pagg. xiv-170, L. 15.500
72. **LICEALITÀ E SPERIMENTAZIONE**
Pagg. xii-164, L. 15.500
73. **LA CONTINUITÀ EDUCATIVA E DIDATTICA NELLA SCUOLA
NON STATALE**
Pagg. x-130, L. 15.500
74. **LA SCUOLA SUPERIORE IN ITALIA. PROBLEMI
ORGANIZZATIVI E IPOTESI DI INNOVAZIONE**
Pagg. x-260, L. 16.500
- 75/76. **IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE NEL PERIODO 1989-
1997**
Pagg. xxii-386, L. 33.000
77. **LA CARTA DEI SERVIZI SCOLASTICI**
Pagg. x-228, L. 16.500
78. **LE CONOSCENZE FONDAMENTALI PER L'APPRENDIMENTO DEI GIOVANI
NELLA SCUOLA ITALIANA NEI PROSSIMI
DECENNI**
Pagg. xvi-438, L. 20.500
- 79/80. **IL DIRITTO ALLA FORMAZIONE**
Pagg. xiv-322, L. 41.000

81. **L'INSEGNAMENTO DELLA MUSICA NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA**
Pagg. xx-180, L. 17.000
82. **SCUOLA, LAVORO, OCCUPAZIONE**
Pagg. viii-246, L. 11.000
83. **GLI ISTITUTI COMPRENSIVI**
Pagg. xiv-230, L. 11.000
84. **PROGETTO QUALITÀ**
Pagg. xviii-158, L. 11.000
85. **L'ISTRUZIONE TECNICA TRA VECCHIA E NUOVA AUTONOMIA**
Pagg. viii-264, L. 11.000
- 86/87. **LA SCUOLA E I FONDI STRUTTURALI PER LO SVILUPPO DEL MEZZOGIORNO**
Pagg. xiv-324, L. 22.000
88. **L'EDUCAZIONE PERMANENTE DEGLI ADULTI**
Pagg. xxii-350, L. 11.000
89. **L'INNOVAZIONE NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA**
Pagg. xii-158, L. 11.000
90. **LA CULTURA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA NEL RINNOVAMENTO DELL'ISTRUZIONE TECNICA**
Pagg. xvi-226, L. 11.000
91. **CITTADINANZA STUDENTESCA E AUTONOMIA SCOLASTICA**
Pagg. x-326, L. 11.000
- 92/93. **OBBLIGO SCOLASTICO E OBBLIGO FORMATIVO**
Pagg. xiv-524, L. 22.000
- 94/95. **I TECNICI SUPERIORI PER IL MADE IN ITALY**
Pagg. x-438, L. 22.000

QUADERNI

degli Annali dell'Istruzione

2001-2003

96. **LE COMPETENZE DI BASE DEGLI ADULTI (I)**
Pagg. XII-116, EURO 5,68
97. **LE COMPETENZE DI BASE DEGLI ADULTI (II)**
Pagg. VIII-248, EURO 5,68
- 98/99. **SCUOLA E VOLONTARIATO**
Pagg. VIII-136, EURO 11,60
100. **IL CHI È DELLA SCUOLA ITALIANA**
Pagg. XVIII-126, EURO 5,80
- 100bis. **ALL THE NUMBERS OF THE ITALIAN EDUCATION SYSTEM**
Pagg. XVIII-126
101. **LA PROFESSIONE DOCENTE IN EUROPA**
Pagg. XXVI-118, EURO 5,80
102. **EUROPA E ISTRUZIONE**
Pagg. VIII-152, EURO 6,00
- 103-104. **ISTRUZIONE E FORMAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS) 1998-2003**
Pagg. XXII-416, EURO 12,00
105. **SCUOLA IN OSPEDALE**
Pagg. VIII-120, EURO 6,00

QUADERNI DEGLI ANNALI DELL'ISTRUZIONE

RIVISTA TRIMESTRALE

A CURA DEL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Direttore responsabile:
GINO BANTERLA

Direttore del Comitato tecnico-scientifico:
BRUNO PAGNANI

Comitato tecnico scientifico:

GIOVANNI BIONDI, ALBERTO BOTTINO, PASQUALE CAPO, LUIGI CATALANO, GIUSEPPE COSENTINO, SILVIO CRISCUOLI, MICHELE DIPACE, MARIO GIACOMO DUTTO, GIUSEPPE FIORI, ANTONIO GIUNTA LA SPADA, MARIOLINA MOIOLI, ALESSANDRO MUSUMECI, MARIA GRAZIA NARDIELLO, CATERINA PETRUZZI, ARMANDO PIETRELLA, DANIELA SALMINI, LUCREZIA STELLACCI, GIUSEPPE ZITO

Coordinamento editoriale: GAETANO SARDINI

Segreteria di redazione: CATERINA ANTONELLI, GINA PAVONCELLO

Articoli, lettere e proposte di contributi vanno indirizzati a: Quaderni degli Annali dell'Istruzione, Periodici Le Monnier, piazza Borghese 3, 00186 Roma.

Posta elettronica: sdapi_redazione@annaliistruzione.it

Gli articoli, anche se non pubblicati, non si restituiscono

QUADERNI DEGLI ANNALI DELL'ISTRUZIONE

a cura del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Rivista trimestrale

Condizioni di abbonamento 2004 (quattro numeri per complessive pagine da 800 a 896)

— Annuale per l'Italia Euro 24,98

— Annuale per l'Estero Euro 34,50

Versamenti sul c/c postale N. 30896864 intestato a Periodici Le Monnier,

Via A. Meucci, 2 - 50015 Grassano (Firenze).

Garanzia di riservatezza per gli abbonati

Nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 675/96 "norme di tutela della privacy", l'editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati che potranno richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo al responsabile dati dell'Edumond Le Monnier (Casella postale 202 - 50100 Firenze).

Le informazioni inserite nella banca dati elettronica Le Monnier verranno utilizzate per inviare agli abbonati aggiornamenti sulle iniziative della nostra casa editrice.

Registrazione presso il Tribunale di Firenze con decreto n. 2645 in data 28-2-1978

Tutti i diritti riservati

La Tipografica Varese S.p.A. - Stabilimento di Firenze - Ottobre 2004