

# Ministero Pubblica Istruzione

DIREZIONE GENERALE RELAZIONI INTERNAZIONALI DIV. III



**ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE PER I SERVIZI  
ALBERGHIERI E DELLA RISTORAZIONE**

*“Bartolomeo Scappi”*

**CASTEL SAN PIETRO TERME (BOLOGNA)**



**SEMINARIO INTERNAZIONALE DI STUDIO E PRODUZIONE**

***“LA SCUOLA FUORI DALLA SCUOLA:  
LA SCUOLA IN OSPEDALE NEL CONTESTO EUROPEO”***

*Castel San Pietro Terme (BO), 1 - 2 - 3 MARZO 2001*

# **ATTI e DOCUMENTI**

## SOMMARIO

Programma	pag. 3
Prefazione di <i>Giuliana Rosetti Cimatti</i>	pag. 6
Apertura dei lavori e Saluti autorità locali	pag. 7
Relazioni	
<i>Fabio Iodice</i> : Il punto di vista della scuola	pag. 16
<i>Guido Paolucci</i> : Il punto di vista dell'ospedale	pag. 20
<i>Aldo Bacchiocchi</i> : Il punto di vista del Territorio	pag. 26
<i>Christian Lieutenant</i> : La dimensione europea	pag. 28
Comunicazioni delle associazioni che hanno organizzato convegni sulla scuola in ospedale	
<i>Giuseppina Fantone</i> , ANPO	pag. 33
<i>Ivana Summa</i> , CIDI	pag. 36
<i>Michele Capurso</i> , Associazione Capelli	pag. 38
Le esperienze europee di scuola in ospedale	
<i>Brehm Guenter</i> , Germania	pag. 42
<i>Christine Lemineur</i> , Francia	pag. 44
<i>Maria Clara da Rosa Cristino</i> , Portogallo	pag. 46
<i>Tanja Becan</i> , Slovenia	pag. 48
<i>Olga Lizasoain Rumeu</i> , Spagna	pag. 49
<i>Gail Burgess</i> , Gran Bretagna	pag. 50
<i>Gerd Falk-Shalk</i> , Svezia	pag. 52
<i>Christian Lieutenant</i> , Belgio	pag. 54
Testimonianze	
<i>Marco Manfrini</i>	pag. 56
<i>Rosa Musto</i>	pag. 57
<i>Davide Cappellazzo</i>	pag. 59
Il dibattito	pag. 60
Altre esperienze di “scuola fuori dalla scuola”	
<i>Cesare Moreno</i> : I maestri di strada e il “Progetto Chance”	pag. 69
<i>Giulia Gigliozzi</i> : La scuola nelle comunità terapeutiche	pag. 75
<i>Dario Missaglia</i> : La scuola e il carcere. La storia di Marco	pag. 78
Le relazioni dei gruppi di lavoro	
1.Modelli organizzativi – <i>relatore Giuseppe Pedrielli</i>	pag. 82
2.Attività didattica e nuove tecnologie – <i>relatore Alberto Antinori</i>	pag. 85
3.Reclutamento e formazione – <i>relatrici Clotilde Moro e Daniela Fuso</i>	pag. 87
4.Progetti europei e scambi culturali – <i>relatrice Eleonora Salvatori</i>	pag. 90
5.Relazioni interistituzionali - <i>relatrice M. Giovanna Cantoni</i>	pag. 92
<i>Andrea Canevaro</i> : Una riflessione sull’integrazione tra scuola e territorio	pag. 95
<i>Senatrice Silvia Barbieri</i> : Conclusioni	pag. 98
Appendice	
I numeri del seminario e sintesi delle relazioni dei centri di ascolto	pag. 103
Le schede di rilevamento sulle scuole in ospedale: i dati elaborati	pag. 107
Dirigenti scolastici e docenti partecipanti al seminario	pag. 110
Il congresso di H.O.P.E., Barcellona 2000; riassunto dei lavori e documenti approvati	pag. 113
Programma psicopedagogico in un ospedale spagnolo	pag. 119
Protocollo interministeriale d’intesa del 27/09/2001 e C.M. n.43 del 26/02/2001	pag. 121

# PROGRAMMA

## 1° giorno - giovedì 1 marzo

Presiede i lavori il prof. Emanuele Barbieri – Direttore Scolastico Regione Emilia Romagna

**Sede dei lavori: Hotel delle Terme, viale delle Terme, 1113**

ore 14.30 Registrazione dei partecipanti

ore 15.00 **Apertura dei lavori e Saluti Autorità Locali**

Prof.ssa Giuliana Rosetti Cimatti - Dirigente Scolastico I.P.S.S.A.R. di Castel San Pietro Terme

Sig. Graziano Prantoni - Sindaco di Castel San Pietro Terme

Prof. Emanuele Barbieri - Direttore Scolastico Regione Emilia Romagna

Prof.ssa Mariangela Bastico – Assessore alla Scuola e alla Formazione Regione Emilia-Romagna

Dott. Piero Picci - Istituti Ortopedici Rizzoli

### **Aspetti organizzativi ed operativi**

ore 15.50 **Il punto di vista della scuola**

Dott. Fabio Iodice -Referente nazionale MPI Scuola in Ospedale

ore 16.20 **Il punto di vista dell'ospedale**

Prof. Guido Paolucci – Direttore Dipartimento di Scienze Pediatriche, Mediche e Chirurgiche Policlinico *Sant'Orsola/Malpighi*, Università di Bologna

ore 16.50 **Il punto di vista del Territorio**

Dott. Aldo Bacchiocchi – Vicepresidente dell'Associazione Nazionale Comuni d'Italia

ore 17.10 Tea break

ore 17.30 **La dimensione europea**

Prof. Christian Lieutenant – Presidente di H.O.P.E.

ore 18.00 Comunicazioni di Associazioni che hanno organizzato convegni sulla "scuola in ospedale":  
(CIDI - ANPO - Associazione Capelli)

ore 19.00 Conclusione dei lavori del primo giorno

## 2° Giorno – venerdì 2 marzo

Introduce e presiede i lavori della giornata il prof. Nello Scarabottolo – Direttore del Dipartimento di Tecnologie dell'Informazione, Polo di Crema dell'Università di Milano,

### *Sedi dei lavori:*

**Hotel delle Terme, viale delle Terme, 1113** per presentazione esperienze straniere e testimonianze

**Istituto Alberghiero, viale delle Terme 1054** per effettuazione lavori di gruppo

- Ore 9.00     **Presentazione delle esperienze europee di scuola in ospedale**  
Coordinatore Dott.ssa Paola Rubbi - TG 3  
Rappresentanti di Belgio, Francia, Germania, Gran Bretagna, Portogallo, Slovenia, Spagna e Svezia.
- Ore 10.30    **Testimonianze:**  
- *Associazione per lo studio e la cura dei tumori delle ossa e dei tessuti molli* - Dott. Marco Manfrini, IOR, Bologna  
- *Associazione genitori* – Dott.ssa Rosa Musto, Roma  
- *Studente delle scuole secondarie superiori*, - Davide Cappellazzo, IOR, Bologna
- Ore 11.00    Coffee break
- Ore 11.30    **Dibattito:** un gruppo di esperti risponderà in diretta ai quesiti pervenuti attraverso il forum ed in *webconference*.
- Ore 13.15    Pausa pranzo
- Ore 14.30    **Lavori di gruppo**  
1. Modelli organizzativi  
2. Attività didattica e nuove tecnologie  
3. Reclutamento e formazione  
4. Progetti europei e scambi culturali  
5. Relazioni interistituzionali
- Ore 17.00    Tea break
- Ore 17.30    Ripresa dei lavori di gruppo e stesura delle relazioni
- Ore 19.30    conclusione dei lavori del secondo giorno

## 3° giorno - sabato 3 marzo 2001

Presiede i lavori il dott. Antonio De Gasperis - Direzione Generale per le Relazioni Internazionali MPI

### *Sede dei lavori: Hotel delle Terme, viale delle Terme, 1113*

- ore 9.00     Comunicazioni:  
- *L'esperienza dei maestri di strada*  
Dott. Cesare Moreno – maestro di strada, Napoli  
- *La scuola nelle comunità terapeutiche*  
Prof.ssa Giulia Gigliozzi, CeIS, Roma  
- *La scuola fuori dalla scuola*  
Dott. Dario Missaglia, Giudice Onorario Tribunale dei Minori, Roma
- ore 9.30     Sintesi dei lavori di gruppo
- ore 11,15    **Integrazione tra scuola e territorio**  
Prof. Andrea Canevaro, Direttore Dipartimento Scienze dell'Educazione, Università di Bologna
- ore 11.45    **Conclusioni:**  
Sen. Silvia Barbieri – Sottosegretario di Stato alla Pubblica Istruzione
- ore 12.30    Termine dei lavori

**Direttore del seminario**

Dott.ssa Giuliana Rosetti Cimatti

**Coordinamento scientifico ed organizzativo**

Dott. Antonio De Gasperis

Prof.ssa Lucia Fattori

Prof. Stefano Gorla

Prof.ssa Stefania Prece

Prof. Giuseppe Pedrielli

**Motivazione**

Monitoraggio delle esperienze in atto in Italia ed in Europa ed individuazione di modelli organizzativi alla luce del nuovo sistema scolastico.

**Obiettivi**

Confrontare le esperienze in atto, italiane ed europee

Sviluppare l'interazione tra gli ambiti scolastico, sanitario e territoriale

Individuare e costituire una rete sul territorio nazionale ed europeo

Favorire una capacità progettuale per orientare il sistema scolastico verso valenze di alto valore sociale con interscambi di esperienze con gli altri Paesi europei

Individuare modelli organizzativi funzionali alla qualità della scuola in ospedale

**Tematiche**

- 1.Modelli organizzativi
- 2.Attività didattica e nuove tecnologie
- 3.Reclutamento e formazione
- 4.Progetti europei e scambi culturali
- 5.Relazioni interistituzionali

**Metodologia del seminario**

Relazioni

Lavori di gruppo

Elaborazione di progetti

Al fine di favorire la massima partecipazione degli operatori coinvolti, i lavori della prima giornata, la Tavola Rotonda della seconda giornata e i lavori della terza giornata verranno trasmessi on line in videoconferenza via Internet (streaming) attraverso un server dell'Università di Crema. La webconference limitata ai Centri di ascolto organizzati dal MPI, sarà interattiva per consentire ai partecipanti di porre domande alle quali verrà data risposta durante la seconda giornata di lavoro. Dal 5 febbraio verrà messo in rete un Forum telematico, propedeutico allo svolgimento del seminario, sulle tematiche su cui lavoreranno i gruppi.

Dal 1° marzo verrà, inoltre, attivata una chat line alla quale potranno accedere gli studenti della scuola in ospedale. Verrà predisposto un documento di lancio e l'iniziativa sarà divulgata attraverso Intranet news.

## Prefazione

Il convegno di Castel San Pietro Terme, promosso e finanziato dal Ministero della Pubblica Istruzione nell'ambito delle iniziative previste dal protocollo d'intesa firmato il 27/09/2000 dai Ministri della Pubblica Istruzione, della Sanità e per la Solidarietà Sociale e organizzato dall'Istituto Professionale Alberghiero "B. Scappi", ha raggiunto sicuramente gli obiettivi che si era posto.

Esso può essere considerato il punto di arrivo di un percorso iniziato alla metà degli anni 90 per dare visibilità alle scuole in ospedale, che già da anni operavano in modo quasi clandestino, affidate alla volontà e all'entusiasmo di pochi docenti di eccezionale disponibilità: attraverso un minuzioso lavoro di ricerca è stato possibile individuare le diverse scuole attive nelle strutture ospedaliere, portare alla luce le esperienze effettuate in tutto il territorio nazionale e realizzare una prima forma attendibile di censimento delle risorse impiegate, delle attività espletate, dei rapporti esistenti con le altre istituzioni territoriali...

Nella sua organizzazione è stato compiuto un importante salto di qualità: grazie alla cooperazione del Dipartimento di Tecnologie dell'Informazione del Polo di Crema dell'Università di Milano, che ha messo a disposizione docenti, tecnici e attrezzature per l'interazione a distanza, è stato consentito a circa mille persone di partecipare all'evento mediante il collegamento in tempo reale con i 28 centri d'ascolto istituiti o autoorganizzati nelle diverse regioni italiane. Attraverso il *forum* e la *chat line* tante persone interessate, anche giovani studenti, hanno potuto interagire, porre quesiti, dialogare con chi stava prendendo parte ai lavori in sala. Qui, 124 operatori scolastici hanno avuto modo, ciascuno portando le proprie esperienze, di confrontarsi tra loro, con i colleghi stranieri provenienti da otto Paesi europei, con operatori sanitari e con rappresentanti degli enti locali su cinque grandi tematiche, essenziali nel contesto organizzativo e didattico della scuola in ospedale. Il contributo degli esponenti delle scuole estere è stato rilevante non solo in termini di arricchimento culturale e di stimolo, ma soprattutto perché le prospettive dell'istruzione e della formazione possono essere pensate solo in una dimensione europea.

La pubblicazione della circolare ministeriale n.43, avvenuta pochi giorni prima l'inizio del convegno, è stata accolta con grande favore perché dà seguito, in ambito scolastico, agli impegni assunti nel protocollo interministeriale citato. E' auspicabile che si proceda ancora nella direzione stabilita e che anche le altre istituzioni interessate, le aziende sanitarie e le autonomie locali, assolvano gli impegni fissati.

I lavori seminari hanno permesso di cogliere nelle metodologie usate in ospedale, nei percorsi formativi sperimentati, nell'attività didattica, che si coniuga sempre con la valorizzazione delle esperienze, anche di dolore e di sofferenza, del bambino o del ragazzo malato, aspetti innovativi che, io credo, debbano caratterizzare la nuova scuola, la scuola dell'autonomia, che desidera porre al centro del suo intervento il soggetto che apprende. Per questo motivo ritengo che il convegno di Castel San Pietro Terme possa essere, parimenti, un punto di partenza per fare emergere compiutamente e valorizzare le esperienze di *scuola fuori della scuola* o di *scuola altrove*.

Mi auguro che alle richieste, emerse con forza dal convegno, di dare continuità al lavoro svolto mediante l'attuazione di progetti di ricerca e di ulteriori momenti seminari siano date risposte positive, perché, com'è stato sottolineato da più relatori, garantire i diritti alla cura, al gioco e all'istruzione dei bambini e dei ragazzi malati, i più deboli e i più fragili, è sicuramente indice di civiltà e compito a cui le istituzioni non vorranno certo sottrarsi.

**Giuliana Rosetti Cimatti**

**1^ marzo 2001**

**APERTURA DEI LAVORI E SALUTI DELLE AUTORITA' LOCALI**



## **Giuliana Rosetti Cimatti**

### ***Dirigente scolastico dell'I.P.S.S.A.R. di Castel San Pietro Terme***

Buona sera a tutti.

Sono veramente emozionata nel vedere tante persone presenti, a cui porgo il saluto; così come saluto gli amici “lontani” che in questo momento stanno seguendo il convegno da 16 punti di ascolto dislocati in varie città italiane in rappresentanza di altrettante regioni. Ciò è stato reso possibile con l'aiuto fornito dal Polo informatico di Crema dell'Università agli Studi di Milano: un esperimento innovativo ed importante realizzato in tempi brevi.

Ringrazio di essere qui numerosi gli operatori scolastici e sanitari, i rappresentanti dell'associazionismo e le autorità intervenute, nonché gli illustri relatori che hanno voluto dedicarci il loro tempo nei tre giorni del convegno.

La “scuola in ospedale” è un tema molto importante ed è un chiaro esempio di scuola non autoreferenziale, vista la partecipazione necessaria di più soggetti. Il nostro Istituto ha iniziato quattro anni fa un'esperienza di insegnamento agli studenti frequentanti le scuole secondarie superiori lungodegenti presso il Reparto di Chemioterapia degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna e un mese fa abbiamo firmato una convenzione con un altro importante ospedale bolognese, il Policlinico S.Orsola-Malpighi, per attivare qui un servizio scolastico presso la Clinica pediatrica “Gozzadini”. Nel frattempo abbiamo compiuto anche un'importante esperienza presso il Centro di riabilitazione di Montecatone per i traumatizzati gravi.

Anche a Roma sono state avviate importanti esperienze di insegnamento agli studenti delle scuole secondarie superiori ricoverati nei principali ospedali della capitale.

Il convegno offre la possibilità di confrontarci, scambiarsi informazioni, migliorare i servizi. Lo stesso vale anche per le esperienze, più consolidate, compiute dalla scuola di base.

Ho letto, qualche giorno fa, sulle pagine di un autorevole quotidiano la triste notizia dello studente che ha ucciso la sua ragazza; il giornalista che ha raccontato il fatto ha usato parole molto pesanti nei confronti della scuola. Gli ho inviato una risposta, che credo non verrà mai pubblicata: vorrei che venisse nelle nostre scuole, nelle sezioni scolastiche ospedaliere per vedere come al centro dell'azione didattica ci sia sempre il ragazzo con i suoi bisogni, la sua personalità, il suo vissuto e le sue esperienze.

Nelle scorse settimane abbiamo messo in internet una scheda per ottenere informazioni relative alle scuole invitate al convegno: finora sono state 62 le scuole che l'hanno compilata, circa l'80% delle scuole a cui era indirizzata, e i dati raccolti rappresentano un'importante prima forma di censimento sui servizi scolastici presenti nelle strutture ospedaliere in tutto il nostro Paese. Tutte le informazioni pervenute, via internet o via fax, saranno opportunamente elaborate e pubblicate negli atti conclusivi; al momento ritengo utile sottolineare alcuni aspetti che emergono da una prima lettura:

- solo 43 scuole hanno attivato una convenzione con l'azienda ospedaliera presso cui operano, benché già la C.M. n. 353 del 1998 prevedesse l'attuazione di accordi interistituzionali, ribaditi poi nel protocollo d'intesa del 27 settembre 2000 fra il Ministero della Pubblica Istruzione, il Ministro per la Solidarietà Sociale e il Ministro della Sanità;
- unicamente in 32 strutture ospedaliere troviamo spazi adeguati per lo svolgimento dell'attività di insegnamento, le così dette aule didattiche;
- i corsi di formazione del personale docente - che sono molto importanti, perché per insegnare convenientemente in ospedale occorrono, oltre alle competenze professionali,

anche conoscenze di tipo psico-pedagogico e capacità di superare alcune situazioni emotivamente pesanti; doti che non tutti i docenti possiedono – sono stati attuati in meno della metà delle scuole che hanno risposto;

- emblematico ed importante è invece l’inserimento nel POF di quasi tutte le scuole che hanno risposto del servizio scolastico in ospedale, così come è significativo che un terzo dei coordinatori/responsabili delle sezioni ospedaliere siano docenti con funzioni obiettivo;
- quasi nel 90% dei casi si afferma che il raccordo tra la sezione ospedaliera e la scuola di appartenenza dell’alunno degente è attivato in modo positivo e la comunicazione dei docenti delle due scuole risulta frequente nell’oltre la metà dei casi;
- decisamente soddisfacente è, infine, la risposta fornita in relazione alle attrezzature messe a disposizione della scuola in ospedale.

In conclusione vorrei ringraziare coloro che hanno permesso la realizzazione di questo convegno: il Ministero della Pubblica Istruzione, in particolare nella persona della senatrice Silvia Barbieri, oggi purtroppo assente perché impegnata in una delicata seduta parlamentare, ma che sarà presente per la conclusione dei lavori, unitamente al dott. De Gasperis che è con noi in rappresentanza della Direzione Generale per le Relazioni Internazionali.

Un particolare saluto va ai nostri amici che sono venuti da tutta Europa: io vi ringrazio moltissimo perché credo che questa esperienza potrà arricchire tutti e favorire la formazione di una rete internazionale di scambi di informazioni ed idee che sarebbe, credo, un grossissimo risultato.

Presento, infine, le autorità sedute a questo tavolo: il direttore scolastico della nostra Regione, dott. Emanuele Barbieri, che coordinerà i lavori di questo pomeriggio; il dott. Fabio Iodice, referente nazionale per il MPI della scuola in ospedale e neo direttore scolastico della Regione Marche; la dott.ssa Mariangela Bastico, assessore alla scuola e alla formazione della Regione Emilia Romagna; il sindaco di Castel San Pietro Terme, Graziano Prantoni, molto vicino e molto attento alle attività della nostra scuola, e l’ispettrice Annamaria Benini, che rappresenta anche il Provveditore agli studi di Bologna, Paolo Marcheselli, che si scusa per non poter essere con noi oggi.

Buon lavoro a tutti.

**Graziano Prantoni**  
***Sindaco di Castel San Pietro Terme***

Gentili ospiti, sono molto lieto di portare a tutti voi il benvenuto e l'augurio di buon lavoro a nome mio e dell'Amministrazione comunale di Castel San Pietro Terme.

Il convegno che oggi inizia è molto importante: leggendo la documentazione che il dirigente scolastico mi ha fatto pervenire ho scoperto esperienze straordinarie che è utile divulgare perché la gente probabilmente non sa che oggi la scuola italiana è in grado di mettere in campo elementi di flessibilità organizzativa e didattica per ristabilire un diritto fondamentale per le persone che si trovano in condizioni di salute tali da non poter normalmente proseguire il proprio percorso scolastico e formativo. Tali esperienze straordinarie si fanno là dove ci sono docenti e dirigenti scolastici che hanno voglia di scommettere sul futuro, di fare diventare l'autonomia scolastica un'opportunità che permette di crescere e di fare meglio il proprio lavoro, e io sono felice che di questo si discuta a Castel San Pietro, nella nostra città.

Castel San Pietro è una città antica che ha festeggiato l'anno scorso gli 800 anni dalla data della sua fondazione, fatta risalire al 16 novembre 1199 benché in precedenza vi fossero stati insediamenti prima etrusco e poi romano. E' una città tradizionalmente ospitale, attenta alle esigenze del turismo e della cultura. A Castel San Pietro si tengono numerosi convegni: la settimana scorsa ha avuto luogo qui, in questo salone, un convegno molto importante dedicato alla matematica. A tali convegni sono spesso presenti anche ospiti stranieri, come avviene pure oggi; quindi siamo preparati e siamo lieti che sia stata scelta Castel San Pietro come sede di questa importante iniziativa.

Di questo ringraziamo il Ministero della Pubblica Istruzione e il dirigente scolastico dell'Istituto alberghiero di Castel San Pietro, così attiva, così disponibile, così intraprendente da riuscire a fare coi suoi docenti cose straordinarie, capaci di dare efficaci risposte ai bisogni del territorio nella prospettiva dell'innovazione e della qualificazione dell'offerta scolastica e formativa. Quando le autonomie locali e la scuola, nella sua autonomia, lavorano insieme si riescono a superare molte difficoltà e a conseguire apprezzabili risultati.

Vi auguro di trascorrere a Castel San Pietro tre giorni piacevoli e interessanti e spero che alla fine di queste giornate di lavoro, che saranno sicuramente soleggiate, oltre ai risultati importanti possiate portare nel vostro cuore, ritornando a casa, l'affetto e la simpatia di questa città, dei suoi cittadini e anche del suo sindaco.

Buon lavoro a tutti.

## **Emanuele Barbieri**

### ***Direttore scolastico Regione Emilia-Romagna***

Come presidente di questa sessione di lavoro prendo la parola innanzitutto per ringraziare il sindaco per l'intervento efficace e per l'auspicio finale che io sono sicuro si realizzerà.

Visto che il mio compito è di dare la parola agli autorevoli relatori, inizio scusandone una: la senatrice Silvia Barbieri, che per impegni di carattere istituzionale non può partecipare ai lavori di questo pomeriggio, ma sarà presente nei prossimi giorni. Alla Camera dei Deputati è in discussione il disegno di legge relativo al precariato, che è di fondamentale importanza per consentire una conclusione tranquilla dell'anno scolastico e la senatrice è impegnata a rappresentare il governo in questo dibattito. Ci tiene comunque a farvi gli auguri di buon lavoro ed auspica che i risultati di questo convegno possano contribuire a migliorare e a rilanciare un'attività che qualche pioniere ha portato avanti con straordinario impegno. Ciò ha consentito anche la realizzazione di questo convegno che riveste un'importanza particolare non solo per il carattere internazionale, ma anche perché vede coinvolti tutti i soggetti istituzionali interessati, da quelli dell'Amministrazione scolastica - il Ministero, l'IRRE, il CEDE, la BDP - ai rappresentanti delle istituzioni sanitarie e degli enti locali, che hanno contribuito a realizzare un'attività estremamente delicata.

Io spero che questo convegno rappresenti una tappa di un percorso, un momento per rilanciare, anche alla luce del protocollo interministeriale d'intesa *Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati*, questa attività.

Nello schema di attuazione del riordino dei cicli, presentato qualche giorno fa dal ministro De Mauro, emerge con chiarezza la volontà di mettere al centro dell'intervento della scuola il soggetto che apprende. Ebbene questa è stata proprio la caratteristica delle scuole in ospedale, *della scuola fuori dalla scuola*: non c'era un programma dato a priori da somministrare ad un soggetto a cui eravamo indifferenti; c'erano obiettivi, un contesto e soggetti con caratteristiche particolari. Questa è proprio la scuola dell'autonomia, che deve tenere conto delle caratteristiche delle persone e del contesto e combinare contesti, soggetti e percorsi per raggiungere un determinato obiettivo.

Il fatto che queste indicazioni di una avanguardia siano diventate, col tempo, a costituire l'ossatura portante del nuovo sistema di istruzione ci deve fare riflettere su come le esperienze di frontiera, quelle di difficile attuazione, quelle a volte destinate a pochi, riservate agli ultimi, a quelli più in difficoltà, in effetti non rappresentino una velleità, ma siano invece un segno di civiltà. Invero l'attenzione ai soggetti in difficoltà è in qualche modo il "sale" della civiltà e della democrazia; è una risorsa per tutti dedicarsi a chi ha più bisogno, ai bambini in situazione di handicap, ai ragazzi in ospedale. Significa garantire il diritto alla salute e il diritto all'istruzione, ma anche "umanizzare" una situazione di sofferenza, e io credo che sia una grande missione della scuola.

L'idea della centralità della persona che apprende, che permea tutta la nuova riforma, rappresenta un punto di riferimento interessante del nostro impegno futuro ed è il motivo in più perché io auguri a voi tutti un buon lavoro e ripeta l'auspicio che la scuola tutta possa trarre vantaggio dall'esperienza che voi conducete con tanta professionalità, con tanta competenza, ma anche con un po' di quel volontariato e di quella missione che a volte sono necessari nel lavoro estremamente delicato dell'insegnante.

Con il personale della scuola anche gli operatori sanitari, che rappresentano l'altra faccia della medaglia, sono i veri protagonisti di questa attività, di cui mai la società sarà riconoscente quanto deve a chi la porta avanti.

Buon lavoro a tutti.

**Mariangela Bastico**

*Assessore alla scuola e alla formazione della regione Emilia Romagna*

Vorrei innanzi tutto ringraziare per l'invito che mi avete rivolto e che mi consente di partecipare a questa occasione di confronto molto importante per il rilievo internazionale e per i contenuti che verranno trattati in queste giornate di lavoro. Accanto ad alcune considerazioni di merito sulle quali mi soffermerò, dico subito che intendo assumere anche qualche impegno concreto.

Credo che la scelta di portare la scuola in ospedale, con un'offerta formativa a ragazzi che sono in condizioni di particolare debolezza e difficoltà, sia una scelta di civiltà, anzi ritengo che sia un elemento che misura il grado di civiltà e la cultura di un paese. Il protocollo interministeriale del 27 settembre 2000 e le esperienze fin qui realizzate rappresentano un importante investimento da cui attingere per consolidare ed ampliare queste attività.

Perché ho detto che il tema oggi al centro del vostro dibattito è un elemento per misurare il grado di civiltà?

Io ritengo che in questa esperienza si uniscano due principi fondamentali: il diritto allo studio, il diritto all'apprendimento del bambino o del ragazzo in qualsiasi condizione si trovi, ed il diritto a ricevere un ricovero umanizzato, rispettoso della vita e del "sentire" delle persone. Questo naturalmente vale per tutti, ma in particolare per i bambini e per i ragazzi sottoposti a lunghe degenze. Da entrambe le istanze, il diritto all'apprendimento e il diritto a una cura personalizzata, scaturisce una linea di lavoro che è propria dell'evoluzione di tutti i servizi, cioè la personalizzazione delle risposte.

Qui emblematicamente si evidenzia la tendenza alla trasformazione del sistema scolastico, del sistema sanitario, di assistenza e di cura delle persone; ciò a mio avviso rappresenta una sfida, e l'elemento di grande valenza innovativa dell'esperienza.

Faccio una considerazione forse banale, ma la voglio fare qui in presenza degli addetti ai lavori.

E' stato accertato, ed io ne sono convintissima, che una persona, soprattutto un bambino, ricoverata in un ospedale potrà vivere più serenamente la propria malattia e migliorare le proprie condizioni se la sua mente riuscirà a proiettarsi all'esterno di quella stanza dov'è relegata, di quelle mura dell'ospedale. Ed è proprio questa l'opportunità che viene offerta nelle esperienze che in questi giorni discuterete: non solo si presta attenzione al bambino o al ragazzo e gli si tiene il posto a scuola, ma con lui si costruisce un progetto che guarda al futuro, che si proietta fuori, che dà un appuntamento.

Molti di voi conosceranno Sergio Neri, mio concittadino e grande figura di educatore. Io vivo a Modena e sono stata sindaco della città, e quindi i legami con Sergio sono stati particolarmente intensi. Io credo che Sergio ci abbia insegnato molte cose. In una delle sue ultime interviste egli sottolineava quanto fosse importante per l'educatore dare un appuntamento per il giorno dopo ai ragazzi, proiettarli nel futuro. Pensiamo cosa significa questo per un ragazzo che vive una lunga esperienza di malattia dentro e fuori l'ospedale e facilmente comprenderemo il valore della scuola in ospedale.

Queste giornate rappresenteranno un'occasione importante di confronto e consolideranno la possibilità di mettere in rete le esperienze migliori, evidenziandone gli aspetti positivi e le difficoltà che le hanno caratterizzate.

In particolare voglio esprimere l'apprezzamento per l'esperienza effettuata nella Regione Emilia Romagna presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli ad opera dell'Istituto Alberghiero di Castel S. Pietro Terme. La valuto un'esperienza significativa da sostenere e, al riguardo, informo che la Regione ha emanato un bando che scadrà il prossimo 2 aprile, co-finanziato dal Fondo Sociale Europeo, nel quale è stata prevista la così denominata *Azione 6 – Studiare in ospedale. La risorsa*

*dell'integrazione*, mirata a progetti e ad esperienze che sostengono la scuola in ospedale, con cui ci proponiamo di realizzare un modello di istruzione integrato all'interno delle strutture ospedaliere, attraverso l'attuazione di moduli didattici ed il riconoscimento dei crediti formativi acquisiti durante il percorso. In questo modo non facciamo assistenza, ma formazione a tutti gli effetti; segnaliamo questa opportunità perché per noi è uno dei filoni su cui operare per l'integrazione scuola-territorio.

Come accennava il sindaco, il grande significato di queste esperienze non potrà che crescere nella scuola dell'autonomia, in un contesto innovato capace d'integrare al meglio i valori presenti nel nostro territorio attraverso la co-progettazione, la messa a disposizione di risorse comuni e di competenze. Io chiamo questo "la strada del fare insieme", percorso che ci ha già permesso di ottenere degli esiti importanti. Ho personalmente verificato la grandissima sensibilità dei nostri sindaci ai temi della scuola e credo che ciò rappresenti un patrimonio importante per il percorso che dovremo fare insieme, istituzioni e autonomie scolastiche, e che produrrà risultati di rilievo per le famiglie, il corpo insegnanti, gli operatori scolastici, le ragazze ed i ragazzi della nostra Regione.

Auguri per i vostri lavori.

**Piero Picci**

***Istituti Ortopedici Rizzoli***

Vi porto innanzitutto i saluti del Commissario straordinario degli Istituti Ortopedici Rizzoli, Prof. Achille Ardigò.

Lasciatemi dire che sono particolarmente orgoglioso di essere stato chiamato qui in rappresentanza del “Rizzoli” in quanto al “Rizzoli” è nata nel 1997 una delle primissime esperienze di scuola in ospedale rivolta agli studenti delle scuole secondarie superiori, per rispondere ad esigenze sia dei nostri pazienti, sia degli stessi operatori sanitari che si rendevano conto dei problemi che stavano affrontando i ragazzi ricoverati.

Non mi soffermerò sugli aspetti umani positivi che l’attività scolastica reca ai ragazzi sofferenti, mi preme tuttavia sottolineare l’importanza della fattiva collaborazione tra le due istituzioni, quella scolastica e quella sanitaria, per consentire ai giovani lungodegenti di superare quella ghettizzazione, quell’esclusione a cui erano condannati, senza l’attività di scuola che li collega alla “normalità”, ai loro coetanei, al mondo dei sani.

Il *progetto scuola – ospedale*, la positiva esperienza che abbiamo attuato, descritta nella bellissima pubblicazione del prof. Pedrielli - che ringrazio pubblicamente - è stata resa possibile anche grazie all’associazionismo, che ha svolto una funzione importante per far incontrare, convivere e collaborare tra loro due istituzioni così diverse in una situazione non loro, perché la scuola era abituata a lavorare nelle proprie strutture e l’ospedale non era preparato ad accogliere esperienze diverse da quella medica.

Il ruolo svolto inizialmente dall’associazionismo potrà in futuro, come abbiamo sentito nell’impegno assunto dall’assessore Bastico, essere svolto in parte dalle istituzioni locali, ed è ciò che auspichiamo.

Esprimendo il massimo apprezzamento per la realizzazione di questo convegno, vi auguro buon lavoro.

**1 marzo 2001**

**RELAZIONI**



## IL PUNTO DI VISTA DELLA SCUOLA

**Fabio Iodice**

*Referente nazionale del Ministero della Pubblica Istruzione per la scuola in ospedale*

Buona sera,

mi dicono i colleghi che siamo passati da sedici a ventotto punti di ascolto via Internet, quindi credo che possiamo immaginarci questa sala moltiplicata per ventotto; penso che non ci sia mai stata una tale *audience* su questo tema e ciò mi fa ritenere che l'esperienza della scuola in ospedale stia uscendo da un certo clima auto-referenziale, da addetti ai lavori.

Il mio intervento vuol rappresentare il punto di vista della scuola e non solamente quello del ministero perché mai come in questo caso i due punti di vista coincidono: ciò che abbiamo fatto insieme in questo ultimo anno di attività è stato espressione delle esigenze rappresentate dalle scuole di ogni ordine e grado che da anni o da poco tempo stanno svolgendo esperienze di scuola in ospedale su tutto il territorio nazionale e spero, in qualità di referente del ministero, di aver correttamente accolto le istanze che provenivano dalle vostre esperienze.

Spesso il sistema scolastico tende a sottovalutare, a marginalizzare le esperienze di qualità perché si è travolti dalla quantità: quasi un milione di docenti, milioni di alunni... E' chiaro che le esperienze che fortunatamente riguardano poche unità di personale e di utenti del servizio rischiano di essere marginalizzate, di non apparire non dico nell'opinione pubblica, ma neanche nel sistema; questa è stata la causa, probabilmente, che ha fatto iniziare - ancorché da anni - questa esperienza a livello quasi clandestino, fidando nell'occasionalità, nell'entusiasmo e nella volontà di poche persone.

Questa fase deve essere superata. Ciò che abbiamo fatto insieme alle scuole in quest'ultimo anno tende a questo obiettivo: deve essere sempre meno marginale, sempre meno auto-referenziale e sempre più inserita a pieno titolo nel sistema scolastico, pur con tutte le sue specificità.

Concordo col direttore Barbieri quando dice che l'esperienza pluriennale della scuola in ospedale è stata proprio il battistrada della scuola dell'autonomia. Se io dovessi raccontare a mia figlia che cos'è la scuola dell'autonomia, che cosa fa di diverso rispetto a quello che faceva un anno fa, sceglierei l'esperienza della scuola in ospedale per spiegarne bene le caratteristiche salienti: la flessibilità, la creatività, la totale vicinanza all'utente finale, cioè l'alunno, la verticalizzazione dei curricoli e la predisposizione degli interventi finalizzati al singolo. Questa è la scuola dell'autonomia.

Che cosa abbiamo fatto nell'ultimo anno? Perché abbiamo sentito il bisogno di un protocollo interministeriale d'intesa e di una sua applicazione concreta con una nota ministeriale?

In Italia, per quanto riguarda la scuola in ospedale, non si partiva da zero: c'erano già moltissime esperienze in atto che avevano soltanto il bisogno di essere conosciute meglio, raggruppate, razionalizzate e ufficializzate a livello nazionale con un *imprimatur* politico. Di questo dobbiamo dare un riconoscimento oltre ai tre ministri, De Mauro, Veronesi e Turco, che hanno firmato il protocollo anche alla senatrice Silvia Barbieri che si è adoperata molto per la sua emanazione, trovando la collaborazione fattiva, direi entusiastica, dei colleghi dei ministeri della Sanità e per gli Affari Sociali.

Con le esperienze già in atto a Bologna, a Genova, a Roma e in tanti altri luoghi, c'era il bisogno a livello nazionale di valorizzare ed enfatizzare le cose che avevano funzionato anche attraverso protocolli e rapporti tra enti e soggetti diversi, e cercare di avviare a soluzione o di modificare quelle che erano carenti. Perciò il protocollo interministeriale d'intesa *Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati*, firmato il 27 settembre 2000, in relazione alle scuole in ospedale non introduce

novità eccezionali rispetto alle convenzioni siglate a livello locale; tuttavia è bene ribadire che alcuni punti riconosciuti in un protocollo nazionale hanno una valenza diversa.

Ne cito, ad esempio, alcuni:

- 1) l'importante riconoscimento da parte del Ministro della Sanità che l'attività scolastica in ospedale rivolta all'alunno malato non è un elemento residuale, aggiuntivo, bensì è parte integrante della cura; un riconoscimento già avvenuto in alcune convenzioni locali, ma solo laddove vi sono le esperienze più avanzate e una maggiore sensibilità;
- 2) l'affermazione che i docenti della scuola in ospedale vengano aiutati nel loro agire anche attraverso la partecipazione a corsi di formazione gestiti dalla struttura sanitaria per comprendere problemi medici e aspetti psicologici dell'alunno malato con cui verranno a contatto;
- 3) il ribadire la necessità di un costruttivo rapporto tra scuole in ospedale e strutture ospedaliere perché molti docenti hanno lamentato un loro vagolare nel buio, la mancanza di un interlocutore certo per poter usufruire dei servizi che la struttura ospedaliera può garantire, non ultimo una copertura assicurativa, e dell'allestimento di locali idonei dove svolgere l'attività didattica - quando non sia necessario fare scuola ai piedi del letto - che ridiano all'alunno, al bambino, al ragazzo una sensazione di non cesura tra il suo mondo, anche emotivo, relazionale, amicale, che molto attraversa la scuola nell'età dell'infanzia dell'adolescenza, e l'aspetto curativo.

In altri termini, il protocollo era necessario perché tutti i soggetti istituzionali preposti a questi problemi facessero la loro parte, prendessero gli opportuni impegni; e credo che ciò sia avvenuto. Oltre al Ministero della Pubblica Istruzione, di cui dirò in seguito, sono stati impegnati anche gli enti locali e le regioni sia sotto l'aspetto del diritto allo studio sia in relazione alle leggi di tutela dell'infanzia e dei minori. Non ci si dimentichi che dal nostro punto di vista i minori sono i ragazzi fino a 18 anni.

Due sono sicuramente le novità del protocollo d'intesa che tutti i precedenti protocolli stilati a livello locale non potevano né prevedere all'epoca, né sono riusciti forse a governare in modo compiuto: l'istruzione domiciliare e l'allargamento del diritto allo studio in ospedale anche agli alunni delle scuole secondarie superiori, del *post* obbligo.

Storicamente in Italia le esperienze forti in ospedale erano quelle delle scuole materna ed elementare, con docenti già in organico di diritto da anni, e più recentemente della scuola media, i cui docenti da poco sono entrati a far parte dell'organico di diritto: queste scuole erano già, per così dire, uscite dalla clandestinità, dal semplice e mero volontariato, per essere riconosciute ufficialmente. Eravamo, invece, molto indietro rispetto alla scuola secondaria superiore, come se esperienze di ospedalizzazione anche lunghe dei ragazzi delle scuole superiori non fossero ipotizzabili. Come ministero siamo venuti a conoscenza delle esperienze attuate a Bologna e a Roma, da un paio d'anni con un sistema di scuole superiori collegate in rete funzionale tra di loro, e l'approvazione della legge sull'innalzamento dell'obbligo scolastico ci ha imposto di prendere in considerazione il problema.

Per quanto riguarda l'istruzione domiciliare abbiamo considerato – e meglio lo diranno i primari ospedalieri - che sta cambiando il tipo di approccio curativo verso il malato in genere: si tende a ridurre il tempo della degenza e si fa più spesso uso della cura in *day hospital*, cioè brevi periodi di ricovero intervallati con periodi più o meno lunghi di situazione protetta per il bambino o per il ragazzo malato, che però non gli consente in moltissimi casi una vita di relazione “normale”, compreso la frequentazione di una scuola, di un'aula affollata o di uno spostamento casa-scuola, sia per evitare pericoli infettivi sia per le condizioni particolari in cui si trova (ingessature o altro).

Tradizionalmente la scuola in ospedale funzionava finché il bambino, il ragazzo era degente, dopo di che, terminato il ricovero, il ragazzo non veniva più seguito e questo è un fatto intollerabile.

Immaginatevi la solitudine dell'alunno, del bambino malato, chiuso in casa per via della malattia, con scarsi contatti con l'esterno, deprivato di qualsiasi rapporto relazionale con i coetanei e di quel cordone relazionale che è rappresentato molte volte dalla scuola.

Questo problema l'abbiamo affrontato e risolto sia nel protocollo più volte citato sia nella circolare applicativa, la n.43 del 26 febbraio 2001: non possiamo pensare a un'istruzione domiciliare per qualsivoglia esigenza (l'influenza o la frattura che non consente al giovane per quindici giorni di camminare non implicano l'istruzione domiciliare), ma non dovrà più succedere che l'alunno, affetto per un periodo più o meno lungo da particolari malattie, sia privato dell'istruzione sia a scuola sia in ospedale.

Più complicata si presentava la soluzione per soddisfare le esigenze dei ragazzi più grandi, sia lungodegenti sia ricoverati in *day hospital*, considerato anche l'innalzamento dell'obbligo scolastico. La scuola secondaria superiore italiana è molto complessa, ci sono tantissime tipologie di scuole e centinaia di indirizzi e ovviamente l'utenza può essere la più variegata, la più diversificata, per cui era ed è impensabile provvedere con lo stesso sistema utilizzato per l'attuale scuola di base. Anche in questo caso l'esperienza delle scuole che hanno praticato i primi tentativi di attività didattica in ospedale per gli studenti lungodegenti iscritti alle superiori ci ha aiutato ad avviare a soluzione il problema.

In qualsiasi corso di scuola secondaria superiore, dai licei agli istituti tecnici e professionali, esistono alcune discipline comuni, quelle dell'area di base - lingua e lettere italiane, storia, matematica, lingue straniere, diritto ed economia, scienza della terra e biologia - e su quelle bisognava puntare per dare stabilità al corpo docente e consentire l'istituzione di un organico di diritto nella sezione ospedaliera. Per le varie materie d'indirizzo è impossibile prevedere docenti in organico perché i costi sarebbero altissimi e ci sarebbe anche una sotto-utilizzazione del personale. Per queste discipline si può sopperire, come è stato fatto sino adesso a livello sperimentale, con la flessibilità e la disponibilità dei docenti a svolgere ore aggiuntive d'insegnamento finalizzate alle esigenze scolastiche dei singoli alunni degenti. Nell'eventualità che una parte del curriculum di un alunno non possa essere svolta, il debito formativo potrebbe essere recuperato quando il ragazzo tornerà alla scuola di appartenenza. Tuttavia nell'esperienza di qualche anno fatta dalle scuole superiori a Roma e al "Rizzoli" di Bologna questo è accaduto di rado.

Sia nel protocollo sia soprattutto nella circolare viene ribadito in maniera inequivocabile la totale pariteticità delle scuole, quella ospedaliera e quella di appartenenza dell'alunno, che nella grande maggioranza dei casi è una scuola molto lontana dal posto di ricovero. Per superare anche atteggiamenti burocratici, freddi, insensibili di scuole di provenienza di ragazzi malati, di cui sono stato testimone, è stato chiarito che dove ci sia una prevalenza dell'attività scolastica svolta in ospedale, o d'istruzione domiciliare, sarà la scuola ospedaliera a esprimere i giudizi e le valutazioni, che saranno recepiti dalla scuola di appartenenza dell'alunno malato.

In relazione agli organici, per quest'anno probabilmente non sarà possibile, dati i tempi, inserire le sei materie o ambiti disciplinari comuni delle superiori in organico di diritto; tuttavia nella circolare si indica che cosa debbano fare direttori scolastici regionali, provveditori, dirigenti scolastici per individuare le esigenze reali e permettere già dall'anno prossimo la costituzione di un organico di diritto per le sezioni ospedaliere delle scuole secondarie superiori. Come si fece per le scuole medie si deve prevedere una precedenza assoluta nel trasferimento sui posti nelle sezioni ospedaliere dei docenti delle superiori che già da anni operano nelle scuole in ospedale. Perché al di là delle lauree conseguite o dei concorsi superati non si può pretendere che chiunque vada indifferentemente a insegnare in un reparto oncologico; ci deve essere la volontà di fare questa esperienza. Non credo che succederà mai che per avere una sede vicino casa si inneschino dei meccanismi che finirebbero

per essere autopunitivi, perché non è sempre facilissimo avere a che fare con la malattia e col dolore degli altri.

Concludo soffermandomi su altri due protocolli di intesa che sono collegati al tema.

Il primo a cui faccio riferimento è quello recentissimo tra i Ministeri della Pubblica Istruzione, per i Beni e le Attività Culturali e della Sanità, siglato il 23 febbraio 2001, volto a favorire la partecipazione, protetta, degli alunni ricoverati in ospedale o in *day hospital* alle attività culturali, quali visite a musei, partecipazione a spettacoli teatrali, ecc.

L'altro invece è quello firmato dai ministri dell'Istruzione Pubblica, Tullio De Mauro, e per gli Affari Sociali, Livia Turco, relativamente a *La scuola in strada e nelle zone a rischio*. Esso riguarda tutti gli alunni che sono in situazione di deprivazione sociale e culturale, quelli che sono definiti, con un'espressione un po' abusata, un po' brutta, un po' ghetizzante, "a rischio". Tra questi ci sono anche gli alunni stranieri, che potenzialmente sono soggetti che possono avere delle difficoltà di inserimento, ambientali, e quindi è giusto mettere in atto delle procedure protettive che ne facilitino l'inserimento. Per fare questo però ci vogliono le risorse professionali ed economiche e il protocollo di intesa menzionato impegna i ministeri firmatari a sostenere tutte le attività poste in essere dal sistema scolastico nelle zone a rischio di dispersione scolastica e devianza minorile, nei luoghi di forte presenza di minori stranieri e nelle esperienze di "scuola itinerante o scuola in strada", con preciso riferimento ai finanziamenti della legge 285/97, ripartiti tra Regioni e grandi Comuni.

E' chiaro che la scuola che opera in una zona a rischio oppure in ospedale non ha certamente la precedenza assoluta relativamente all'attribuzione dei fondi, però ha la possibilità di sedere ufficialmente a pieno titolo al tavolo dove si analizzano i programmi e i progetti e si suddividono le risorse. Si tenga presente che questi protocolli hanno valore su tutto il territorio nazionale, non solo in realtà molto avanzate, come questa che ci ospita; altrove non esiste ancora la stessa sensibilità e talora se il soggetto portatore dell'esigenza non è forte, non è credibile anche sul piano progettuale, difficilmente accede alla suddivisione delle risorse finanziarie.

## IL PUNTO DI VISTA DELL'OSPEDALE

**Guido Paolucci**

*Direttore del Dipartimento di Scienze Pediatriche, Mediche e Chirurgiche del Policlinico S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna*

Ritengo opportuno iniziare partendo dal quadro normativo vigente:

- Carta Europea dei Diritti dei Bambini in Ospedale, Risoluzione del Parlamento europeo, 13 maggio 1986;
- Legge n.9 del 20 gennaio 1999, che eleva l'obbligo d'istruzione da otto a nove anni;
- Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n.353 del 7 agosto 1998, avente per oggetto "Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere";
- Protocollo d'intesa interministeriale del 27 settembre 2000;
- Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n.43 del 26 febbraio 2001;

e vorrei sottolineare come l'ultima C.M. citi come esperienza scolastica all'avanguardia quella attuata proprio dall'Istituto Alberghiero di Castel S. Pietro Terme.

E' stato detto che l'attività scolastica in ospedale è uno strumento anche di cura e su questo vorrei tornare quando illustrerò l'esperienza della clinica che dirigo.

La scuola in ospedale è importante perché risponde ad un diritto sancito dalla Costituzione, perché umanizzare il ricovero è un dovere stabilito in tutti i piani sanitari nazionali e regionali e perché sicuramente l'integrazione delle risorse sanitarie con quelle formative migliora anche il risultato finale, l'*outcome*, il destino del bambino malato.

Il protocollo d'intesa interministeriale, già ampiamente illustrato dal dott. Iodice, firmato nel settembre dell'anno scorso, tutela il diritto dei minori ad avere quelle che sono le condizioni essenziali per la propria guarigione. L'attività didattica, svolta anche durante i periodi in cui il fanciullo è ricoverato o in reparto o in *day hospital* o a domicilio, contribuisce al mantenimento o al recupero dell'equilibrio psicofisico.

Nel protocollo sono esplicitati i diritti fondamentali che hanno o che dovrebbero avere i cittadini che sono ricoverati nelle strutture sanitarie: alla salute, all'istruzione, al gioco, alle relazioni e all'intimità. Su quest'ultimo aspetto riporto un caso che mi è capitato: un giorno un bambino, assillato dall'attività didattica imposta, quando entrò nella stanza uno dei miei collaboratori disse: "oh! finalmente un medico, così mi riposo un po'."

Su questo gli insegnanti dovrebbero fare una riflessione: costruire un percorso per proiettare il bambino malato fuori dalle mura dell'ospedale vuole dire trovare il tempo e la volontà di operare insieme con tutte le altre persone che gli ruotano intorno, di costituire un gruppo multidisciplinare in cui le competenze mediche, pedagogiche, dei genitori e a volte dei nonni, dello psicologo e dell'infermiere professionale interagiscano per soddisfare i bisogni del bambino malato. Io la chiamo *alleanza terapeutica* perché è lì, in quel gruppo multidisciplinare, che si costruisce quello che noi dobbiamo dare a quel bambino, a quella famiglia, perché tutta la famiglia, quando il bambino viene ricoverato per una malattia complessa, oncologica, come pure per l'anorexia o la bulimia, dove l'integrazione fra psiche e soma è molto stretta, è protagonista al pari del minore malato.

Il gruppo multidisciplinare deve perciò lavorare insieme collaborando e condividendo le problematiche, conoscendo il retroscena generale del ricovero e costruendo una relazione amicale col malato. Gli oncologi pediatri hanno scoperto da oltre trent'anni che la malattia tumorale si combatte insieme alla famiglia, e anche gli insegnanti sono alleati in questa *total therapy*.

Nei reparti di oncologia è molto importante la figura del medico trapiantologo, che svolge un ruolo analogo a quello dell'anestesista per il soggetto in rianimazione; è cioè un medico "di frontiera", un medico che esplora, che indaga, che a volte fa soffrire e che quindi deve creare un particolare rapporto col malato perché l'adozione di pratiche dolorose siano il più possibile condivise dal minore, sia il bambino di 5 o 6 anni, che è in grado di capire se gli si spiegano le cose, sia a maggior ragione l'adolescente, che oppone spesso un rifiuto. Soprattutto in questi casi è fondamentale il ruolo dello psicologo perché sa trovare le parole e gli atteggiamenti giusti per superare certi ostacoli, e così via. Insomma il gruppo multidisciplinare considera tanti aspetti utili per costruire il percorso migliore da intraprendere e l'intervento sul ragazzo malato

- è il risultato delle riflessioni di un gruppo dalle diverse professionalità;
- è realizzato su misura per quel ragazzo;
- tiene conto del suo vissuto, della situazione presente e del percorso durante e dopo l'ospedalizzazione.

Per quanto riguarda l'attività scolastica, l'intervento sul ragazzo deve favorire la creatività, avere tempi definiti, lasciare spazi di libertà. Gli insegnanti devono lavorare per un progetto formativo condiviso, dando dei tempi – proiettarlo in un domani, in un dopodomani – e far comprendere all'alunno malato che ciò che gli viene offerto ha un valore temporaneo, è un ponte tra l'ospedale e la scuola di appartenenza. Questa deve essere sollecitata alla collaborazione durante l'ospedalizzazione dell'alunno e a preparare il suo reinserimento.

Le nuove tecnologie – veri e propri amplificatori comunicativi, cognitivi ed informativi - sicuramente aiutano il ragazzo malato perché innanzitutto riducono l'isolamento: basti pensare alla posta elettronica, che consente il quotidiano contatto con l'amico a casa o con la scuola. Nella clinica che dirigo molti pazienti che provengono dall'Italia meridionale sono poco familiarizzati all'uso delle tecnologie e sono assai contenti di poter disporre di un computer in ospedale. Con questo strumento nelle stanze possono migliorare le loro capacità espressive, possono recuperare il senso dell'autostima ed è possibile anche facilitare l'approccio all'attività didattica sfruttando la curiosità per le tecnologie informatiche. I ragazzi sono in grado di apprendere molto velocemente.

Permangono tuttavia dei problemi che sicuramente la C.M. n.43/2001 aiuterà a risolvere col previsto coinvolgimento degli enti locali per quel che riguarda gli aspetti finanziari. Per lo svolgimento dell'attività scolastica in ospedale servono spazi idonei, tempi flessibili – orari per gli insegnanti da costruire sulla base di esigenze paritetiche con quelle della scuola territoriale di servizio – e ai docenti ospedalieri deve essere assicurata una formazione propedeutica permanente, considerata indispensabile già dagli oratori che mi hanno preceduto.

Nella convenzione firmata il 31 gennaio di quest'anno fra il Provveditorato agli Studi di Bologna e l'Azienda Sanitaria dove io lavoro, il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, per istituzionalizzare corsi di studio relativi alle scuole materna, elementare, media e secondaria superiore – con referente l'Istituto che organizza questo convegno – si è inteso chiarire in modo esplicito, nei primi tre articoli, quali sono i compiti rispettivamente del Provveditorato, delle istituzioni scolastiche e dell'Azienda sanitaria, mentre all'art.4 si individuano composizione e compiti del *comitato operativo misto*, che è lo strumento di dialogo tra struttura scolastica e struttura sanitaria. Questa convenzione, che tiene conto della normativa vigente, può rappresentare un valido modello per chi intende intraprendere un'esperienza simile alla nostra.

La presenza di un'attività scolastica presso la clinica pediatrica *Gozzadini*, che attualmente dirigo, risale al 1939, quand'erano diffuse malattie reumatiche e meningite tubercolare, patologie infettive che vennero poi debellate, e c'erano i mutilatini e i poliomielitici: per questi giovani malati il mio maestro, il professor Salvioli, istituì l'asilo, la scuola materna e la scuola elementare.

Venendo ai tempi recenti, la scuola materna nel nostro dipartimento, in oncoematologia pediatrica, funziona dal 1992 sia in reparto sia in *day hospital*. Dispone di un insegnante che presta servizio quattro ore al giorno per offrire attività ludiche e/o didattiche, costruire progetti personalizzati e partecipare al gruppo multidisciplinare.

La scuola elementare oggi dispone di sei insegnanti presenti nei reparti di neurologia e chirurgia, di oncoematologia e di medicina generale ed endocrinologia. Oltre a costruire i percorsi formativi per gli alunni degenti, essi sono tenuti a partecipare al gruppo multidisciplinare che si riunisce tutte le settimane o anche più spesso in caso di necessità. Negli ultimi quattro anni 380 ragazzi hanno frequentato la scuola elementare in ospedale, conseguendo le relative valutazioni quadrimestrali e/o annuali.

La scuola media inferiore è attiva dal 1997 nel reparto di oncoematologia e dal 1999 nei reparti di medicina generale, chirurgia e neurologia. In questi anni 21 ragazzi lungodegenti hanno frequentato la scuola, conseguendo le relative valutazioni, mentre altri 120 allievi sono stati seguiti durante le brevi degenze; per questi sono stati realizzati interventi *ad hoc*, facendo uso di una “didattica di frontiera” (moduli brevi, calibrati sull’esigenza del singolo alunno), proponendo attività multimediali, costruendo un giornale on line (progetto del quotidiano *La Repubblica*), operando con un’emittente radiofonica locale, *Radio Tau*, e favorendo le visite ai musei, che d’ora in poi saranno facilitate in virtù del protocollo d’intesa firmato dai ministri De Mauro e Melandri, già illustrato dal dott. Iodice.

Nel reparto di oncoematologia sono presenti sei insegnanti che dispongono delle indispensabili risorse informatiche e sul sito web della scuola c’è un link che comprende tutti i prodotti dell’attività svolta coi ragazzi. I risultati raggiunti sono stati molto soddisfacenti: 50 alunni hanno frequentato la scuola conseguendo le valutazioni quadrimestrali e/o annuali, 10 hanno superato gli esami di licenza.

Voglio dedicare due parole a quelle che sono le risorse informatiche a disposizione: all’interno della cosiddetta sala o aula regia, situata in un idoneo locale del *day hospital*, sono presenti tre postazioni fisse multimediali con la scheda di rete, uno scanner, una fotocopiatrice a colori, una macchina fotografica digitale, una cinepresa digitale e un mixer per un personal computer che, collegato a 15 televisori con relativi videoregistratori, consente di inviare filmati, messaggi, lezioni didattiche in tutte le stanze del reparto, del *day hospital* e dell’area trapianto. Vi sono, inoltre, quattro postazioni mobili complete con scheda di rete e sei personal computer portatili, che sono più facili da utilizzare nelle camere, unitamente a 12 televisori con videoregistratore che permettono utilizzi differenziati nella stessa camera: il bambino di cinque anni può vedere *Il re leone*, il ragazzo di quindici può guardarsi *Matrix*.

La sala regia quindi serve per la comunicazione interattiva: oltre a usufruire della rete internet vi è una rete unidirezionale che consente di inviare messaggi o trasmettere una lezione video-registrata anche quando il bambino è nella camera a bassa carica microbica, a basso flusso laminare, senza che l’insegnante entri.

La scuola secondaria superiore sarà attiva dai prossimi mesi, così come prevede la convenzione firmata a gennaio.

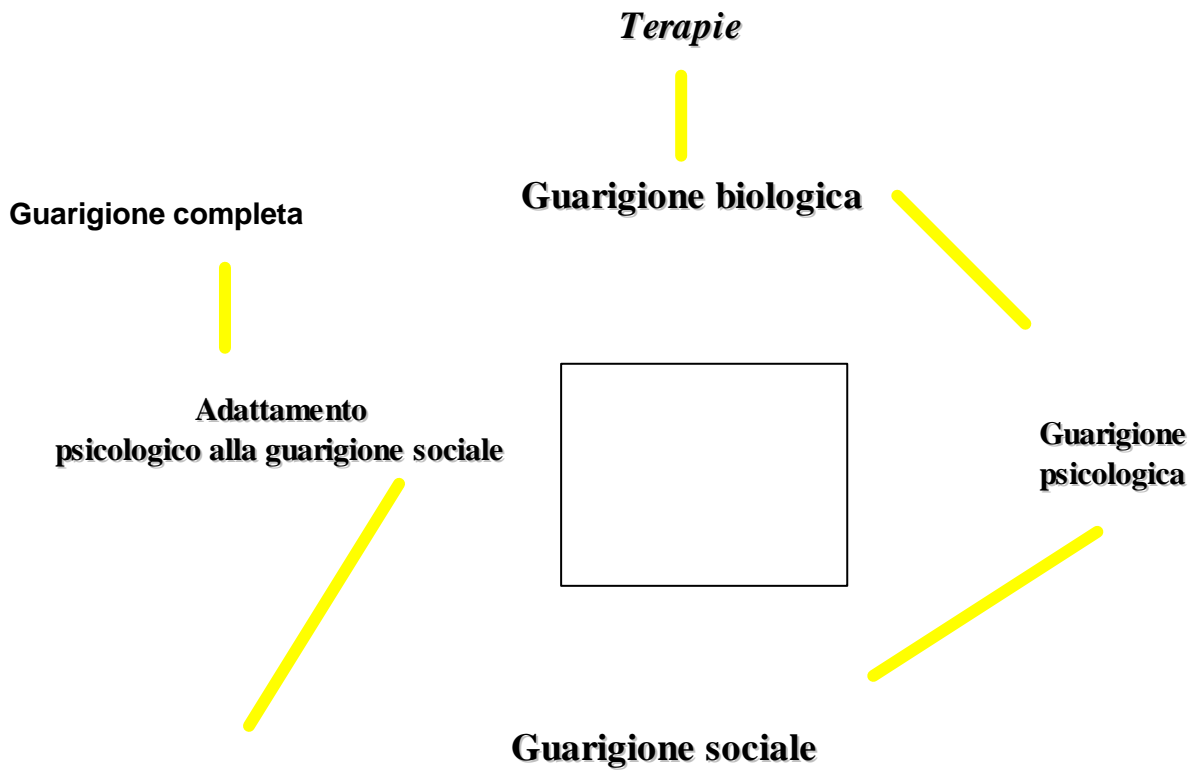
A proposito delle tecnologie informatiche, ritengo opportuno illustrare rapidamente il *progetto Colibrì*. E’ sponsorizzato dalla *Microsoft Italia*, con attrezzature informatiche fornite gratuitamente a cinque grandi realtà ospedaliere italiane – gli Istituti Ortopedici Rizzoli e il Dipartimento Pediatrico Gozzadini di Bologna, la Clinica Pediatrica De Marchi e l’Istituto Neurologico Besta di Milano e l’Ospedale S. Gerardo di Monza – e prevede un progetto di ricerca che abbiamo attivato col prof. Canevaro per far sì che anche attraverso lo sviluppo dei sistemi informatici negli ospedali sia possibile offrire ai bambini lungodegenti una migliore qualità della vita, consentendo la continuità didattico-educativa, la riduzione dell’isolamento mediante la comunicazione con l’esterno e forme di

intrattenimento ludico. E' al momento un progetto pilota che intende offrire un modello operativo da diffondere poi anche in altre strutture ospedaliere che desiderano attuare queste esperienze e che la Microsoft finanzierà, mettendo a disposizione le attrezzature informatiche di hardware e di software. In conclusione vorrei sintetizzare il processo di guarigione di una patologia più o meno seria che impone comunque lunghi ricoveri: esso vede coinvolti molti protagonisti e avviene attraverso varie tappe - la guarigione biologica, la guarigione psicologica, la guarigione sociale -, e questo percorso deve essere ben conosciuto dall'insegnante. E' un percorso di successi, ma anche di delusioni per via delle possibili ricadute; può essere un percorso che non lascia aspettative, tuttavia non è quello il momento di abbandonare, anzi è quello il momento di lavorare per distrarre i giovani malati, per farli giocare. In questo percorso l'insegnante e la scuola hanno oggi un ruolo fondamentale in quell'alleanza terapeutica di cui ho ampiamente detto.





## SEQUENZIALITA' DELLE TAPPE VERSO LA GUARIGIONE



# ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

## PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

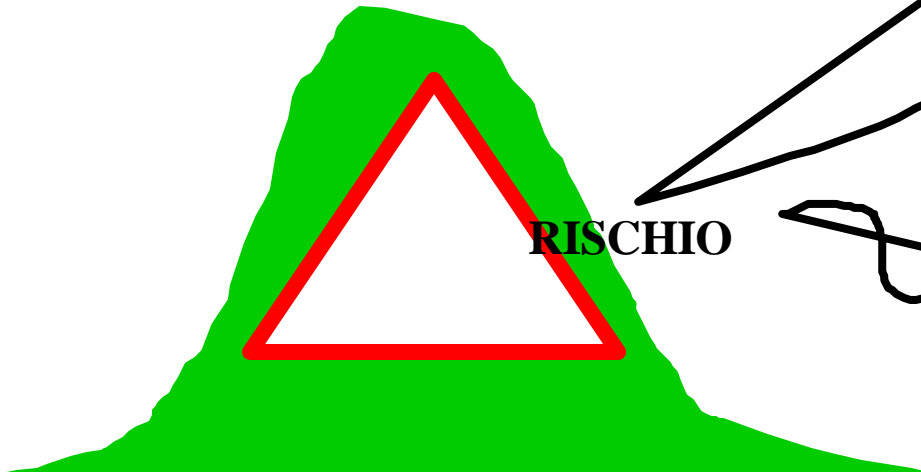
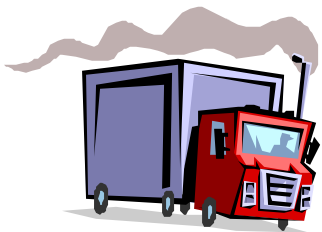


**STOP  
TERAPIA**

**FASE  
TERMINALE**

**GUARIGIONE**

**RISCHIO**



**Pediatra oncologo  
Infermiere  
Psicologo  
Radioterapista**

**Chirurgo pediatra  
Radiologo  
Anestesista  
Assistente sociale  
Insegnante**

**Scuola  
Servizi territoriali  
Pediatra di base  
Genitori, Parenti, Amici**



## IL PUNTO DI VISTA DEL TERRITORIO

**Aldo Bacchiocchi**

*Vicepresidente dell'Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia*

Quale rappresentante dell'Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia sono convinto che tutti i Comuni, grandi e piccoli, debbano accostarsi con grande umiltà alle esperienze illustrate dal dott. Iodice e dal prof. Paolucci per conoscerle e intervenire secondo le proprie possibilità e competenze. Esse rappresentano sicuramente interventi di grande valenza e il Comune, in quanto ente di governo di carattere generale, la cui prima missione è da un lato di conoscere la propria realtà e dall'altro di essere in grado di aiutare a fare rete tra le diverse attività esistenti, non può rimanere inerte. Di fronte alle cose che abbiamo sentito comprendiamo che c'è un campo inedito di lavoro e di impegno che assume una particolarissima rilevanza in quanto ci si rivolge a bambini e a bambine nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza. Siamo inoltre di fronte a problemi di multi-etnicità, che interessano profondamente il nostro futuro. Gli interventi relativi ai temi della salute e dell'istruzione degli adolescenti devono diventare prioritari nell'azione dei governi locali in quanto sono fondamentali per la vita di relazione del domani.

E' una coincidenza felice che questo convegno si tenga a Castel S. Pietro Terme, che è una cittadina che ha lanciato una sfida a se stessa e all'Italia perché è sede per conto dell'ANCI dell'esperienza delle *città amiche dell'infanzia e della adolescenza*, che è un tema ancora poco noto ma rilevante e che cerca di rileggere l'intera realtà istituzionale e sociale dal punto di vista dei diritti dei bambini delle bambine.

Io penso, come sicuramente anche il sindaco Prantoni, che il compito dell'ente locale sia di "mettersi al servizio" delle esperienze che migliorino la qualità della vita di relazione dell'infanzia e dell'adolescenza, consentendo ai bambini di crescere in ambienti favorevoli ed assicurando il rispetto dei diritti fondamentali, anche laddove vi siano le condizioni più difficili. Oggi non sempre siamo in grado di dare risposte adeguate al mondo dell'infanzia che ci interpella, ma l'impegno che i comuni italiani stanno cercando di sviluppare sul tema specifico delle "città amiche dell'infanzia dell'adolescenza", anche per costruire un rapporto nuovo tra lo Stato e le autonomie locali, è notevole.

Il sindaco, in quanto autorità sanitaria, deve affrontare anche le problematiche relative alla salute e lo sforzo è improbo perché la società degli adulti non ha abitualmente quella sensibilità che manifestano gli operatori sanitari, gli insegnanti e i dirigenti che hanno aperto queste frontiere di cui si discute in questo convegno. Tuttavia, benché l'opera sia difficile e molto complicata, ritengo che siamo di fronte a nuove sfide, molto ardue, ma a mio parere affascinanti.

Sempre qui, a Castel S. Pietro Terme, qualche tempo fa ha avuto luogo un convegno di tutti i consigli comunali dei bambini e delle bambine d'Italia, provenienti dalla Sardegna, dalle Puglie, dal Piemonte...e anche da S.Lazzaro di Savena, Comune di cui sono sindaco. Quei bambini hanno discusso di vari temi, da internet alle diverse problematiche giovanili; ebbene

io penso che noi dobbiamo riuscire a fare in modo che queste esperienze alimentino la cultura politica del nostro paese, che le istituzioni debbano fare ogni sforzo per porre al centro del loro lavoro i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza alla salute, all'istruzione, alla conoscenza della città, alla vita di relazione. Si vincerebbe così un'importante sfida.

Ieri il Parlamento italiano ha approvato una mini riforma costituzionale riguardante la definizione di un nuovo rapporto tra il centro e la periferia dello Stato. Io credo che i Comuni dovrebbero intrattenere

rapporti più stretti coi Ministeri della Pubblica Istruzione, della Sanità, per i Beni Culturali, ma anche col Ministero dei Lavori Pubblici per operare scelte che vadano nella prospettiva di considerare l'infanzia e l'adolescenza come soggetti di diritto, come protagonisti di una vita di relazione che oggi non esiste. Oggi c'è una drammatica solitudine, magari arricchita da tanti *optional*. Scegliere questa strada significherebbe anche offrire nuove opportunità professionali per gli insegnanti, per gli operatori sanitari, per le persone che si occupano di tutela e conservazione dei beni culturali...significherebbe ridefinire la missione delle politiche pubbliche e riconsiderare il *welfare state*.

In ogni caso le istituzioni comunali devono porre grande attenzione ai problemi dell'infanzia e dell'adolescenza. Nelle società opulente ci sono forme moderne di alienazione, di solitudine e di emarginazione che toccano direttamente i fanciulli e su questo noi dobbiamo avere antenne molto sensibili per evitare che prevalgano forme nuove di barbarie, che la società sia dominata da un mondo tecnologico privo però di umanità. Questo non è ammissibile ed allora ecco che l'A.N.C.I., l'Associazione dei Comuni d'Italia, vuole essere una "sponda" per le esperienze molto importanti e cariche di umanità, che tratterete in questi tre giorni, di cui c'è molto bisogno.

## LA DIMENSIONE EUROPEA

**Christian Lieutenant,**  
*Presidente della H.O.P.E., Hospital Organization of Pedagogues in Europe*

L'associazione H.O.P.E., è nata per iniziativa di pedagoghi ospedalieri. Nel 1988 il Professor P. Kornhauzer organizzò a Lubiana, in Slovenia, il primo incontro internazionale di insegnanti che lavoravano coi giovani malati. L'entusiasmo suscitato da questo convegno alimentò il desiderio di continuare gli scambi. Quattro anni dopo in Austria fu organizzato un altro congresso europeo, nel quale furono gettate le basi per la costituzione di un'associazione internazionale, il cui statuto fu pubblicato nel luglio 1994, che avrebbe organizzato e facilitato gli scambi.

Attualmente l'associazione conta più di 400 membri appartenenti a 28 Paesi.

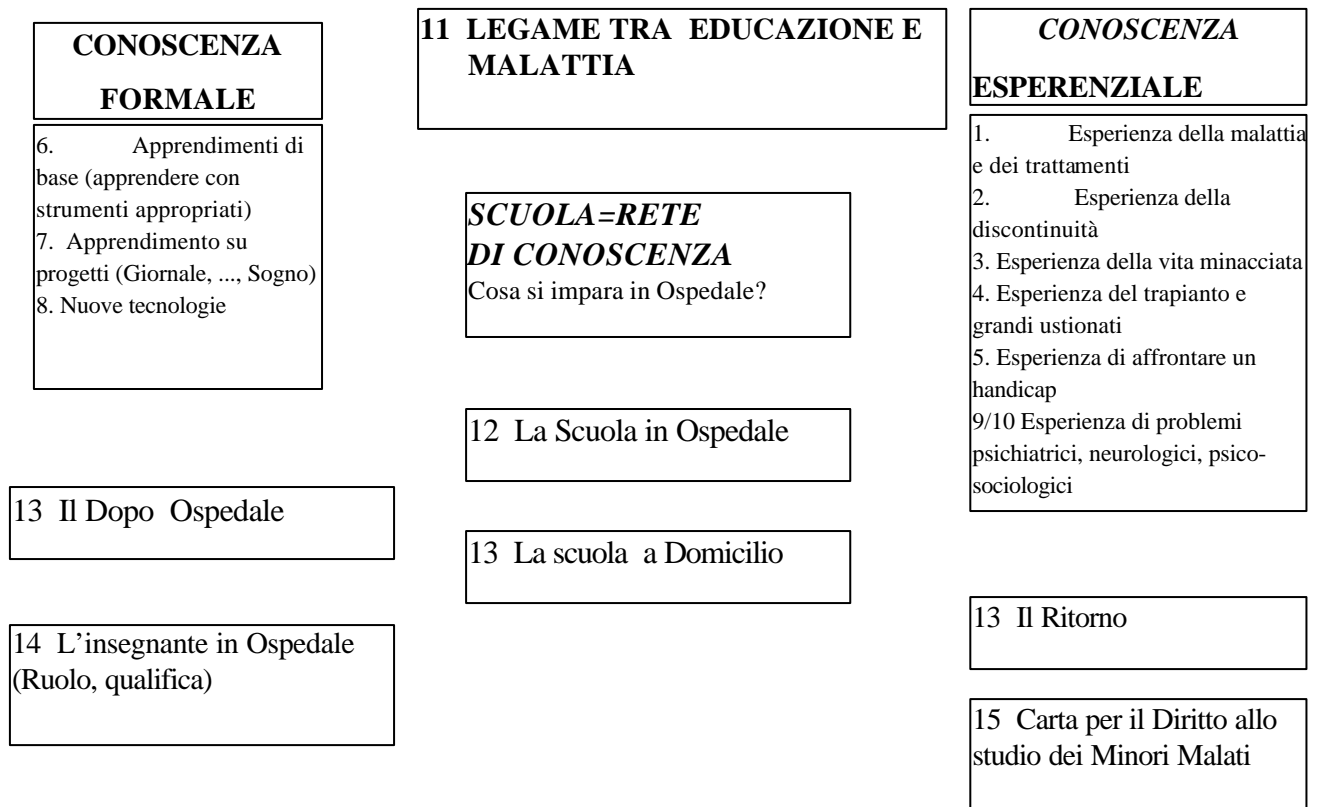
L'associazione è gestita da un Consiglio direttivo composto da 9 membri provenienti da Paesi diversi. Ciascun Paese designa un proprio rappresentante e questi costituiscono il Comitato, un compito del quale è di fare da tramite tra il Consiglio direttivo e i vari membri. Essi raccolgono le quote d'iscrizione, diffondono le informazioni, suggeriscono nuovi membri per la composizione del Consiglio, il cui ricambio è previsto ogni due anni durante un'assemblea generale.

Per consentire ai membri di essere informati sulle attività dell'associazione e sulle idee e i progetti che i singoli colleghi vogliono condividere viene inviata quattro volte l'anno una newsletter, mentre un sito web, <http://www.connect-to-hope.org>, è in costruzione supportato finanziariamente dalla Comunità europea nel quadro dei progetti Connect. Sarà realizzato in 5 lingue, tra cui l'italiano.

E' stata realizzata una rete di scambi che propone 15 questioni tematiche, come di seguito raffigurato

### RETE DI SCAMBI

#### Cosa si impara in ospedale?



Dalla sua creazione H.O.P.E. è stata sostenuta dalla Comunità europea e ciò ha reso possibile il progredire del lavoro realizzato negli ateliers e l'organizzazione di incontri, seminari e congressi.

Il prossimo grande incontro, le *Giornate europee*, avrà luogo a Roma nel 2002. Si invitano fin d'ora le persone interessate a prendere contatto con l'associazione A.N.P.O., che è la nostra partner nell'organizzazione di questa importante iniziativa. A differenza di un congresso, le *Giornate europee* riuniscono principalmente dei colleghi che lavorano in gruppo secondo le tematiche prescelte.

Gli obiettivi dell'associazione sono:

1. promuovere il diritto allo studio per i minori malati, in ospedale e/o a domicilio;
2. lavorare in collaborazione, analizzare e migliorare le metodologie pedagogiche più adatte ai minori malati;
3. vigilare sull'applicazione della *Carta europea sui diritti dei minori malati*;
4. stabilire una stretta collaborazione coi genitori e con le figure professionali che hanno in cura il minore malato;
5. migliorare la professionalità degli insegnanti in ospedale e favorire la comunicazione sui loro interessi e sulle loro necessità;
6. sviluppare la ricerca su tutti gli aspetti dell'insegnamento in ospedale e diffonderne i risultati.

Proprio in relazione a quest'ultimo obiettivo l'associazione ha effettuato un'indagine per cercare di delineare meglio la realtà delle scuole in ospedale. Abbiamo inviato 600 questionari, ottenendo più del 40% delle risposte: un risultato straordinario per un'indagine di questa entità. Gli italiani sono stati fra i primi e fra i più numerosi a rispondere...

La nostra collega Olga Lizasoàin di Pamplona e il suo dipartimento dell'Università di Navarra si sono occupati del primo spoglio; dico il primo perché i numerosissimi dati richiederanno un lavoro di anni. Comunque, dai primi risultati, è evidente che una delle maggiori difficoltà in tutte le scuole risulta poter adeguare il programma scolastico alle problematiche dei bambini.....perché sono malati, perché in alcuni paesi si è costretti a seguire il programma ministeriale ed è estremamente difficile farlo quando, talvolta, si vedono i bambini una sola ora al giorno. Come fare quindi? Sono queste le domande che vengono sollevate più spesso.

Per quanto riguarda l'autonomia delle scuole, i dati inviati devono essere interpretati. Che cosa significa una "scuola autonoma"?

Penso di aver capito come funziona in molti Paesi e come funzionerà in Italia. Si sa che le scuole in ospedale, anche se collegate ad un'altra scuola dal punto di vista amministrativo, per il loro funzionamento, in generale, godono di una certa autonomia. Questo significa che c'è una persona, il dirigente scolastico o il coordinatore, che ha il compito di gestire i rapporti coi bambini, che organizza il lavoro degli insegnanti (consentendo anche l'eventuale partecipazione a convegni, ecc.); al fine di garantire il servizio. Tuttavia non in tutti i Paesi succede così, ed è un problema perché quando si dipende da un'altra scuola, di norma molto più grande, e il dirigente non ha molto tempo per occuparsi dell'organizzazione e dell'attività svolta in ospedale, gli insegnanti si sentono spesso abbandonati, isolati.

Perciò, benché sia elevato il numero di scuole autonome, bisogna vedere ciò che significa. Non basta avere lo statuto da parte di un dirigente per poter godere di tutta l'autonomia, se si dipende da una scuola esterna.

Nel complesso, gli insegnanti sono abbastanza soddisfatti della collaborazione con le équipes ospedaliere (77%). È stato molto interessante per noi constatare che, nel complesso, gli insegnanti hanno l'impressione di essere rispettati e valorizzati nel proprio lavoro, anche se l'attività didattica è secondaria rispetto alle cure mediche.

Un'altra ricerca, condotta dal nostro collega di Amsterdam, riguarda la formazione specifica, continua o complementare degli insegnanti che operano in ospedale. Egli si è chiesto quali sono i veri bisogni degli insegnanti, le loro esigenze sul campo. Dall'indagine è emerso che l'elemento che contraddistingue maggiormente l'insegnante ospedaliero, e lo differenzia dai suoi colleghi che lavorano nelle scuole "normali", è la flessibilità. Sono inoltre necessarie la conoscenza di un minimo di termini medici e la padronanza delle diverse metodologie; imparare a leggere in un paese dove si conosce un solo metodo di lettura non pone problemi, ma in un paese dove ogni scuola ha il proprio programma, la propria metodologia e i propri libri di riferimento agli insegnanti in ospedale si richiedono grandi conoscenze. I dati raccolti sono utili in funzione della formazione continua.

Un'altra inchiesta, di cui parlerò domani, riguarda la formazione iniziale, complementare e continua degli insegnanti.

Un ultimo campo d'indagine (ma siamo solo agli inizi) riguarda i rapporti fra le scuole e le istituzioni. Noi difendiamo l'idea che la scuola in ospedale debba essere un servizio pubblico, ciò significa accessibile da tutti i bambini qualunque sia la loro religione, la loro razza e il luogo in cui vivono. In molti Paesi si beneficia dell'aiuto di associazioni, talvolta di associazioni di docenti volontari. Questo è indispensabile, ma non può durare: deve interessarsene il Ministero della Pubblica Istruzione in collaborazione col Ministero della Sanità. Desideriamo che ci siano corsi di formazione per gli insegnanti, vogliamo sapere a chi dobbiamo rendere conto del lavoro svolto, richiediamo mezzi economici per comprare libri e attrezzature necessarie. Dall'indagine svolta emerge che i rapporti con le istituzioni sono molto labili.

Contrariamente a quanto ho sentito oggi in relazione alla realtà italiana, nella maggior parte dei Paesi europei pochi Ministeri si sono interessati del lavoro degli insegnanti e di conseguenza non conoscono molto bene la situazione; si sente dire: "poveri bambini malati", "presumiamo che facciate bene il vostro lavoro". Ma non è sufficiente! Vogliamo essere dei professionisti e in quanto tali vogliamo essere valutati e considerati.

Non mi soffermo sui risultati dell'ultimo congresso che l'associazione ha tenuto a Barcellona, in quanto il testo integrale si trova nel documento che è stato distribuito (*e che viene allegato, n.d.c.*), mentre vorrei approfittare di un po' di tempo per affrontare argomenti della nostra comune pedagogia, della nostra filosofia comune.

Suppongo che, come me, abbiate già tutti avuto l'occasione di mettervi in contatto con la scuola d'origine dell'alunno ricoverato e di sentirvi rispondere: "Una scuola in ospedale? E siete dei veri professori?". Ecco, queste domande si sentono abbastanza spesso... perché *non è serio* "obbligare" dei bambini malati ad andare a scuola. Uno dei punti che ci unisce è che, fatta qualche eccezione, mai si è obbligato un bambino ad andare a scuola durante il ricovero in ospedale; se non vuole fare scuola, ci vuole del tempo per cercare di inserirlo nel progetto, bisogna incontrarlo, spiegargli quello che si offre, bisogna farlo decidere da solo. Ad un certo punto, soprattutto se si tratta di degenze lunghe, sappiamo che può essere soggetto a pregiudizi: oltre alla malattia, rischia di perdere un anno ed avere un handicap in più. Il lavoro dell'insegnante in ospedale consiste in questo; in francese si chiama la *pédagogie du détour*, la pedagogia della "deviazione". Non si deve obbligare, ma aiutare il ragazzo a prender parte all'attività didattica partendo dalla sua esperienza e integrando la sua problematica (la malattia, la sua vita in ospedale) nei contenuti che sviluppiamo, rimanendo però al nostro posto di insegnanti.

I ragazzi si fidano con molti insegnanti, sia riguardo ai genitori, sia riguardo ai medici. Credo che pochissimi fra noi prendano il posto dello psicologo, del genitore o del medico. La nostra funzione consiste nel riorientare il ragazzo, avvicinarlo alla persona giusta. Tutto ciò richiede una certa competenza.



Vorrei concludere con un esempio. Nell'*abstract* che vi è stato consegnato in cartella è contenuto un testo di un collega francese; per me rappresenta qualcosa di fondamentale. Vorrei leggervi un esempio che si riferisce a quel testo e che illustra, credo, la fortuna che abbiamo in ospedale di poter aiutare il giovane a dare un senso a ciò che apprende.

Molto spesso, nelle scuole dove ci sono 20, 25, 30 alunni in una classe, si fa fatica a personalizzare i percorsi, ricorrendo spesso all'apprendimento a memoria. Quando si vedono i ragazzi in situazioni particolari, ci si rende conto che questo non ha alcuna consistenza.

Per noi, utilizzare l'indicativo o utilizzare il congiuntivo ha un senso diverso: con l'indicativo si esprime qualcosa che esiste, con il congiuntivo si è nell'ordine del desiderio. E diventa un piacere, un vero piacere capire tutte le sfumature della lingua, in particolar modo di quella francese.

Vorrei leggervi un testo: riguarda il complemento oggetto.

Un insegnante vede un alunno fra un ricovero e l'altro. Quando l'alunno torna in ospedale l'insegnante gli chiede gli ultimi argomenti discussi a scuola.

- "Il complemento oggetto e il complemento di termine".

- "Hai capito bene?"

- "Il complemento oggetto sì; non molto il complemento di termine".

- "Mi vuoi spiegare ciò che hai capito del complemento oggetto".

- "Sì, è ciò che risponde alla domanda *che cosa*?"

Del resto, la maggior parte degli alunni fornisce questa risposta; altri, aggiungono talvolta *é posto dopo il verbo, non lo si può sopprimere, diventa il soggetto della forma passiva*, ma questo è già più raro. Quando il giovane dice *risponde alla domanda che cosa* egli ha già imparato un trucco per individuare il complemento oggetto, ma non sa cos'è un complemento oggetto.

Allora il professore fa un esempio molto semplice: *'Pierre mangia una mela. Chiederai quindi Pierre mangia che cosa?'*

- "Sì".

- "E' quello che ti hanno insegnato?"

- "Sì".

- "E la risposta è *una mela*. Ne concludi che *mela* è il complemento oggetto".

- "Sì".

- "Ora farò un altro esempio: *Sul tavolo è riposto un libro*. Fai la domanda".

- "Sul tavolo è riposto *che cosa*?"

- "E la risposta è *un libro*. Ne concludi che *libro* è complemento oggetto. Qual è il soggetto, cosa è riposto sul tavolo?"

- "Il libro".

- "Lo stesso nome può essere soggetto e complemento oggetto?"

- "No".

- "Bisogna quindi concludere che la domanda *che cosa* non è sempre pertinente, efficace".

Penso che questa spiegazione rappresenti una parte molto importante del nostro lavoro ed è una parte molto difficile perché non si può dire "quello che ti hanno insegnato nella tua scuola non va bene". Bisogna capire che ciò che il ragazzo dice non corrisponde all'insegnamento del docente e comunque non lo si può disorientare dicendogli "quello che ti hanno insegnato all'esterno non è giusto, io ti insegnerò correttamente", perché poi tornerà nella sua scuola territoriale.

Quindi c'è un lavoro delicatissimo da fare; si deve cercare di ridare al giovane il piacere di apprendere, di ridare soprattutto il senso dell'apprendimento ma rispettando il lavoro della scuola d'origine, dicendogli semplicemente: "qui siamo in condizioni particolari, lavoriamo individualmente, abbiamo altri mezzi rispetto alla scuola d'origine".





**1 marzo 2001**

**COMUNICAZIONI DELLE ASSOCIAZIONI CHE HANNO ORGANIZZATO  
CONVEGNI SULLA SCUOLA IN OSPEDALE**

**Giuseppina Fantone**

***Presidente dell’A.N.P.O., Associazione Nazionale Pedagoghi Ospedalieri, Roma***

Mi piace ricordare innanzitutto che la scuola in ospedale in Italia ha una lunga storia, iniziata nel 1925 con l’attività didattica di scuola elementare e media per i bambini ricoverati a Milano e proseguita nei decenni successivi con esperienze presso il *Forlanini* a Roma e alla clinica *Gozzadini* di Bologna, col prof. Salvioli che si era prodigato con l’allora provveditore agli Studi Greco perché venissero riconosciuti insegnanti ospedalieri “differenziati” che operassero con lo staff medico.

La nostra presenza qui oggi, come Associazione, è il riconoscimento di quanto è stato fatto in passato per rendere visibile una scuola che pur esistendo in Italia da molti anni era sconosciuta ai più, sensibilizzando le Istituzioni e l’opinione pubblica sulle varie problematiche della malattia e dall’ospedalizzazione in età pediatrica.

Già prima della nascita ufficiale dell’ANPO gli insegnanti ospedalieri sparsi in tutta la penisola, attraverso gli incontri annuali da noi organizzati in collaborazione con Provveditorato agli Studi di Roma, con l’IRRSAE, con l’Università Cattolica “A. Gemelli” e con il Comitato Italiano per l’UNICEF, hanno cominciato ad incontrarsi, a conoscersi, a scambiarsi dubbi e certezze, a cercare insieme soluzioni a problemi che ognuno credeva fossero solo propri e che invece scopriva, con sollievo, essere comuni a tutti.

Non ci siamo limitati a farli parlare per la prima volta tra loro, ma abbiamo costruito un percorso di formazione comune e di discussione continua sulle cose fatte che superava alla mancanza di preparazione e di aggiornamento di quel tempo.

Si è costituito allora, possiamo dirlo senza tema di smentite, un gruppo di insegnanti, psicologi, medici, assistenti sociali, genitori, volontari, ecc., legati non solo dall’interesse per l’educazione del bambino malato, ma anche da sentimenti di stima e di amicizia. Sull’onda di questo “collegamento” e per la necessità di ampliare il confronto, si sono stretti rapporti anche con l’estero, particolarmente con gli ospiti dell’Associazione HOPE qui presenti, che già dal 1993 partecipano ai nostri Convegni e con i quali organizzeremo, a Roma nel 2002, le *Giornate Europee di HOPE*.

Uno dei nostri obiettivi allora, forse il principale, era quello di sensibilizzare le Autorità competenti, sia della Pubblica Istruzione sia della Sanità, alla formulazione di una legge specifica sulla scuola in ospedale, che ne definisse l’organizzazione e provvedesse alla formazione, all’aggiornamento e ad una forma di reclutamento consoni agli insegnanti che sceglievano di prestare la loro opera all’interno dei presidi sanitari.

A seguito degli incontri a carattere nazionale organizzati da noi, molti altri ne sono seguiti a livello locale, fino ad arrivare a

- ❖ Seminario Nazionale Interdirezionale svoltosi a Fiuggi nel 1995 durante il quale si sono discusse, per la prima volta a livello ministeriale, le problematiche inerenti gli aspetti organizzativi, legislativi, metodologico-didattici e la formazione degli insegnanti;
- ❖ Costruzione di un gruppo di lavoro sulla scuola in ospedale presso la Direzione Generale dell’Istruzione Secondaria di Primo Grado, dai lavori del quale è derivata la C.M. 353 del 07.08.98;
- ❖ Seminari Nazionali Interdirezionali di Genova nel 1998 e nel 1999, indirizzati specialmente all’utilizzo delle nuove tecnologie anche in ospedale;
- ❖ Convegni organizzati dal CIDI nel 1999 e nel 2000, durante i quali si sono discussi soprattutto gli aspetti normativi.

A questo punto, poiché le Istituzioni sembravano essersi fatte carico di quelli che erano stati i nostri primi obiettivi, abbiamo pensato di rivolgere ad altro la nostra professionalità e di mettere a frutto le competenze acquisite in anni di lavoro “sul campo”.

Il nostro interesse si è rivolto quindi non solo allo “scolaro” malato e/o ospedalizzato, ma si è allargato alla considerazione di tutte le problematiche che riguardano la tutela dei diritti ed il miglioramento della qualità della vita dei minori in situazione di malattia, sia in ospedale che a domicilio.

Dalle esperienze acquisite, a livello nazionale ed internazionale, e da un nostro Convegno del 1998 dedicato all’influenza della paura sull’apprendimento, era emersa la necessità di sdrammatizzare nei bambini e nei genitori la paura della malattia e dell’ospedale con un’adeguata preparazione, come già avviene in alcuni Paesi europei. Con il progetto *Vado, mi curo e...torno*, da realizzare in collaborazione con il Servizio Psico-sociale dell’Ospedale “Bambino Gesù”, abbiamo partecipato al *Bando delle Idee* del Comune di Roma classificandoci al primo posto. Un gruppo di esperti, psicologi, pedagogisti ed insegnanti ha elaborato una serie di questionari da somministrare in alcune scuole ed ospedali a bambini e genitori per individuare quali siano i più frequenti motivi di paura. A questo seguirà un lavoro didattico finalizzato alla preparazione di un opuscolo realizzato dai bambini che sarà distribuito gratuitamente in tutte le scuole elementari.

Avendo una certa conoscenza di ospedali sia italiani che esteri, ci siamo resi conto di quanto un ambiente allegro e colorato possa aiutare il bambino malato a sopportare meglio il ricovero. Abbiamo così, d’intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione – Ispettorato per l’Istruzione Artistica e con l’UNICEF, nell’ambito del *Progetto Ospedale amico dei bambini*, promosso un’altra iniziativa, *Coloriamo gli ospedali*. Ad essa hanno aderito con entusiasmo le Accademie di Belle Arti e le Direzioni Sanitarie dei principali Ospedali o Reparti Pediatrici italiani! Gli studenti, dimostrando un grande spirito di solidarietà verso una categoria più debole, hanno fatto sopralluoghi, hanno realizzato progetti, bozzetti, filmati, hanno scritto commenti ed impressioni e stanno passando alla fase esecutiva.

Sullo stesso principio della solidarietà è basata l’idea di realizzare, nelle scuole superiori di Roma e Provincia, una campagna di sensibilizzazione alla donazione del sangue, *Bella è la vita se salvi una vita*, che comprende l’educazione a comportamenti e stili di vita corretti che permettano di diventare donatori volontari e periodici e che è stata inserita dal Provveditorato agli Studi di Roma nel progetto globale di educazione alla salute.

Poiché nella vita di ogni bambino, specialmente se costretto dalla malattia a periodi di ospedalizzazione, è importantissima l’attività ludica, e non in tutti gli ospedali o reparti pediatrici esistono sale gioco adeguatamente attrezzate, in accordo con la Provincia di Roma – Assessorato alle Politiche Giovanili, abbiamo iniziato un progetto di *Ludoteca mobile*, che può venire incontro anche alle esigenze dei bambini che non si possono muovere dal letto; la prima ludoteca realizzata è stata destinata all’Ospedale di Albano.

Sempre con la Provincia, e d’intesa con Provveditorato agli Studi di Roma, abbiamo realizzato il progetto *Romawebscuola*, finalizzato alla didattica a distanza per gli alunni di scuola superiore ed alla creazione di un sito in cui vi saranno pagine che riguardano news, forum, associazioni di volontariato, scambi con le scuole di provenienza, interventi di psicologi e di pedagogisti, possibilità offerte dal mondo del lavoro. Sono previste anche lezioni “on-line”, a supporto di quelle svolte dai docenti, grazie ad un sistema denominato *Quipo Video Chat*, realizzato dalla *Quipo s.r.l.*, partner tecnologico del Provveditorato. Una zona libera è a disposizione anche per scambi di notizie e di informazioni non strettamente scolastiche. Alla realizzazione dei contenuti del sito stanno collaborando degli studenti malati cronici o ricoverati, anche nell’ottica di fornire delle conoscenze

informatiche che potrebbero offrire loro opportunità di inserimento lavorativo. Il tutto sarà coordinato da un Comitato tecnico-scientifico.

Inoltre, ci sono stati affidate in comodato d'uso, dalla Provincia, delle postazioni multimediali che stanno utilizzando alcuni docenti e gli alunni delle scuole superiori ricoverati presso il CTO, il Bambino Gesù e la Clinica Ematologica del Policlinico Umberto I.

Il 20 novembre scorso, in occasione della *Giornata dei Diritti dell'Infanzia*, in collaborazione con l'UNICEF, abbiamo organizzato per la Regione Lazio, Assessorati alle Politiche Sociali, alla Scuola e Formazione ed alla Sanità, un convegno sul tema: *Il minore malato: sono tutelati i suoi diritti ?* volto alla sensibilizzazione delle autorità comunali, provinciali e regionali al rispetto dei diritti dei minori malati.

L'ultima iniziativa della quale voglio parlare è la creazione del sito web dell'ANPO, il cui indirizzo è [www.anpo.org](http://www.anpo.org), che stiamo costruendo già da qualche mese: attraverso esso ed il notiziario *ANPOnews*, che contiamo di riprendere al più presto, continueremo a svolgere, per e con tutti i colleghi, la funzione di informazione e di collegamento iniziata più di dieci anni fa. Sul sito si troverà un po' di tutto: notizie sull'Associazione, comunicazioni di convegni, pubblicazioni, documenti, iniziative, webscuola, forum, links con altri siti che riteniamo interessanti; una parte è dedicata anche all'associazione europea HOPE, della quale Marisa Crespina è rappresentante ufficiale in Italia, e tra breve ci saranno anche le informazioni sulle prossime *Giornate Europee* che si svolgeranno a Roma.

**Ivana Summa**

***Componente della Segreteria nazionale del C.I.D.I., Centro degli Insegnanti Democratici Italiani.***

Desidero innanzitutto porgere i saluti della prof.ssa Alba Sasso, presidente del C.I.D.I. nazionale, che non può essere presente a questo convegno per sopraggiunti impegni altrettanto rilevanti.

Ho accettato di buon grado l'invito a rappresentarla perché in passato sono stata direttrice di una scuola elementare con sezioni sia in carcere sia in ospedale e devo dire che questa esperienza così particolare ha contribuito a farmi comprendere meglio la scuola in generale.

Ma come mai il C.I.D.I., un'associazione che raggruppa insegnanti di ogni ordine e grado al di là delle discipline che insegnano, è interessata a queste tematiche ?

Il suo scopo principale è proprio quello di supportare la professionalità dei docenti in ordine all'attuazione di tutti quelli che sono i principi costituzionali e, sicuramente, i diritti all'istruzione e alla salute sono diritti forti, esplicitati con forza e chiarezza nella Costituzione. Proprio per questa fondazione giuridica questi diritti non si affievoliscono quando il soggetto è in condizione di non poterli esercitare all'interno dei previsti contesti istituzionali, ben delimitati nei luoghi e nelle forme.

Mi sono chiesta se le esperienze di scuole in ospedale, di scuole carcerarie, di scuole di strada, insomma di "scuola fuori dalla scuola" siano esperienze marginali e residuali, importanti e significative ma pur sempre cosa altra dalla vera scuola. Ho fatto una riflessione, indotta anche dalla lettura illuminante di un libro, che risale a qualche anno fa, scritto dall'architetto Zanetti e riguardante il concetto di "confine": mi ha ispirato perché la "scuola fuori dalla scuola" fa presupporre che ci sia una scuola delimitata da confini, rappresentati dalle mura, entro cui vengono celebrati riti ben definiti, noti a tutti e misteriosi insieme. Tuttavia questa concezione rigida e statica di "confine" è diversa da quella di cui sono portatori le popolazioni nomadi: esse, infatti, spostano continuamente i propri confini, utilizzando dei simboli con i quali tracciano il confine ogni volta che si spostano. E', questa, una concezione flessibile e dinamica, che non appartiene al territorio ma alle persone che lo segnano e lo identificano.

E mi piace pensare al "confine" non come a una barriera, ma come ad un'apertura, a qualcosa che serve per unire e non per separare, ad uno spostamento continuo; mi piace pensare anche che la scuola sia "nomade" nei suoi confini, nel senso che si muove, va a sostenere e a supportare i propri allievi, i propri studenti, i propri utenti in qualsiasi momento e luogo. Quindi una scuola che rompe con una concezione rigida dei propri confini, senza barriere ma con frontiere, che gode del principio di extra-territorialità. In una scuola così gli insegnanti sono persone che si muovono portando i segni del sapere - proprio per questo sono insegnanti - dappertutto, perché loro e non le pareti di un edificio sono la scuola.

A questa si aggiunge un'altra riflessione: con le più recenti norme emanate a proposito di autonomia e di riforma del sistema d'istruzione, la scuola è tenuta a garantire niente meno che il successo formativo dell'alunno-utente. E' un impegno molto rilevante; al limite il successo scolastico sarebbe più facile da garantire e da far raggiungere, invece il successo formativo impone di mettere al centro il soggetto della formazione, il soggetto che apprende. Ciò determina l'esigenza di personalizzare il servizio che la scuola offre. Ma personalizzare un servizio vuol dire anche andare a trovare le persone, vuol dire considerare tutti non solo come studenti, ma come persone che hanno una loro storia, che attraversano particolari fasi della loro vita. Ed è da loro che bisogna partire per impostare il lavoro scolastico e formativo, sia quando sono a scuola e sia quando non possono esserci, perché il processo di formazione non subisce arresti, neanche quando si arresta l'iter scolastico.



Guardando in prospettiva, io credo che la “ scuola fuori della scuola”, la scuola senza confini e senza barriere - proprio perché non ha modelli rigidi da applicare, ma solo progetti formativi da attivare e da sviluppare - possa essere d’esempio alla “scuola dentro i confini della scuola”. In un certo senso, forse, si dovrebbe imparare a pensare che il modello non esiste, ma che esistono le persone intorno alle quali bisogna costruire il progetto di formazione.

Oggi noi ci troviamo di fronte a una normativa che certamente non è esaustiva in questo settore e sicuramente dovrà essere meglio articolata, però dobbiamo anche smettere di pensare che sia la normativa che ci consente di fare delle cose. Le nostre azioni dipendono anche dall’interpretazione che diamo della realtà e delle norme che provvisoriamente la codificano: ci sono i Ministeri, ma anche gli enti territoriali, altri soggetti attivi nel sociale, altre istituzioni e forme del vivere sociale. Allora, il primo lavoro da fare è di tipo interistituzionale e relazionale: creare rapporti con tutti i soggetti, avendo a cuore i diritti primari del cittadino, in questo caso il diritto dell’istruzione.

Termino con uno sguardo rivolto alla professionalità docente.

E’ stato ricordato che la scuola elementare ha cominciato per prima l’attività educativa negli ospedali e che il servizio si va estendendo anche altri gradi di scuola. Per svolgere il lavoro di insegnante, si è detto, ci vogliono determinate competenze che travalicano, ormai, quelle strettamente scolastiche. L’Associazione che qui rappresento ritiene, invece, che la complessità delle competenze richieste alla funzione docente possa essere affrontata soltanto se lo sviluppo professionale viene supportato dall’istituzione scolastica attraverso percorsi di formazione mirati.

Per questo riteniamo che gli insegnanti, questi insegnanti senza confini, vadano sostenuti concretamente, oltre che con corsi di formazione, creando e incentivando scambi di esperienze e di riflessione sulle esperienze, realizzati anche con altre figure, educative e non, che lavorano in luoghi e forme diversi ma che interagiscono con i soggetti in formazione.

E’ una frontiera nuova questa che si apre e non pensiamo che debba essere subito rinchiusa in confini senza uscita.

## **Michele Capurso**

### ***Responsabile del Settore Formazione dell'Associazione "A.C. Capelli - Gioco e Studio In Ospedale"***

L'associazione *Gioco e Studio in Ospedale* raccoglie un gruppo di persone che si sono impegnate per anni, a livelli diversi, nel campo della tutela del bambino malato e della sua famiglia. Sono gli operatori che si riconoscono nel lavoro di *Armida Carla Capelli*, pedagoga in ospedale sin dagli anni cinquanta, e che oggi aderiscono all'Associazione che porta il suo nome. In questi ultimi anni sono giunte all'Associazione numerose richieste di formazione ed aggiornamento da parte di chi lavora in un ospedale pediatrico. Generalmente si tratta di domande isolate di singoli operatori, ma talvolta esse giungono da enti pubblici o privati.

Fino ad un paio di anni fa a queste richieste si rispondeva in maniera piuttosto occasionale, inviando "esperti" che svolgevano qualche ora di lezione o che presentavano una determinata tecnica o attività.

Nel 1999 è nato il "Settore Formazione" dell'Associazione, con il compito di fornire proposte organiche e predisporre pacchetti formativi completi sul tema della tutela del bambino malato e della sua famiglia.

Quello che mi accingo a presentare è proprio uno di questi percorsi formativi, che si chiama "Bambini in Ospedale".

La definizione di un percorso di formazione per chi lavora con dei bambini in ospedale, particolarmente se rivolto agli insegnanti, parte da una domanda basilare: *a cosa serve la scuola in ospedale?*

A questa domanda possiamo dare due risposte, che si pongono ai due estremi di un continuum indicativo della realtà delle scuole in ospedale italiane.

La prima risposta potrebbe essere che la scuola in ospedale serve a far sì che l'alunno "non resti indietro" con il programma didattico; ad aiutare quindi chi è malato "a non perdere l'anno scolastico". La scuola in ospedale costruita secondo questa ottica cercherà di portare, all'interno dell'istituzione ospedaliera, la stessa modalità organizzativa e didattica della scuola esterna: avrà un'aula, dei banchi, un orario di funzionamento e sarà frequentata da quei bambini che si alzano dal loro letto e possono accedervi. E' una scuola che si inserisce all'interno di una struttura, senza necessariamente stabilire con essa delle relazioni significative.

La seconda risposta potrebbe essere che la scuola serve per offrire al bambino malato degli spazi di espressione della sua identità, per fornirgli delle occasioni di crescita e maturazione anche all'interno di un ambiente potenzialmente "ostile" come quello dell'istituzione ospedaliera. La scuola realizzata in base a questa seconda finalità sarà una scuola che cercherà d'integrarsi con la struttura dove opera. Sarà una scuola che incontra il personale dell'ospedale, pone delle domande, si fa promotrice delle esigenze dei bambini. Questo tipo di scuola riconosce naturalmente a tutti i bambini il diritto a crescere ed evolversi, qualunque sia la loro malattia, qualunque sia la loro diagnosi.

Il percorso di formazione proposto dall'*Associazione Capelli* è naturalmente costruito in base alla seconda delle risposte che ho fornito.

Questo corso si pone come finalità la creazione e la gestione di un servizio educativo, ludico e di animazione in un reparto pediatrico e si preoccupa di comprendere le problematiche relative allo sviluppo del bambino in ospedale, di riflettere sulle funzioni di professionisti inseriti però all'interno di una intera équipe curante, di sperimentare modalità ed idee e di strutturare un completo servizio di tutela psico-pedagogica per il bambino ospedalizzato.

I destinatari non sono solo gli insegnanti, ma, proprio perché volto al lavoro in équipe, anche operatori ludici, animatori professionisti, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, coordinatori di associazioni di volontariato...La durata prevista è di 16 ore intensive di lezione, suddivise in due giornate di lavoro. Il numero di partecipanti è contenuto (al massimo 25).

Il corso è già riconosciuto dal Ministero della Pubblica Istruzione quale attività di formazione per insegnanti in servizio e stiamo cercando di capire le modalità per farlo riconoscere dal Ministero della Sanità per farlo valere anche per i medici e gli infermieri.

Tre sono le caratteristiche principali:

- E' un percorso multiprofessionale. Ai nostri corsi partecipano persone con formazione e ruoli diversi, accomunate dall'interesse per la tutela del bambino malato e della sua famiglia.
- E' un completo corso di formazione. E' basato su materiale strutturato, esercitazioni, simulazioni, esame di storie personali. Non è una conferenza, ma un momento di incontro e di confronto al quale tutti sono chiamati a partecipare attivamente.
- E' orientato alla concretezza. Le comunicazioni teoriche sono ridotte allo stretto indispensabile. Chi partecipa è chiamato subito a misurarsi con i problemi pratici, con delle situazioni concrete, ipotizzando soluzioni, confrontandole con quelle degli altri partecipanti e con i relatori del corso.

I contenuti del corso ruotano attorno al bambino e possono essere così riassunti:

- La psicologia del bambino... malato. Il concetto di malattia nel bambino; quattro fattori di stress; i meccanismi di difesa; la comunicazione per una relazione significativa.
- Lavorare in équipe. Ruoli e funzioni; lo scambio di informazioni; l'inserimento e la supervisione.
- Fare scuola in ospedale. La scuola tra ambiente ospedaliero e didattica; l'organizzazione dell'attività e degli spazi didattici; la certificazione e il riconoscimento della frequenza; i contatti con la classe di appartenenza; le visite della classe al bambino degente; la scuola in ospedale come scuola "sperimentale".
- Il gioco. Perché giocare?; l'adulto che gioca; alcune tipiche situazioni di gioco; giocare usando il materiale sanitario.
- Multimedialità e nuove tecnologie. A cosa servono le tecnologie didattiche in ospedale?; alcuni esempi significativi; le tecnologie come crescita professionale; la tecnologia come mezzo.
- La relazione con le famiglie. La famiglia e l'esperienza di malattia e di ospedalizzazione; l'incontro operatori-familiari; gli insegnanti e i familiari.
- La tutela psico-fisica. Lo stress; le reazioni personali; il burn out; la tutela sanitaria;

Il corso è stato costruito prendendo in visione la C.M. n.353/98 e aggiungendo degli elementi che, secondo noi, erano stati in parte dimenticati: ci sembrava importante approfondire la relazione con le famiglie e soprattutto esaminare la tutela psicofisica di noi operatori in ospedale e dei bambini con cui veniamo a contatto. Quanti insegnanti che operano in ospedale sono sottoposti a vaccinazioni preventive o a esami ricorrenti? Eppure, ai sensi della legge 626/94, siamo considerati personale a rischio e quindi dovremmo essere sottoposti a forme di prevenzione indispensabili non solo per la nostra tutela, ma anche per i bambini con cui operiamo.

Finora abbiamo tenuto o programmato corsi a Genova, ad Ancona e a Campobasso. I corsi sono dotati di un sistema di valutazione da parte dei partecipanti e l'alto grado di soddisfazione finora raggiunto ci induce a proseguire per la strada intrapresa, anche se due sole giornate appaiono piuttosto limitate considerando la quantità di contenuti inseriti. Tuttavia il manuale del corso che viene fornito consente ai partecipanti di proseguire il loro lavoro anche una volta tornati in sede.

In futuro ci auguriamo di espandere, anche attraverso la collaborazione con altri, le nostre attività. Sono previsti corsi di *secondo livello*, progetti sperimentali, corsi su tecniche o situazioni specifiche. L'associazione gestisce già un sito internet (<http://www.giocoestudio.it>), e tra breve avvierà una collaborazione con il portale della casa editrice Erickson (<http://www.erickson.it>).

**2 marzo 2001**

**LE ESPERIENZE EUROPEE DI SCUOLA IN OSPEDALE**

## **Brehm Guenter**

### ***Direttore della Schule fur kranke kinderlinik, Lorrach, Germania***

Sono molto lieto di incontrarvi qui a Castel San Pietro, vicino a Bologna, e per i prossimi dieci minuti vi parlerò delle scuole in ospedale in Germania, il Paese più popolato dell'Unione Europea. Comincerò col parlarvi dello sviluppo che hanno avuto le scuole ospedaliere in Germania.

La Repubblica Federale Tedesca è costituita da 16 stati regionali che hanno ciascuno la propria autonomia organizzativa, in particolare in ambito di politica scolastica. Esistono quindi differenze sostanziali per quanto riguarda le scuole in ospedale: gli stati regionali sono liberi di decidere autonomamente se e in che modo intraprendere la via dell'insegnamento organizzato negli ospedali. Pertanto, si hanno livelli di sviluppo della pedagogia d'insegnamento in ospedale tra loro assai diversi, a seconda dello stato regionale che si prenda di volta in volta in esame. Un'inchiesta condotta da H.O.P.E. nel 1999 ha mostrato che solo in 8 dei 16 stati regionali esistono scuole in ospedale, per un totale di 191 scuole; tuttavia, pur essendo solo la metà degli stati, comprendono globalmente il 70% della popolazione tedesca.

Negli altri stati tedeschi esistono invece altre forme di educazione in ospedale, organizzate in modo diverse.

Le associazioni degli insegnanti tedeschi che si occupano di pedagogia in ospedale, come *H.O.P.E. Germany* e *V.D.S.* sono unanimi nel sostenere che solo la scuola ospedaliera intesa come organizzazione efficiente è in grado di rispondere ai bisogni e ai diritti di ciascun bambino malato; solo la scuola in ospedale veramente organizzata può fornire un'offerta pedagogica realmente flessibile e individuale. In virtù di questa considerazione, il Parlamento del Baden-Wuerttemberg, nel 1998, approvando la riforma scolastica, ha istituito la prima scuola ospedaliera. Ad essa sono seguite le scuole ospedaliere degli altri stati tedeschi. In base a calcoli attendibili, sono 10.000 i ragazzi malati che ricevono istruzione negli ospedali ogni giorno in Germania. Ciò significa lo 0,1% su un totale di 10.000.000 di alunni delle scuole "regolari". Purtroppo, si tratta solo del 3% sulla popolazione dei bambini malati, che sono circa 300.000. Solo un bambino malato su 30 usufruisce dell'insegnamento in ospedale; ciò significa che 29 bambini ricoverati su 30 non ne usufruiscono affatto.

Illustrerò ora brevemente la storia delle scuole ospedaliere in Germania.

I Ministri dell'Istruzione e della Cultura degli Stati Federali hanno cercato di promuovere e organizzare lo sviluppo dell'istruzione pubblica nelle varie regioni come obiettivo fondamentale della Conferenza di Costanza. Di grande importanza è stata la risoluzione delle Segreterie e degli Affari Culturali del 20/03/98 circa l'importanza dell'attenzione e dello sforzo educativi cui hanno diritto i discenti, che vanno con ogni cura incoraggiati. Per la prima volta l'insegnamento e la scuola in ospedale vengono inseriti nel contesto globale dell'insegnamento di tipo specializzato. In armonia con queste indicazioni la scuola ospedaliera necessita primariamente del riconoscimento, peraltro già formulato nella Costituzione, che tutti i bambini hanno parimenti diritto all'istruzione. Per questo, la scuola in ospedale trova la sua stessa legittimazione e autorizzazione nel fatto di garantire l'istruzione ai bambini malati, anche nei casi di restrizioni dell'apprendimento e dell'efficienza dovute a malattie, o nelle condizioni di ricovero ospedaliero, sulla base di effettive necessità di un insegnamento speciale. La pedagogia scolastica in ospedale trova il proprio diritto e il proprio valore. Se i medici dicono che "la scuola in ospedale è terapeutica, nel senso che aiuta a guarire", intendono che ha una qualità tale per cui non c'è bisogno di autorizzarla. Secondo lo statuto di H.O.P.E., la Conferenza di Costanza

tratta anche delle esigenze educative speciali dell'insegnamento rivolto a bambini malati, descritte come bisogni educativi volti al sostegno. Sono:

- l'individuazione e la presa in esame di difficoltà di tipo fisico e psicologico;
- l'inserimento in un'area pedagogica che sia utile per una valida integrazione sociale;
- Il bisogno di comunicazione, scambio di idee e concertazione fra educatori.

In tale contesto di estensione dell'attenzione ai bisogni educativi dei bambini ammalati particolare significato assumono anche gli obiettivi formativi e i contenuti dell'apprendimento, che sono direttamente connessi con le condizioni fisiche determinate dalla malattia e con le aspettative di vita future. Ciò può essere determinante per la prevenzione di sintomi secondari, per imparare come trattare una determinata patologia e per acquisire un repertorio di possibili comportamenti.

In relazione agli obiettivi della scuola in ospedale per il futuro, Il seminario H.O.P.E. sui diritti e i bisogni educativi dei bambini ammalati che si è svolto il 20 ottobre 1999 a Meisen-Sachsen, nonché lo statuto H.O.P.E. che era stato formulato per il seminario e che è stato poi approvato al Congresso Europeo di Pedagogia in Ospedale tenutosi il 20 maggio 2000 a Barcellona, hanno focalizzato l'attenzione europea sui diritti costituzionali all'istruzione e all'educazione dei bambini ammalati. I risultati di questo lavoro e le sue conseguenze hanno riscontrato un vivo interesse nel dibattito europeo, fornendo buoni impulsi e contributi anche in altre scuole in ospedale nell'ambito dell'Unione Europea, ad esempio ad Amsterdam, in Olanda.

Due questioni sono di rilevante importanza in questo contesto:

1. le conseguenze della malattia e del ricovero ospedaliero sullo sviluppo cognitivo ed emotivo-sociale del bambino affetto da patologia devono diventare oggetto delle ricerche pedagogica degli insegnanti che svolgono la loro opera in ospedale;
2. I bisogni e i diritti dei bambini ammalati a ricevere istruzione ed educazione devono essere pienamente esauditi, anzi devono essere più chiaramente considerati come diritti e strumenti di integrazione sociale.

Gli obiettivi futuri della scuola in ospedale si rifanno all'urgente richiesta di formazione di base e avanzata rivolta agli insegnanti. Purtroppo non c'è grande informazione in Germania in questo senso, al contrario, ad esempio, di quanto succede in Austria. Per far fronte a tale carenza, la Conferenza delle Segreterie e degli Affari Culturali ha stabilito la necessità di istituire corsi di formazione rivolti agli insegnanti interessati e ha richiesto l'avvio di adeguati programmi di studio di pedagogia ospedaliera anche nelle scuole speciali di didattica. Il Baden- Wuerttemberg sarà il primo stato tedesco che introdurrà nei propri programmi di formazione specializzata il criterio di superamento di esami, e che inserirà la "pedagogia in ospedale" e la "assistenza educativa ai bambini ammalati" come materie specifiche.

Sempre in merito alla formazione degli insegnanti nel contesto europeo, H.O.P.E. è partita con il suo progetto di master universitario.

Il Congresso Europeo, i Congressi di Pedagogia in ospedale, le Giornate Europee, i seminari internazionali e la rete di collegamento europea ... tutto questo lavoro deve continuare e continuerà. Sono molto lieto che le prossime *Giornate Europee*, organizzate da H.O.P.E. si svolgeranno a Roma, in Italia, e sarà un grande piacere per me incontrarvi nuovamente in tale occasione.

**Christine Lemineur**

***Direttrice della scuola dei bambini ricoverati in ospedale a Nancy, Francia***

Il programma SOCRATES è uno dei grandi programmi di azione educativa promossi dall'Unione europea, nel cui ambito il Progetto COMENIUS ha come obiettivi migliorare la qualità dell'insegnamento scolastico e sensibilizzare alla dimensione europea. Per organizzare un simile progetto è necessaria la partecipazione di almeno tre Istituti scolastici di diversa nazionalità e uno di questi istituti diventa il coordinatore del progetto; la durata massima è di tre anni e bisogna lavorare su un tema di interesse comune, come ad esempio la letteratura, l'ambiente, i mass-media e la comunicazione, la cittadinanza europea, i sistemi scolastici. E' prevista, poi, un'ampia diffusione dei risultati del progetto e quindi si deve realizzare insieme degli opuscoli, degli oggetti connessi ad attività artistiche, pagine web, cd-rom; produzioni che poi vengono diffuse all'interno della comunità scolastica interessata ma anche al di fuori di essa.

Per quanto riguarda il sostegno finanziario, viene attribuito un importo fisso per il funzionamento del progetto – che comprende anche la documentazione, le traduzioni, la stampa, i cd-rom, i libri, ecc. - e un importo variabile per coprire le spese legate alla mobilità degli insegnanti, relative al soggiorno all'estero, ecc. Questa somma viene attribuita a seconda dei dettagli del progetto presentato e a seconda del budget assegnato ad ogni paese.

Il nostro progetto scolastico COMENIUS, che abbiamo chiamato “Klini”, riguarda l'elaborazione e la produzione di un giornalino scolastico ospedaliero europeo su supporto cartaceo e attualmente stiamo lavorando per organizzare un sito internet comune.

L'ambito tematico scelto è ovviamente quello dei mass-media e della comunicazione, con l'uso delle nuove tecnologie. Le scuole partners di Nancy sono altre due scuole ospedaliere francesi, Thionville e Remiremont, una scuola tedesca, Lorrach, una scuola di Bruxelles in Belgio, la scuola ospedaliera del Lussemburgo e da questo anno si sono uniti a noi i colleghi di Roma. Il progetto coinvolge perciò 5 Paesi diversi.

Sono possibili scambi tra gli insegnanti ospedalieri e questo mi ha consentito, in occasione ad esempio delle *Giornate europee* di H.O.P.E., d'incontrare colleghi ospedalieri francesi ma anche soprattutto quelli di altri paesi europei. Durante i primi scambi abbiamo deciso di costruire qualcosa insieme, quindi questo progetto è scaturito dal nostro desiderio di lavorare insieme sforzandoci di rispondere ai bisogni specifici degli alunni ospedalizzati

Abbiamo colto l'opportunità che ci è stata offerta dal programma SOCRATES per concretizzare questa nostra richiesta; in effetti la creazione di un partenariato europeo è un mezzo molto importante per noi per ottenere autorizzazioni amministrative per spostamenti che si rivelano indispensabili e d'altro canto il sostegno finanziario delle rispettive agenzie nazionali del SOCRATES ci aiuta a far funzionare il progetto e contribuisce a coprire i nostri costi di missione.

Gli obiettivi specifici del progetto “Klini” sono innanzitutto linguistici e culturali, come in tutti i progetti europei, ma soprattutto, visto che abbiamo a che fare con un pubblico molto particolare, rispondono a delle esigenze specifiche dei bambini ospedalizzati specialmente lungodegenti: lottare contro l'isolamento psicologico, sociale, e pedagogico dovuto alla malattia e ai ricoveri, cercare di coinvolgerli in un lavoro collegiale di portata europea attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione della comunicazione, incoraggiarli a superare le barriere linguistiche, cosa a volte più facile di quanto si immagina.

La scorsa settimana sono andata a trovare i bambini ricoverati negli ospedali di Roma, ho parlato con loro perché parlo un po' di italiano, ma ho parlato con loro anche in francese senza che loro lo



conoscessero e siamo ugualmente riusciti a capirci. Quindi bisogna incoraggiarli a superare le barriere linguistiche, aiutarli a conservare un'apertura verso l'esterno, verso gli altri, verso la corrispondenza, la posta elettronica, l'interattività del web.

Per gli insegnanti, invece, partecipare a un progetto pedagogico europeo rappresenta un arricchimento professionale e personale e un modo per integrarci nelle azioni più generali promosse dall'ospedale, contribuendo all'operazione di apertura verso l'esterno degli istituti ospedalieri che ci accolgono.

Le attività del progetto si integrano coi programmi scolastici, permettendo ai nostri ragazzi di esprimersi attraverso l'arte, la scrittura e l'oralità; di ricercare, consultare documenti e libri; redigere articoli, fare traduzioni e di imparare una lingua straniera.

Il giornalino su supporto cartaceo è composto di testi e di disegni; alcuni articoli sono scritti in francese, altri in tedesco, altri in italiano, taluni sono redatti in tutte e tre le lingue. Ogni istituto completa 4 pagine e la pubblicazione è semestrale; il tema viene scelto in comune per ciascun numero - il n. 3 ad esempio aveva come tema il passaggio da un millennio all'altro, il n. 4 che uscirà a breve tratterà dei quattro elementi: terra, acqua, aria e fuoco.

Ogni partner, a rotazione, è responsabile della redazione del giornalino, il cui costo viene ripartito tra tutte le scuole coinvolte nel progetto. I costi sono elevati, ma sostenibili grazie al finanziamento europeo; le copie prodotte sono 1200/1300, distribuite gratuitamente tra i ragazzi che hanno partecipato, nelle scuole di provenienza degli stessi, nei vari uffici scolastici, al personale, ai pazienti e ai visitatori dei reparti ospedalieri ove sono ricoverati i ragazzi che hanno lavorato allo stesura del giornalino e in altre scuole ospedaliere europee.

La seconda parte del nostro progetto riguarda la costruzione di un sito internet che permetterà di diffondere più ampiamente le produzioni dei nostri ragazzi. Ciascun partner dovrà gestire una parte del sito, quello che corrisponde al proprio istituto.

Per attuare il progetto ogni anno effettuiamo due riunioni degli insegnanti interessati e cerchiamo di utilizzare sempre lo stesso materiale informatico, lo stesso software di video scrittura. Al fine di armonizzare il nostro lavoro abbiamo sviluppato anche dei nostri strumenti di comunicazione, ad esempio abbiamo creato una lista di e-mail che permette a un partner di scrivere a tutti utilizzando un unico indirizzo. Inoltre abbiamo realizzato degli stages di formazione per creare pagine web e per arricchire la nostra conoscenza in questo settore molto tecnico e specialistico.

Gli insegnanti, attraverso gli scambi, possono acquisire importanti competenze perché quando si va sul posto di lavoro degli altri partners si vede come lavorano, si tocca con mano la loro realtà.

Le difficoltà incontrate riguardano soprattutto l'ambito della comunicazione: a volte ci sono dei ritardi nelle spedizioni della posta e talora questa va smarrita. E' anche importante conoscere l'organizzazione amministrativa delle scuole partners per evitare fraintendimenti.

Il bilancio dell'esperienza è comunque positivo perché la cooperazione transnazionale promuove l'apprendimento delle lingue, motivando gli insegnanti a parlare sempre più le lingue straniere e facilita l'arricchimento professionale; di conseguenza migliora la qualità dell'insegnamento.

**Maria Clara da Rosa Cristino**

***Docente dell'Istituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil di Lisbona, Portogallo***

Sto lavorando con due colleghi da un anno e mezzo in una scuola ospedaliera portoghese; la nostra esperienza é breve, ma crediamo che sia molto ricca e che valga la pena trasmetterla anche a voi dal momento che lavoriamo tutti nello stesso settore, come ho potuto vedere e sentire qui in questi giorni.

La scuola ospedaliera in cui lavoro è l'*Istituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil* di Lisbona: oltre a questa ci sono altre due scuole ospedaliere in altrettante località portoghesi.

A Lisbona la scuola in ospedale è stata avviata dopo la definizione di un programma educativo, arricchito dal progetto *teleaula* basato sull'uso di strumenti telematici, e a seguito di due protocolli d'intesa siglati da diversi partners, tra cui il Ministero dell'Istruzione, quello della Sanità e associazioni di genitori e di amici di bambini affetti da tumore. Una società di comunicazione ha facilitato tutta l'attuazione della parte tecnologica del progetto, volta a minimizzare l'isolamento attraverso l'uso delle tecnologie informatiche.

Al momento d'istituire il servizio non sapevamo quasi nulla di quello che doveva essere una scuola in ospedale e, ascoltando ieri i relatori del convegno, mi sono resa conto che lavoriamo sull'intuizione: stiamo cercando di trovare il modo migliore per andare avanti, ma abbiamo bisogno di conoscere le esperienze altrui e condividere ciò che abbiamo fatto per sapere se stiamo seguendo la strada giusta.

Il servizio scolastico attivato nel reparto di oncologia pediatrica ha coinvolto 24 bambini ospedalizzati provenienti dalle regioni meridionali del Portogallo, dalle isole Azzorre e di Madeira e anche da paesi africani di lingua portoghese, come Capo Verde e Angola, con cui esistono dei protocolli che consentono a bambini di questi Paesi di essere ricoverati in strutture ospedaliere portoghesi.

Abbiamo immediatamente compreso che in tutto il personale socio-sanitario, medici, psicologi ed infermieri, nei volontari e nei genitori - la maggior parte dei quali rimangono con i bambini 24 ore al giorno, alternandosi madre e padre; per cui svolgono un ruolo molto importante - si erano create aspettative molto elevate in relazione all'apertura della scuola. I più pensavano che la scuola avrebbe risolto molti problemi collegati all'ansia e alle preoccupazioni, tuttavia c'era chi si dimostrava scettico perché ritenevano che la malattia potesse essere curata solo dal medico e temevano che gli insegnanti avrebbero causato un disturbo.

Eravamo consapevoli fin dall'inizio della necessità di tenere conto dei bisogni speciali dei bambini, abbiamo cercato di capire meglio quali erano e abbiamo tentato di trovare delle soluzioni adeguate; tutti eravamo comunque certi che la scuola avrebbe avuto un grande impatto.

I genitori di alcuni adolescenti ci dissero che non volevano preoccuparsi della scuola, che volevano dimenticarsi della scuola finché non avessero terminato la cura, e questa è una battaglia molto difficile: tutta la famiglia deve essere coinvolta in questo processo. Abbiamo cercato di rispettare questa posizione, ma allo stesso tempo abbiamo cercato anche di parlare con i genitori e con i bambini per fargli capire che, anche se erano momentaneamente lontani dalla scuola di origine, potevano comunque frequentare la scuola ospedaliera per tornare poi alla scuola di appartenenza.

L'attività didattica si basa su metodologie flessibili e il progetto *teleaula* ci aiuta: ogni settimana ci colleghiamo in videoconferenza con tre scuole territoriali, elementari, medie e superiori, pianificando l'attività didattica coi docenti di dette scuole in relazione ai bisogni dei bambini ricoverati in ospedale. Oltre a ciò, quando è possibile, accompagniamo i bambini a visitare mostre e musei.

Attraverso la nostra attività i bambini ospedalizzati comprendono che non sono fuori dalla scuola, perché se loro non possono andare a scuola la scuola può andare da loro. Questa è la nostra idea di

base. La classe diventa uno spazio di interazione sociale e ci rendiamo conto che l'aula scolastica è un'area in cui il dolore è meno presente rispetto ad altre stanze e altri corridoi all'interno dell'ospedale: Nell'aula anche per i medici e per gli infermieri talvolta è più facile stabilire una comunicazione con il bambino.

A parte i benefici immediati che la scuola può offrire, facilitiamo anche il ritorno presso la scuola di origine; se i bambini hanno avuto una buona esperienza di scuola in ospedale torneranno alla loro scuola di appartenenza più volentieri e con meno problemi.

## **Tanja Becan**

*Docente della Ledina Hospital School di Lubiana, Slovenia*

La Slovenia è un paese piccolo che conta solo due milioni di abitanti. Solo 40 insegnanti ospedalieri operano in tutto il territorio nazionale, impegnati in nove diverse scuole, e ci incontriamo tre volte l'anno, organizzando conferenze e giornate di studio. La maggior parte delle scuole ospedaliere slovene sono piuttosto piccole, con la presenza di due o tre insegnanti, mentre la scuola da cui io provengo è invece molto grande: è composta da 24 insegnanti, oltre al direttore di sede, e ogni anno seguiamo tre mila bambini.

Sotto il profilo organizzativo le scuole ospedaliere in Slovenia sono sempre sezioni afferenti alla scuola ordinaria più vicina, quindi si deve “combattere” per avere margini di autonomia. A Lubiana, essendo 24 insegnanti, riusciamo a farci sentire e ad ottenere ciò che ci necessita, altrove la situazione è ovviamente diversa.

Relativamente alla scuola dove opero, il servizio scolastico è rivolto sia a studenti del ciclo di base (6-14 anni) sia a quelli della scuola secondaria (14-18 anni): benché noi insegnanti apparteniamo ad una scuola di base, il Ministero della Pubblica Istruzione ci ha dato il permesso di insegnare anche agli alunni della secondaria, per i quali abbiamo istituito dei percorsi personalizzati. Eroghiamo il servizio didattico dal primo giorno di ricovero e a volte forniamo anche istruzione domiciliare, quando ciò non è assicurata dalla scuola territoriale. Ora stiamo per attuare corsi di informatica e per attivare forme di teledidattica.

La scuola ospedaliera a Lubiana è attiva dal 1951 e nel corso di questi anni abbiamo sviluppato 4 modelli didattici rivolti ai bambini ospedalizzati, a secondo delle diverse esigenze: per chi effettua ricoveri piuttosto brevi; per coloro che sono affetti da patologie gravi e/o croniche; per i bambini affetti da neoplasia e per i bambini affetti da disturbi psichiatrici.

Siamo coinvolti in moltissimi progetti internazionali on-line e prendiamo parte ad un progetto COMENIUS in partenariato con scuole territoriali danesi, italiane, spagnole e olandesi. E' piacevole lavorare con loro; quando abbiamo iniziato nessuna di queste scuole sapeva molto delle scuole ospedaliere all'interno del loro paese, quindi abbiamo dovuto fare di tutto per cercare di essere più visibili sia all'interno del nostro paese sia all'estero.

All'interno dell'ospedale organizziamo vari progetti speciali, tra cui i giochi olimpici ospedalieri, che si svolgono annualmente alla fine di aprile con l'autorizzazione del Comitato Olimpico, e i campi sia estivi sia invernali per i bambini affetti da tumore; tutto questo, oltre alle abituali attività didattiche, in stretto contatto con le scuole di provenienza degli alunni malati.

Il problema maggiore riguarda i finanziamenti: il governo ci eroga fondi pari al 50% delle risorse assegnate alle scuole territoriali, perciò dobbiamo reperire le altre risorse necessarie dagli sponsor. Contemporaneamente dobbiamo anche cercare di individuare nuovi metodi di lavoro perché ovviamente le terapie mediche stanno cambiando e noi ci dobbiamo adeguare a questi nuovi cambiamenti.

Per concludere vorrei riprendere ciò che ho detto all'inizio del mio intervento: in Slovenia siamo solo 40 docenti ospedalieri, una comunità molto piccola, forse troppo piccola per vedere riconosciuta la nostra qualità professionale. Ecco perché è importante per noi lavorare con H.O.P.E. e con gli altri colleghi europei per accrescere la nostra professionalità. Ritengo che gli insegnanti ospedalieri non debbano essere solo buoni e sensibili, ma veri professionisti.

**Olga Lizasoain Rumeu**

*Docente ospedaliera aggregata al Departamento de Educaciòn, Universidad de Navarra, Pamplona, Spagna*

In Spagna ci sono 85 scuole ospedaliere, chiamate “unità scolastiche di appoggio nelle strutture ospedaliere”, nelle quali operano circa 200 insegnanti. Leggi nazionali affermano il diritto allo studio dei bambini ricoverati e un decreto del 1995 istituisce l’istruzione domiciliare per i bambini malati.

Gli insegnanti, in genere, lavorano in *team* autonomi all’interno di ciascun ospedale; il numero dei docenti è in relazione al numero degli utenti. Non esiste un’associazione nazionale di docenti ospedalieri, tuttavia vengono organizzati incontri e giornate di studio con la presenza di medici, infermieri e pedagoghi. Non è prevista una formazione specifica per accedere all’insegnamento in ospedale, però per i docenti ospedalieri il Ministero dell’Istruzione organizza poi dei corsi formativi.

In protocolli interministeriali d’intesa sono definiti i compiti dei vari Ministeri. Oltre che del reclutamento e del pagamento degli insegnanti e del funzionamento delle scuole ospedaliere, il Ministero dell’Istruzione si occupa della teledidattica, cioè dei progetti per consentire videoconferenze che mettano in contatto i bambini ricoverati con gli insegnanti e i compagni della propria classe di appartenenza. Il Ministero della Sanità mette a disposizione degli spazi fisici per l’istituzione di una scuola in ospedale e si fa carico delle spese per l’acquisto e la manutenzione delle attrezzature, comprese quelle informatiche.

Le attività didattiche sono rivolte essenzialmente agli studenti della fascia dell’obbligo scolastico, compresi tra i 6 e i 16 anni, per consentire loro lo svolgimento dei programmi scolastici, tuttavia lavoriamo anche coi bambini più piccoli e coi ragazzi più grandi. Diamo molta importanza anche alle attività ludiche, che negli ospedali spagnoli hanno un ruolo non secondario, anzi sono paritarie rispetto alle attività di studio, e alle attività complementari, quali visite ai musei, ecc.

Notevole importanza rivestono le associazioni di volontariato, come la Croce Rossa, e le associazioni dei genitori, a cui sono state demandate forme d’istruzione domiciliare. Per offrire questo tipo d’istruzione devono essere rispettati tre requisiti: i genitori devono richiederla, il medico deve fornire un certificato in cui specifica che il bambino non può frequentare la scuola e l’approccio deve essere multidisciplinare.

Il Ministero dell’Istruzione pone grande attenzione al coordinamento delle attività didattiche sia all’interno sia all’esterno dell’ospedale. All’interno esso coinvolge insegnanti, operatori sanitari e le famiglie dei bambini malati; all’esterno invece prevede il coinvolgimento dei docenti ospedalieri e di quelli della scuola di appartenenza dei bambini malati, delle associazioni di volontariato, che appunto forniscono l’istruzione a domicilio, e delle famiglie.

Nell’ospedale in cui lavoro, la Clinica Universitaria di Navarra, nel Nord della Spagna, abbiamo un programma molto speciale che potete leggere nel documento che è stato distribuito (*che viene allegato, n.d.c.*).

**Gail Burgess**

***Docente responsabile del servizio scolastico presso il Royal Orthopaedic Hospital di Birmingham, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord***

Innanzitutto vorrei chiarire un particolare: quando si parla di sistema d'istruzione nel Regno Unito escludiamo la Scozia, che ha un sistema indipendente che non ha nulla a che vedere con quello inglese, gallese e nord-irlandese.

Le scuole ospedaliere esistono in Inghilterra dagli anni '20 del Novecento e quella in cui opero, il Royal Orthopaedic Hospital di Birmingham, è tra le più vecchie.

Negli ultimi cinque anni abbiamo assistito a numerosi cambiamenti in questo settore: le grandi scuole ospedaliere sono state frammentate in tante unità didattiche e di esse ne restano poche, concentrate soprattutto nell'area di Londra, come la Great Ormonde Street, la Guy's Evelina e il Chelsea and Westminster Hospital. Il motivo di questi cambiamenti è la maggiore facilità di gestione di unità più piccole; così, ad esempio, è accaduto che a Nottingham, dove ci sono due grandi ospedali che avevano un'unica scuola ospedaliera, adesso ci siano due unità didattiche che vengono gestite da un insegnante incaricato e non da un preside.

Qual è la differenza tra una scuola ospedaliera e un servizio didattico ospedaliero?

Le scuole ospedaliere vengono considerate come scuole ordinarie, con un codice specifico e un bilancio e un'amministrazione propri. Fino a due anni fa la nostra era una scuola ospedaliera, poi abbiamo scelto di diventare un servizio educativo perché, con minori spazi a disposizione e minori alunni, consentiva la riduzione dei costi e ci consentiva di affiancare al servizio in ospedale anche altri servizi: alcuni miei colleghi gestiscono una sorta di casa specialistica per bambini con problemi comportamentali esclusi dalla scuola e altri forniscono invece istruzione domiciliare.

A Birmingham, come in altre parti dell'Inghilterra, è in atto una tendenza a unire varie scuole ospedaliere per costituirne una unica, con un unico preside, due vicari e docenti responsabili incaricati in ciascuna delle molte unità separate di cui la scuola è formata.

A differenza del preside, impegnato per lo più nel lavoro burocratico, il docente responsabile incaricato, oltre ad occuparsi della gestione scolastica, insegna e quindi noi ritenevamo che chi avesse più rapporti con la didattica avesse maggiori facilità ad instaurare rapporti con i ragazzi.

Abbiamo costituito un'Associazione Nazionale di Insegnanti Ospedalieri, ripartita secondo la suddivisione delle aree territoriali, che ogni anno organizza degli incontri a cui sono invitati tutti gli insegnanti ospedalieri che operano nel nostro Paese. Ultimamente la nostra associazione ha collaborato con organi governativi per individuare nuove metodologie di lavoro all'interno delle scuole ospedaliere; è stato prodotto un documento dal Ministero dell'Educazione, posto ora alla consultazione dei soggetti interessati, che riprende molti degli argomenti e delle preoccupazioni che abbiamo proposto e manifestato e noi speriamo che le linee programmatiche ivi contenute, che dovrebbero entrare in vigore nel luglio di quest'anno, abbiano un grande effetto sul settore dell'istruzione ospedaliera. I principali cambiamenti annunciati sono i seguenti:

1. oltre all'insegnante responsabile dell'istruzione dei bambini malati ed eventuali insegnanti di supporto, verranno istituite nuove figure educative;
2. le autorità educative locali nomineranno un funzionario che sarà responsabile dell'istruzione dei bambini malati;
3. saranno precisati forme certe relative all'educazione dei bambini malati e il Ministero attuerà ispezioni per assicurare che le scuole e le autorità educative assolvano gli impegni previsti.

Il documento contiene nove principi chiave che elenco rapidamente: accesso all'istruzione; individuazione dei bisogni dell'alunno malato; intervento educativo adeguato e tempestivo; continuità del servizio didattico; collaborazione tra gli operatori scolastici e con gli operatori sanitari; reinserimento all'interno della scuola tradizionale; collaborazione con gli allievi malati e coi genitori; offerta didattica di elevata qualità; senso di responsabilità.

Il maggior numero di insegnanti ospedalieri e domiciliari si trova a Londra e qui annualmente teniamo delle giornate di studio; quest'anno intendiamo occuparci dell'adeguamento dei curriculum nazionali ai bisogni dei bambini ospedalizzati e per noi è importantissimo lavorare insieme e scambiarsi le rispettive esperienze.

A fianco dell'Associazione già citata, in Inghilterra si è costituita anche un'altra associazione, l'Associazione Nazionale per l'educazione dei bambini malati, inizialmente volta a offrire supporto ai genitori dei bambini malati ed ora di supporto anche agli insegnanti domiciliari e ospedalieri.

Molti dei nostri aderenti sono anche membri dell'H.O.P.E.

**Gerd Falk-Shalk**

*Docente della Skolan Akademiska Barnsjukhuset di Uppsala, Svezia*

Provengo dalla città di Stoccolma che, come Bologna, è sede di un'antica università, seppur nata dopo quella felsinea.

Per illustrare l'organizzazione dell'istruzione ospedaliera in Svezia ho pensato di paragonarla alla *Carta europea per l'istruzione dei bambini e adolescenti malati a casa e in ospedale* adottata a Barcellona nel maggio dello scorso anno.

La scuola ospedaliera in Svezia esiste sin dal 1920 e le prime disposizioni normative sono state approvate nel 1962. Oggi ci sono 87 scuole e 177 servizi didattici. Per quanto riguarda i finanziamenti esistono tre diverse fonti a cui attingere, che producono un sistema complesso: gli stipendi dei docenti vengono assegnati per l'85% della quota complessiva da un Ente Governativo ai Comuni e questi sono tenuti a pagare la rimanente quota; i corsi di formazione per i docenti e i materiali necessari agli alunni sono finanziati dagli enti locali; il reperimento degli spazi idonei all'attività didattica spetta alle contee, ecc.

La *Carta europea* al punto 1. afferma che ogni adolescente ha diritto allo studio. In Svezia nel capitolo VIII dell'ordinamento ginnasiale, ovvero della scuola secondaria superiore, si asserisce che agli alunni, che non possono frequentare la scuola per lunghi periodi a causa di malattie, dovrà essere offerta un'istruzione speciale e specifica negli ospedali o a casa o in qualsiasi altro ambiente. Questa normativa è estesa anche alla scuola dell'obbligo. L'istruzione può essere impartita previo consenso del medico, in ospedale, o del tutore del minore malato a casa.

L'istruzione domiciliare è di competenza della scuola d'origine e quindi i docenti ospedalieri aiutano gli alunni e i parenti a ricordare alle scuole questa responsabilità ed eventualmente a sollecitarle, se necessario.

Per quanto concerne la metodologia di lavoro noi docenti ospedalieri abbiamo elaborato dei piani didattici che sono riportati, insieme ad una specifica guida, in un libro dal titolo "*Essere un docente ospedaliero*", pubblicato dall'Agenzia svedese per l'istruzione speciale in collaborazione con la nostra associazione nazionale.

Nella seconda sezione della *Carta europea* di H.O.P.E. si afferma l'obiettivo di garantire la prosecuzione degli studi ai bambini malati. Ciò è già presente nella normativa svedese che considera l'attività scolastica in ospedale importante sia per dare continuità alla vita di relazione degli studenti malati sia come attività terapeutica, utile alla guarigione.

La scuola ospedaliera fa parte del sistema di istruzione generale, quindi ogni alunno degente ha il diritto di essere rispettato in quanto studente. Si considera che la scuola in ospedale possa creare una comunità di bambini e adolescenti e possa favorire la "normalità" dell'abituale vita quotidiana. L'istruzione ospedaliera è organizzata in gruppi-classe o come insegnamento individuale per i bambini costretti a letto. La scuola è il punto d'incontro per i bambini, soprattutto gli adolescenti, e tra questi e i loro genitori e i loro amici sani. Oggi, soprattutto grazie all'aiuto delle tecnologie della comunicazione, è possibile mettere in contatto alunni malati coi loro compagni di scuola, e questi possono, quando le condizioni lo permettono, visitare i loro amici lungodegenti in ospedale.

Io ho nutrito timori che l'istruzione fornita ai bambini costretti a letto, in particolare a quelli affetti da tumore, potesse portare all'isolamento; perciò in collaborazione con gli operatori del reparto di oncologia stiamo cercando di incoraggiare i pazienti comunque a muoversi e a raggiungere le aule. Tuttavia è necessario fornire subito agli alunni malati un computer, col collegamento ad Internet nelle stanze, facendo però attenzione all'uso delle tecnologie.



L'ultima sezione della *Carta europea* di H.O.P.E. asserisce che i docenti ospedalieri sono parte del *team* che si occupa del trattamento dei bambini malati: per i bambini con malattie terminali o psichiatriche i gruppi multidisciplinari sono fondamentali per offrire, in cooperazione, il percorso curativo migliore per l'alunno. In Svezia, come probabilmente anche altrove, i docenti ospedalieri spesso lavorano da soli, disponendo per altro della metà delle ore rispetto all'insegnamento nella scuola "normale"; e quindi credo che in questo caso non sempre si rispetti il contenuto del punto 8. della *Carta* di H.O.P.E..

Il gruppo multidisciplinare è di solito composto dal docente ospedaliero, dal terapeuta del gioco, dall'assistente sociale, dallo psicologo, dall'infermiere e dal medico. Il docente ospedaliero talvolta visita le scuole di provenienza dell'alunno malato, informa preside ed insegnanti della malattia e di come verrà svolto il programma di studi per il bambino ospedalizzato e questo crea maggiore comprensione tra gli insegnanti e aiuta la cooperazione. Spesso i bambini malati e i genitori partecipano a questo incontro.

## **Christian Lieutenant**

***Direttore de L'Ecole Escale – Cliniques Universitaires Saint-Luc di Bruxelles e Presidente dell'Associazione dei Pedagogisti Ospedalieri della comunità francese del Belgio***

In Belgio l'insegnamento è obbligatorio dai 6 ai 18 anni. Nel 1970 il Ministero ha varato però una legge che consente l'insegnamento speciale ai bambini interessati da 3 a 21 anni.

Allo Stato è affidata l'istruzione pubblica, nonostante le differenze linguistiche regionali; tuttavia esistono anche forme d'insegnamento sovvenzionate, con finanziamenti statali a Comuni, alle Province, alle Parrocchie (ad esempio per l'attivazione di servizi didattici collegati all'ambito religioso) e ad organizzazioni laiche (ad esempio per l'attuazione di scuole "montessoriane") perché questi enti o associazioni erogano un servizio scolastico. Lo Stato paga in ogni caso direttamente gli insegnanti – laici, religiosi, ospedalieri – e fornisce le strutture e le attrezzature alle scuole pubbliche statali.

C'è una grande libertà a livello di programmi; non esistono *curricula* nazionali validi per tutti, per cui c'è un programma ufficiale per le scuole pubbliche statali della comunità francese mentre le altre scuole possono presentare al Ministero propri programmi, che, una volta accettati, devono essere rispettati, e questo significa che gli insegnanti ospedalieri, che si devono occupare di bambini provenienti da diverse scuole, statali, cattoliche, ecc., devono essere piuttosto flessibili e disponibili a far fronte a percorsi diversificati.

Per attivare una scuola ospedaliera bisogna rispettare un determinato numero di criteri e l'alunno degente può usufruire dell'insegnamento solo su richiesta del medico, che dichiara l'impossibilità per il bambino di seguire l'insegnamento tradizionale.

Il numero d'insegnanti e i fondi di funzionamento della scuola ospedaliera sono calcolati sull'utenza dell'anno precedente. In qualità di direttore ovvero di dirigente scolastico ricevo annualmente un importo di denaro abbastanza consistente per organizzare il funzionamento della scuola e devo rendere conto al Ministero, alla fine dell'anno, del modo in cui ho utilizzato tali fondi.

Pur non essendoci un programma nazionale, c'è la volontà di definire obiettivi comuni, non tanto in termini di conoscenze disciplinari, bensì di competenze funzionali. Benché la scuola ospedaliera valuti i ragazzi malati e ne certifichi le competenze, al termine dell'anno scolastico sono le scuole di provenienza, attraverso appositi esami, effettuati eventualmente anche in ospedale, che ne decretano la promozione.

Dal 1978 esistono norme che consentono l'insegnamento domiciliare. Il processo si è avviato nei primi anni '70, poi, con la crisi petrolifera, il Ministero, con minori risorse finanziarie, non ha prodotto una legge organica; tuttavia il testo attuale afferma che la scuola di insegnamento speciale più vicina alla residenza del bambino ha il compito di farsene carico. Siccome il testo di legge non definisce con chiarezza i ruoli delle scuole, l'Associazione d'insegnanti ospedalieri che abbiamo costituito sta discutendo con i rappresentanti del Ministero per giungere ad adottare le soluzioni migliori.

Come associazione organizziamo giornate nazionali di studio, a cui anche invitiamo esperti, per condividere ed analizzare le esperienze in atto. In Belgio gli insegnanti hanno diritto a dieci giorni di formazione annuali e il Ministero stanziava un congruo bilancio per la formazione continua: noi possiamo proporre dei corsi di formazione a cui vorremmo partecipare e presentare dei programmi; vorremmo organizzarne ancora di più durante le vacanze estive, che durano due mesi, ma i sindacati non lo accetterebbero. Abituamente lavoriamo cinque giorni alla settimana, col sabato e spesso il pomeriggio del mercoledì liberi, dalle nove a mezzogiorno e dall'una e mezza alle quattro e mezzo del

pomeriggio per un totale di 182 giorni all'anno. Rispetto al collega italiano un insegnante belga a tempo pieno lavora di mattina e di pomeriggio, ma gode di più giorni di ferie.

**2 marzo 2001**

**TESTIMONIANZE**

## **Marco Manfrini**

### ***Associazione per lo studio e la cura dei tumori ossei e dei tessuti molli***

Lavoro presso gli Istituti Ortopedici “Rizzoli” come medico ortopedico nel reparto che fu del professor Mario Campanacci, maestro, mio e di molti colleghi, che dedicò la vita professionale alla cura dei tumori ossei e che é scomparso prematuramente nel 1999.

Il personale sanitario di questo reparto diede vita nel 1982 ad un’associazione non a scopo di lucro che, tra gli altri fini, si proponeva di risolvere le esigenze dei pazienti in trattamento per queste malattie, che non trovavano immediata risposta da parte delle istituzioni sanitarie.

La popolazione più colpita dai tumori ossei maligni é quella infanto-giovanile e le esigenze indotte dalla malattia sono numerose, a partire dai problemi logistici che coinvolgono più membri della famiglia, problemi complicati dai periodi frammentati di ricovero, che superano complessivamente i 100 giorni in un anno, per effettuare le cure chemioterapiche associate al trattamento chirurgico.

Da un’indagine condotta dal personale paramedico del reparto di chemioterapia su più di 200 pazienti in età scolare, ospedalizzati dal 1985 al 1995, si scoprì che più del 40% aveva perso da 1 a 2 anni scolastici, perché la malattia non rendeva possibile seguire normalmente i corsi di studio. Perciò, nel 1995, nacque l’idea di una proposta che consentisse non solo il diritto allo studio dei pazienti, ma che convogliasse in modo positivo le energie dei giovani strappati ad una vita regolare. Per noi, l’attività scolastica é infatti parte di un progetto più ampio che vuole dare risposte positive a chi versa in una condizione che non si conclude necessariamente con la morte del paziente o con l’amputazione di un arto, ma che tuttavia sottrae un anno di vita non solo al malato, ma anche a tutto il nucleo familiare.

La strada per dare una risposta efficace a tali esigenze passa attraverso nuove forme di collaborazione tra l’Istituzione Pubblica, enti o fondazioni private, il volontariato e l’Associazionismo no profit. In tal modo si potrebbero raccogliere i fondi per attivare e mantenere strutture residenziali vicine agli ospedali, in modo da permettere l’accoglienza e la sistemazione anche ai familiari dei pazienti, che vivono il dramma economico del pendolarismo sanitario. Infatti queste malattie sono rare e pericolose e necessitano di cure specifiche che possono essere eseguite solo in centri super specialistici.

In questo convegno sono state citate esperienze di scuole in ospedale provenienti da Pamplona (uno dei più importanti centri spagnoli per la cura dei tumori ossei), da Birmingham e da Londra (gli unici ospedali inglesi dove viene rimborsata dallo stato la cura di queste malattie), da Stoccolma. In tutte queste strutture ospedaliere lavorano colleghi che hanno i nostri stessi problemi, che noi frequentiamo e con cui ci confrontiamo costantemente. Noi, come loro, abbiamo promosso la nascita di progetti per portare la scuola in ospedale ai bambini e agli adolescenti; tuttavia io ritengo che la scuola potrebbe svolgere un ruolo pedagogico anche per i pazienti al di fuori dall’età scolare e che hanno lunghe ospedalizzazioni. L’attività scolastica potrebbe inserirsi in un contesto più ampio di terapia occupazionale del paziente, al fine di impegnare tutte le energie positive per superare il serio problema sanitario.

Per concludere, vorrei dire una parola che può sembrare contro corrente: io credo nell’importanza delle tecnologie informatiche ormai di uso comune, ma il paziente ha bisogno di un rapporto umano. Solo cercando di dare risposte su misura a ciascun individuo, a ciascun paziente, valutando le sue problematiche psicologiche, pedagogiche, di sviluppo culturale e fisico si può realizzare una grande operazione capace di coinvolgerne tutte le energie positive. In tale operazione le tecnologie

informatiche sono di aiuto, ma come supporto, perché se viene meno il rapporto umano l'informatica non può ridurre l'isolamento del paziente, anzi rischia di aumentarlo.

**Rosa Musto**

***Associazione Genitori Policlinico "Gemelli" di Roma***

La mia è una testimonianza non solo come semplice genitore, componente di un'Associazione di volontariato costituitasi all'interno del Policlinico "Gemelli" di Roma, ma anche come docente di scuola secondaria superiore, seriamente impegnata ad operare in ambiti di innovazione e ricerca nel campo dell'educazione, presso il Ministero della Pubblica Istruzione. L'Associazione nazionale di volontariato di cui faccio parte combatte le diverse forme di malattie leucemiche.

Il messaggio da me seguito, perché considerato vera guida e aiuto nel voler riuscire ad operare positivamente in questo campo, è quello riportato da David Ausbel, nella sua opera principale sugli studi cognitivi e che così recita: "Se dovessi condensare in un unico principio l'intera psicologia dell'educazione, direi che il singolo fattore più importante che influenza l'apprendimento sono le conoscenze che lo studente già possiede: accertatele e comportatevi in conformità nel vostro insegnamento". Trattasi di un proficuo consiglio, punto di partenza in qualsiasi caso, ma efficace specialmente in situazioni didattiche di particolare complessità, come quelle da me vissute in prima persona, nel rapporto specie con mio figlio/studente temporaneamente ammalatosi. Conoscere i crediti che si possiedono rappresenta il punto di riferimento per l'intera progettazione del nuovo contratto formativo che si va a definire, in quanto espressione dei punti di forza su cui far leva per conseguire il successo nell'apprendimento futuro.

L'aspetto fondamentale che emerge è che, in ospedale, gli studenti presentano una disponibilità ad apprendere, che dal punto di vista emotivo/affettivo evidenzia caratteristiche particolari, in genere non riscontrabili nella media degli alunni, fatta eccezione per coloro che possiedono un handicap fisico. Costantemente e quotidianamente, questi giovani acquisiscono come una marcia in più rispetto ai loro coetanei, in quanto vanno ad acquisire una consapevolezza e una lucidità che influenza l'analisi introspettiva sul desiderio di voler continuare a vivere una vita che abbia "un senso" e continuare a svolgere una vita "da normali", nonostante il malessere psico-fisico causato non solo dalla malattia, ma specialmente dalle terapie farmacologiche che subiscono in termini di "cura contro il male".

Questi alunni sono espressione di una grande ricchezza interiore, che non può essere ignorata, bensì va riconosciuta essere significativa: è la molla emotiva che incide fortemente sulla motivazione a voler continuare ad apprendere.

Altro elemento importante in questa circostanza è la figura dei genitori, il loro apporto quale stimolo e supporto emotivo/affettivo nella riuscita del successo formativo: è stato sinora dimostrato dall'esperienza che quando la figura genitoriale riesce ad essere collaborativa, risulta senz'altro di grande supporto per la riuscita del progetto formativo. Affermo questo con determinazione, anche perché ritengo che nella scuola dell'autonomia esistano ancora di più le possibilità per realizzare numerosi e differenziati interventi individualizzati, meglio rispondenti alle necessità di ogni singolo caso, vista la flessibilità didattica ed organizzativa prevista dalla nuova normativa vigente. Si può quindi prevedere moduli che siano conformi alle esigenze di ciascun alunno, facendo leva anche sulla collaborazione dei genitori, attuando quanto contempla l' art. 9 del D.P.R. n.3232/98 (*Regolamento dell'autonomia scolastica*) relativamente all'informazione e alla formazione dei genitori su obiettivi specifici, nell'intento di raccordare proficuamente la scuola con la famiglia. E' bene che questa possibilità vada sfruttata adeguatamente, in conformità all'attività scolastica da svolgere in ospedale, riconoscendo che non solo i docenti hanno bisogno di ricevere formazione e informazioni adeguate,

ma anche e soprattutto i genitori, che in tale situazione specifica andranno a svolgere un importante ruolo, anello di raccordo fra le diverse istituzioni: scuola, famiglia e sanità.

L'attività didattico/educativa sperimentata nella scuola in ospedale è stata sinora rivolta solo agli studenti della scuola secondaria superiore ricoverati nelle città di Bologna e di Roma.

Il progetto sperimentale, anche se ormai superato, perché l'intervento futuro prevede di generalizzare l'esperienza sull'intero territorio nazionale, presenta comunque efficaci elementi innovativi a cui riferirsi in seguito, che riguardano specialmente le ampie possibilità offerte dal nuovo sistema di valutazione delle competenze e dei crediti scolastici.

Se la scuola dell'autonomia consente di realizzare progetti e percorsi *ad hoc*, strutturati secondo nuovi criteri di flessibilità didattica, anche la tradizionale verifica standardizzata dovrà essere superata e, nel caso della valutazione dei ragazzi in ospedale e specie nei casi di lungodegenza, va riconosciuto il conseguimento di ogni singolo successo, quale importante risultato raggiunto nonostante tutto...E' solo così che ci si sente vincitori...Si riesce a dominare l'esistenza... Essere comunque per certi versi come gli altri... Riuscendo negli studi e sentirsi vivi, comunque vadano le cose nel resto della vita...

Sono questi i pensieri dei ragazzi che combattono per la propria vita, nella speranza di vincere contro un nemico forte, ma non indistruttibile.



## **Davide Cappellazzo**

*studente che ha usufruito del servizio scolastico agli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna*

Mi chiamo Davide Cappellazzo e per tutto l'anno 2000 sono stato in cura presso l'Istituto Ortopedico "Rizzoli" di Bologna. La mia malattia, diagnosticata nella seconda metà del dicembre 1999, era un tumore osseo alla testa dell'omero e i medici mi preventivarono un lungo periodo di chemioterapia intervallato da un'operazione di resezione sostitutiva dell'omero destro.

Forse non ci crederete, ma nel turbinio di pensieri e paure che affollavano la mia mente dopo aver saputo di avere un tumore ritornava spesso la semplice quanto disarmante domanda: "Come farò a passare l'esame di maturità quest'anno?" Proprio così, al momento della diagnosi stavo frequentando l'ultimo anno del Liceo scientifico nella mia città, Treviso; di lì a pochi mesi avrei dovuto, come migliaia di altri studenti, sostenere il faticoso esame di Stato, chiamato fino all'anno precedente "esame di maturità".

Probabilmente non era l'unico né il più grave dei miei problemi, comunque era il solo che potessi realmente percepire in quello stato di confusione e sgomento. Arrivato per la prima volta nel reparto di chemioterapia mi fu accennata la possibilità di continuare i miei studi anche lontano dal mio liceo e mi sentii subito sollevato da un peso. Trascorsa circa un'ora dal mio ricovero mi venne presentata dalla dottoressa Elena Sgroi una panoramica dei servizi che il *progetto scuola-ospedale* poteva offrirmi; innanzitutto mi disse che avrei potuto scegliere quante e quali ore di lezioni affrontare durante le mattinate del mio soggiorno, che, tramite comunicazione via fax e e-mail, il lavoro svolto nell'ambito dell'ospedale sarebbe stato coordinato con le lezioni a cui ancora cercavo di assistere nella mia scuola di provenienza e che, se le mie condizioni di salute l'avessero consentito, avrei potuto sostenere verifiche scritte e orali sia al liceo, sia in ospedale.

Fissammo subito degli appuntamenti per l'indomani e, siccome non intendo raccontare favole, devo dire che le lezioni di cui usufruii erano rese pesanti dai farmaci che assumevo per curarmi. Ricordo, come se fosse successo solo ieri, l'annebbiamento mentale che mi procuravano tali medicine, dei continui e stressanti bisogni fisiologici che il mio corpo mi richiedeva di soddisfare a discapito della continuità logica delle lezioni a cui assistevo. Un'altra causa di distrazione era l'assillante pensiero che la mia cura richiedeva frequenti ricoveri di cui, in alcune occasioni, non riuscivo a vedere la fine: la mia concentrazione talvolta scemava troppo in fretta; tuttavia gli insegnanti ospedalieri che mi hanno seguito in questo periodo non mi hanno mai fatto pesare le ore trascorse insieme, anzi spesso erano loro a consigliarmi una pausa ed era frequente che dovessero rispiegarmi un concetto non una ma almeno cinque volte. Tutte le lezioni di cui ho goduto sono state svolte sotto il segno della massima disponibilità e attenzione ai miei bisogni.

Ora frequento l'Università "Ca' Foscari" di Venezia per laurearmi in chimica industriale e se sono riuscito a superare con successo l'esame di Stato lo devo anche all'impegno e alla disponibilità degli insegnanti che si sono occupati di me in ospedale.

**2 marzo 2001**

**IL DIBATTITO**

## IL FORUM

*Domande* sull'assetto istituzionale e territoriale della scuola in ospedale.

*Risposta.* La circolare ministeriale n. 43 del 26 febbraio 2001 è molto chiara in merito. Per evitare innanzitutto l'isolamento degli insegnanti, le scuole in ospedale vengono aggregate ad una scuola territoriale; non solo, nella citata circolare si fa esplicito riferimento alla costituzione di un'unica scuola polo per la scuola dell'infanzia e di base e di una scuola capo-fila che coordini una rete di più scuole per la secondaria superiore. Tutto questo per favorire interventi il più possibile coordinati nelle strutture ospedaliere, come per altro richiesto dalle Direzioni sanitarie ed in sintonia con il riordino dei cicli scolastici. E' importante che nel processo di dimensionamento, demandato agli enti locali, si tenga conto che le sezioni ospedaliere hanno un codice proprio e che ciò deve garantire gli insegnanti interessati ad avere trasferimenti solo se richiesti. Faccio, infine, presente che la soluzione di aggregare comunque una scuola in ospedale ad una territoriale è diversa da quella adottata in altri Paesi europei, dove la scuola in ospedale è autonoma. *(Luigina Mazzarello, dirigente scolastico della scuola media "Strozzi" di Genova, con una sezione presso l'ospedale "G. Gaslini")*

*Domande* sull'insegnamento domiciliare. *(19 insegnanti dell'ospedale "Bambino Gesù" di Roma e altri)*

*Risposta.* In primo luogo, in relazione alla domanda pervenuta da Roma "che senso ha la task-force quando la maggioranza degli alunni ricoverati proviene da fuori comune?" vorrei chiarire che la C.M. n.353/98 prevede la costituzione di un nucleo di forza mobile (task-force) per l'intervento della scuola secondaria superiore in ospedale, senza alcun riferimento all'insegnamento domiciliare.

Solo nel protocollo interministeriale d'intesa del 27 settembre 2001 si afferma che il Ministero della Pubblica Istruzione si impegna a garantire forme di istruzione domiciliare per coloro che non sono ospedalizzati né possono frequentare la scuola di appartenenza per almeno 30 giorni a causa di gravi patologie. E' il primo riferimento normativo esplicito circa l'insegnamento domiciliare, però non viene detto come espletare tale servizio; quindi tutti i quesiti posti al riguardo sono legittimi.

Io ritengo che il buon senso e le esperienze attuate dovrebbero indicarci strade differenziate secondo i casi. Ci sono delle situazioni, come abbiamo riscontrato qui a Bologna, per cui ragazzi malati provenienti da altre regioni, negli intervalli tra i ricoveri, non tornano a casa, bensì trovano alloggio a Bologna, spesso in abitazioni messe a disposizione da associazioni di volontariato. In questo caso io credo che debbano essere i docenti ospedalieri a doversi fare carico dell'istruzione domiciliare.

Nel caso, invece, che il ragazzo ritorni nella propria città, lontana dall'ospedale, dovrebbero essere i docenti della sua scuola di appartenenza a farsene carico. *(Giuseppe Pedrielli, docente all'Istituto Ortopedico "Rizzoli" di Bologna)*

*Domande* sulla formazione del docente ospedaliero

*Risposta.* Il problema della formazione è molto importante, e io vorrei ricordare che per legge la formazione di base è di pertinenza dell'università. Il ministro della Pubblica Istruzione partecipa alla stesura dei percorsi di formazione, ma non ne è il gestore, non legalizza titoli, riconosce semplicemente le attività di formazione.

Il riconoscimento del presidio scolastico in ospedale con un proprio codice consentirà all'insegnante di esprimere la propria disponibilità ad accedere alla scuola ospedaliera. La formazione si attuerà

anche tenendo conto delle relazioni interistituzionali – scuola, sanità, territorio -, del rapporto con il volontariato, ecc. (*Cataldo Salerno, ispettore tecnico MPI*)

*Domande* sul ruolo del volontariato e sulla sicurezza degli insegnanti in ospedale. (*3<sup>a</sup> Circolo didattico di Verona e altri*)

*Risposta.* Io credo che sia importante sottolineare che la scuola è responsabile del percorso formativo ed è la scuola che decide in base al percorso formativo da attuare quale risorsa del territorio utilizzare. Il volontariato è una di queste risorse e la sua utilità è indiscussa. Ad esempio, il docente volontario può temporaneamente sostituire il titolare o dare continuità all'attività avviata da questi, può rendere possibile certe attività, quali le visite ai musei, affiancando i docenti di ruolo, ecc. Spetta comunque alla scuola decidere come e se includere il volontariato nei percorsi formativi.

In merito alla sicurezza degli insegnanti in ospedale, compete alla scuola di titolarità l'assicurazione per tutti gli insegnanti, compresi quelli che operano in ospedale. Certamente l'insegnante ospedaliero è a maggior rischio, per cui è fondamentale l'informazione e la prevenzione. Di questo si occupa anche il protocollo interministeriale d'intesa e la relativa circolare n. 43 del 26 febbraio 2001, che evidenzia gli impegni assunti in proposito dal Ministero della Sanità. (*M. Giovanna Cantoni, ispettrice tecnica MPI*)

**Domanda** sul possibile accesso ai programmi europei.

*Risposta.* E' molto difficile sintetizzare tutte le opportunità offerte dai programmi educativi europei. Cercherò di raggrupparle per destinatari.

Quando vogliamo costruire dei progetti elaborati da scuole in partenariato multilaterale il riferimento obbligato è al grande programma SOCRATES: l'azione COMENIUS 1 permette di costruire progetti in rete con scuole che appartengono ad almeno tre paesi tra quelli che possono accedere ai programmi europei.

Se pensiamo alla formazione dei docenti, sempre in un quadro transnazionale, abbiamo altre opportunità sempre nell'ambito di SOCRATES.

Il COMENIUS 2 prevede la costruzione di progetti di formazione in un ambito multilaterale e transnazionale elaborati da istituzioni educative e formative di almeno tre paesi di quelli che possono accedere al SOCRATES. Sempre nell'ambito del COMENIUS 2 sono elaborati e messi in rete corsi aperti alla partecipazione dei docenti di tutti i paesi che possono accedere ai programmi europei; se ne può prendere visione attraverso le agenzie nazionali ed è possibile chiedere borse di studio per prendere parte a questi corsi, di solito della durata di una settimana.

L'azione 1 di LEONARDO DA VINCI, volta a favorire la mobilità, offre la possibilità di costruire progetti di scambio e di tirocinio che permettono ai docenti, come pure agli studenti e al personale della scuola in generale, di accedere a borse di studio per esperienze di formazione presso istituzioni educative e formative di altri paesi. LEONARDO DA VINCI ha come obiettivo principale quello di migliorare la qualità dell'istruzione e della formazione professionale, attraverso anche forme d'innovazione nell'ambito della formazione professionale.

Con l'azione 2 di LEONARDO DA VINCI è possibile attivare progetti pilota in partenariato transnazionale per costruire materiali e percorsi idonei alla formazione di specifiche figure professionali, quali potrebbero essere gli operatori sanitari che cooperano e collaborano con i docenti ospedalieri oppure i docenti che lavorano all'interno dell'ospedale e che necessitano di una particolare formazione.

L'azione 6 di SOCRATES, denominata MINERVA, prevede la promozione di progetti sull'uso delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione; quindi anche nell'ambito di questo progetto, visto la rilevanza dell'uso delle tecnologie dell'informazione nell'attività didattica in ospedale, è possibile pensare ad un progetto sempre transnazionale a dimensione europea.

Vorrei anche ricordare che l'azione 3 di SOCRATES, denominata GRUNDTVIG, prevede la possibilità di elaborare progetti transnazionali per l'educazione degli adulti. E' stata evidenziata la scarsa attenzione all'educazione degli adulti ricoverati in ospedale; probabilmente ci sono al momento solo esperienze volontaristiche, scarsamente organizzate, tuttavia è già possibile ipotizzare progetti relativi all'educazione degli adulti in ambito europeo.

Per le informazioni più specifiche è bene consultare i relativi siti internet: l'agenzia nazionale per SOCRATES è la **Bdp** e quindi il sito è [www.bdp.it/europa](http://www.bdp.it/europa); per il LEONARDO DA VINCI, invece, l'agenzia italiana è l'**ISFOL**, per cui il sito è [www.isfol.it](http://www.isfol.it) (*Eleonora Salvadori, docente in servizio presso la Direzione generale per le relazioni internazionali del MPI*)

*Domande* sull'utilità di fare lezione ad alunni ricoverati per brevi periodi in ospedale (*Istituto comprensivo "Nazareth" e altri*), sul riconoscimento dell'attività svolta in ospedale da parte della scuola di provenienza dell'alunno malato e sulla concreta possibilità di effettuare video-conferenze che mettano in contatto l'alunno ospedalizzato con insegnanti e studenti della propria scuola di appartenenza (*3<sup>a</sup> Circolo didattico di Verona e altri*)

*Risposta.* Io credo che l'attività scolastica in ospedale non si misuri tanto sulla quantità dei contenuti, ma nell'opportunità offerta di instaurare un rapporto didattico uno a uno, che consente, anche in tempi brevi e con unità o moduli molto semplici, di tentare di rimodulare alcuni processi cognitivi, di rivitalizzare il piacere dell'apprendimento e di rinforzare alcune motivazioni, come ad esempio la curiosità o la percezione di essere, da parte dell'alunno, soggetto e non oggetto del processo cognitivo. Vorrei proporre un esempio: provate a porre ad un alunno ricoverato una domanda senza senso del tipo: "E' più carismatico il verde o il blu?" E' un modo di procedere che noi attuiamo normalmente e il 90% degli alunni dà comunque una risposta, o verde o blu. Questo è sintomatico: molti non conoscono addirittura il significato della parola "carismatico", però questa mancanza di comprensione sembra essere insignificante per poter formulare una risposta; altri pur conoscendone il significato non rilevano che è fuori contesto. Soltanto una piccolissima percentuale risponde: "Professore, che sta dicendo?" Allora allertare l'alunno sul senso non solo formale delle affermazioni proprie e degli insegnanti vuol dire già aver raggiunto un obiettivo formativo.

C'è il rischio, con queste procedure, di entrare in conflitto con la scuola di provenienza, per cui è bene essere cauti e non criticare mai né esplicitamente né implicitamente certi contenuti o certe modalità utilizzate nelle scuole territoriali, ricordandoci che probabilmente nelle condizioni della scuola "normale", con la grande difficoltà ad attuare percorsi personalizzati, ricadremmo nello stesso errore didattico.

Sul valore dell'insegnamento, la C.M. n.43/2001 ribadisce la pariteticità del rapporto tra scuola in ospedale e scuola di provenienza, per cui queste ultime non possono non recepire i percorsi svolti e le valutazioni date in ospedale. Tuttavia è importante la comunicazione tra le due scuole, a partire dalle informazioni sulla normativa vigente.

Attivare collegamenti in rete con le scuole di provenienza dovrebbe essere ormai possibile ovunque perché il programma ministeriale di diffusione delle tecnologie didattiche - non chiamiamole più "nuove" - è terminato e tutte le scuole dovrebbero essere in grado, senza bisogno di attrezzature o di *software* particolari, di realizzare videoconferenze. La difficoltà vera è che ancora molti insegnanti

non ritengono di avere le competenze per attivare queste procedure. (*Alberto Antinori, docente ospedaliero, Roma*)

*Domande rivolte da studenti.*

I professori vanno volentieri in ospedale o sono obbligati? Molti fanno male il loro lavoro a scuola figuriamoci se sono costretti ad andare in ospedale! Prendono uno stipendio più alto? (*Sonia*)

La scuola in ospedale è una bella iniziativa, ma non credo che un ragazzo lungodegente abbia “la testa” per mettersi a studiare matematica e inglese. (*Pamela*)

*Risposte.* Nessun docente è obbligato a lavorare in ospedale, per cui è una scelta motivata, si auspica, da profonde convinzioni personali. E finora, i docenti ospedalieri non hanno percepito alcun aumento di stipendio, anzi affrontano molte spese e disagi personali per formarsi adeguatamente; quindi i timori sulla loro professionalità sono assolutamente infondati. Essi hanno l’arduo compito di attivare tutte le strategie di approccio più idonee per conquistare gli alunni all’attività didattica e rassicurarli sull’effettivo valore di questa ai fini della prosecuzione degli studi una volta tornati alla scuola di appartenenza.

Per lo più gli studenti ospedalizzati gradiscono la scuola sia perché è una forma di distrazione dalla malattia sia perché li tiene a contatto, anche attraverso gli strumenti telematici, col mondo esterno all’ospedale, con la “normalità” quotidiana. (*Irene Monaco, docente ospedaliera, Genova*)

## INTERVENTI DEL PUBBLICO IN SALA

Mi chiamo **Rosaria Bortolone** e sono preside del Liceo scientifico “G. Castelnuovo” di Firenze. Presso il “Mayer”, l’ospedale pediatrico della città, dove recentemente sono state introdotte terapie particolari per la cura di alcuni tumori, sono attualmente presenti 17 giovani, studenti della scuola secondaria superiore, lontani da casa e lontani dalla loro scuola. Qui abbiamo attivato un servizio scolastico usufruendo di docenti volontari in pensione e di insegnanti dei licei locali, in grado di coprire le materie essenziali e regolarmente incentivati, che si sono dichiarati disponibili a fare l’istruzione domiciliare o in ospedale a ragazzi malati oncologici. Abbiamo contattato le scuole di provenienza dei ragazzi malati e ci poniamo il problema della certificazione dei percorsi didattici svolti in ospedale, se sono formalmente riconoscibili. Inoltre ci interroghiamo su come strutturare nel miglior modo il servizio scolastico in ospedale.

Sono una maestra della scuola materna che opera presso l’ospedale “Gaslini” di Genova e intervengo per “spezzare una lancia” a favore del gioco. Il bambino in ospedale è trattato come alunno dall’insegnante, come malato dal medico; la scuola è sicuramente importante, ma il bambino non smette di giocare quando va a scuola, anzi il gioco stimola il bambino e lo aiuta a reagire all’apatia. Inoltre le attività ludiche, che sono le più svariate e che riescono a creare un clima di collaborazione e di socializzazione tra i bambini ricoverati a prescindere dall’età, servono a rasserenare l’ambiente e gli stessi bambini e favoriscono un miglior rapporto con i genitori che sono disponibili al coinvolgimento.

Per offrire attività apprezzate e ambienti gradevoli ai bambini malati servono anche adeguati finanziamenti. Col protocollo interministeriale d’intesa del 27/09/2000 gli enti locali sono chiamati a renderli disponibili, ma questo non sempre succede...

Mi chiamo **Giovanni Omodeo Zorini** e sono il dirigente scolastico del 1<sup>a</sup> Circolo didattico di Novara, con scuola in ospedale dall'a.s. 1992 -'93. Vorrei soffermarmi su alcuni punti ed avere dei chiarimenti.

Credo che sarebbe utile conoscere quali sono le scuole in ospedale in rete, con le varie tipologie: lungo degenti, degenze breve o prevalentemente *day hospital*.

Per poter ampliare il campo d'intervento della scuola in ospedale, è possibile che un circolo didattico non comprensivo e non "verticalizzato" possa avere a disposizione tecnici e insegnanti di scuola media per attivare anche forme di teledidattica coi ragazzi più grandi ?

E' possibile, dal punto di vista delle norme sulla sicurezza e altro, lavorare non solo con gli alunni dai tre agli undici anni, ma anche con quelli fino a diciotto anni o coi bambini di due anni, della "pre-scuola" ?

Quali sono le modalità per aderire come singoli cittadini o come istituzione scolastica ad H.O.P.E.?

Mi chiamo **Mariangela Tomba** e sono una docente di scuola superiore di Torino. Io ed alcuni colleghi abbiamo elaborato e stiamo attuando con il Provveditorato agli studi e con delle associazioni di volontariato un progetto chiamato S.F.I.D.A., sistema di formazione integrata a distanza in autoapprendimento, rivolto agli studenti delle secondarie superiori ricoverati negli ospedali della nostra città. Siamo molto preoccupati perché la circolare n.43/2001 prevede una strutturazione della scuola secondaria superiore in ospedale diversa dalla nostra.

### ***Risposte.***

L'obiettivo primario del seminario è quello di costruire una mappa delle scuole ospedaliere per fare in modo che il patrimonio di ricerca e di modellatura di alcune esperienze diventi condiviso e diffuso. Questo è un primo grande momento d'incontro di esperienze che sono cresciute isolatamente sul territorio, ma è proprio questa ricchezza che ci consente di discutere e analizzare ciò che è stato realizzato nella scuola ospedaliera per trasformarlo in proposta per l'organizzazione ordinaria della scuola.

La normativa vigente consente a una scuola ospedaliera che, per esempio, ha la natura giuridica di scuola elementare di lavorare temporaneamente con degenti che appartengono ad un altro livello scolastico e viceversa. L'importante è formalizzare tali attività con intese tra scuole al fine di garantire gli alunni. Per i docenti non c'è nessuno ostacolo di ordine giuridico. (*Cataldo Salerno*)

Il 90% delle scuole che hanno inviato compilata la scheda di rilevazione ha attivato il servizio in ospedale a seguito di una convenzione firmata, oltre che dal dirigente scolastico, dal Provveditore agli studi e dalla Direzione sanitaria ospedaliera interessata. In prospettiva, col decentramento e col federalismo, sarà importante che anche l'ente locale partecipi alla convenzione, e non solo per gli aspetti finanziari che gli competono.

In merito alla valutazione e alla certificazione degli alunni degenti, vorrei sottolineare che la nostra è la scuola dei crediti, non più dei voti e delle pagelle. Compito della nuova scuola è certificare delle competenze e in ospedale si certificano delle competenze attraverso dei crediti formativi che corrispondono ai percorsi scolastici e formativi svolti. Il riconoscimento del credito formativo è automatico perché siamo tutti dentro lo stesso sistema scolastico. Perciò la scuola in ospedale concorda con la scuola di provenienza il percorso da far svolgere all'alunno, realizza i moduli e li certifica; i Consigli delle classi di provenienza li accettano e li fanno propri. (*M. Giovanna Cantoni*)

Nella maggior parte dei paesi europei sono le autorità locali a decidere sull'attivazione dei servizi scolastici in ospedale in relazione ai tempi di degenza, mentre solitamente non ci sono norme restrittive per quanto riguarda i luoghi di provenienza del bambino malato.

E' rarissimo che i programmi europei permettano di ottenere finanziamenti per l'acquisto di attrezzature; solo alcuni progetti molto tecnici che riguardano l'uso delle nuove tecnologie o progetti inter-universitari ottengono tali finanziamenti.

Diventare membri di H.O.P.E. è facilissimo: al rappresentante italiano Marisa Crispina possono essere versate le quote che sono di circa £.20.000 all'anno per i singoli docenti, di £.30.000 per la scuola e di £.40.000 per gli amici dell'associazione, medici, infermieri e altri. Preferiamo i versamenti al membro italiano del comitato per limitare i costi bancari dei bonifici. (*Christian Lieutenant*)

### **CHAT LINE - RISPOSTE IN DIRETTA ALLE DOMANDE PROVENIENTI DAI CENTRI DI ASCOLTO**

I centri di ascolto più attivi nell'inviare domande sono sicuramente Napoli, Carrara, Verona e L'Aquila. Il problema che ricorre più frequentemente è l'isolamento che percepisce l'insegnante specialmente nei piccoli ospedali; perciò si danno giudizi molto positivi su questo convegno che non solo ha permesso la circolarità dell'esperienza all'interno delle scuole ospedaliere italiane ed europee, ma ha consentito un confronto aperto con i rappresentanti della sanità e degli enti locali. L'auspicio di tutti è che questi confronti possano continuare e a questa esigenza si intende rispondere, terminato il convegno, con l'attuazione di un progetto di ricerca che strutturerà questa banca dati e che darà la possibilità di mettere in linea le migliori esperienze e di socializzare le idee.

La formazione è un'altra esigenza molta sentita. Col protocollo interministeriale d'intesa del 27/09/2000 il Ministro della Sanità si è impegnato a riconoscere su un piano paritetico la scuola, per cui bisognerà chiedere l'applicazione di questo protocollo in tutti gli ospedali e far sì che si attuino i percorsi integrati di formazione previsti tra docenti ed operatori sanitari.

Numerosi sono i quesiti sui finanziamenti per le scuole in ospedale. Il protocollo interministeriale citato prevede l'impegno di dirottare fondi della legge 285/97 alle scuole ospedaliere, però non è stato ancora firmato un protocollo con gli enti locali, con l'ANCI, l'associazione dei comuni italiani, e con l'UPI, l'unione delle province, e questo argomento deve essere affrontato anche nella conferenza Stato-regioni. A questo convegno abbiamo invitato appositamente un rappresentante dell'ANCI. I comuni devono sostenere finanziariamente la scuola di base e le province la scuola superiore. (*Lucia Fattori, dirigente scolastico di una scuola con sezione in ospedale e capo della segreteria del sottosegretario di Stato alla Pubblica Istruzione Silvia Barbieri*)

Allievi dell'I.P.S.S. di Gemona chiedono se è possibile pensare ad altre figure educative, oltre agli insegnanti, all'interno dell'ospedale?

Già ora, per esempio, a Torino ci sono degli assistenti ludici, finanziati a sostegno dal Comune, e in due ospedali di Roma ci sono figure analoghe messe a disposizione dall'istituzione sanitaria.

Da Pesaro e Napoli si chiede se dalle esperienze di musicoterapica, arteterapia e psicomotricità si potrà estrapolare qualcosa per arricchire i futuri percorsi didattici e formativi individualizzati.

Questo è un po' un richiamo al tema centrale del convegno, cioè come la scuola ospedaliere con le sue innovazioni sia diventata un modello per la scuola dell'autonomia, che può ricavare idee per la progettazione dell'offerta formativa.



Concetta De Vito, insegnante del 74<sup>^</sup> Circolo didattico di Napoli, chiede: “Si cerca di contenere sempre le ansie dei nostri alunni ospedalizzati proiettandoli verso il futuro, ma noi insegnanti siamo sostenuti a livello psicologico?”

Questo versante, che chi opera in ospedale conosce bene, è ancora da esplorare e deve essere approfondito proprio nell'ambito dell'applicazione del protocollo d'intesa con la Sanità. (*Manuela Rosci, Provveditorato agli Studi di Roma*)

**3 marzo 2001**

**ALTRE ESPERIENZE DI “SCUOLA FUORI DALLA SCUOLA”**

## I MAESTRI DI STRADA: IL PROGETTO “CHANCE”

**Cesare Moreno**

*Maestro di strada, Napoli*

Il progetto CHANCE è nato nel 1998 come un progetto per il recupero di drop out della scuola media in tre quartieri di emarginazione sociale della città di Napoli. Nei due anni successivi il progetto, almeno in parte, ha cambiato i destinatari perché ha continuato a seguire i suoi primi allievi nel completamento dell'obbligo scolastico e poi nel percorso di obbligo formativo. Oggi potrebbe definirsi un percorso formativo personalizzato con un anno di accoglienza consistente nel recupero alla relazione educativa di ragazzi drop out della scuola media. L'ipotesi di lavoro su cui si basa il progetto è che i ragazzi drop out - i quali, va sottolineato, rappresentano una punta estrema di un più vasto fenomeno di difficoltà e dispersione scolastica - abbiano rotto con la scuola e con la formazione perché vivono un deterioramento della relazione con il mondo adulto in genere e con se stessi e quindi con la scuola. Il fenomeno dei drop out di cui ci si occupa oggi è un fenomeno che porta direttamente all'emarginazione sociale e talora alla devianza.

L'esperienza ci ha insegnato che un passaggio importante ed obbligato per i drop out è vivere condizioni di disordine, sfascio, inadeguatezza del focolare domestico ed in genere nella cura parentale. I drop out intorno ai 13-15 anni vivono una doppia difficoltà che è quella propria dell'adolescenza ed è quella dell'emarginazione affettiva e sociale che caratterizza la condizione del nucleo parentale. I drop out di cui ci occupiamo rappresentano un caso estremo di individualità in cui la flessibilità e l'adattabilità della struttura scolastica, quand'anche siano perfettamente gestiti, non sono in grado di intercettare i particolari bisogni di questi studenti, perché si tratta di bisogni particolarmente complessi, la cui stessa individuazione è problematica.

L'ipotesi di lavoro su cui si fonda CHANCE è quindi quella ripristinare le condizioni per l'apprendimento riaprendo il contratto formativo e sviluppando un processo di negoziazione che consenta al ragazzo e alla ragazza di riconsiderare se stesso e la relazione con le figure parentali e con le figure istituzionali. Il progetto fa dell'accoglienza integrale della persona dell'allievo il centro motore per ogni azione e per riorganizzare molteplici rapporti e relazioni in cui ciascuno è inserito. Sotto questo aspetto è anche un progetto di recupero sociale perché promuove socialità e relazioni laddove questi sono assenti, carenti, deboli. Per fare questo è presente una molteplicità di figure sociali ed istituzionali tale per cui il progetto diviene espressione di una rete locale che attiva tutti gli attori. Sotto questo aspetto il progetto CHANCE è un progetto che attiva lo sviluppo umano del territorio. In sintesi quindi il progetto può definirsi un *“Progetto di rete per il recupero relazionale, educativo e sociale di adolescenti in condizioni difficili in una prospettiva di sviluppo umano del territorio”*. Poiché questa strategia comporta l'attivazione di ogni risorsa interna ed esterna del ragazzo e la presa di coscienza delle proprie risorse, questa può definirsi sinteticamente come strategia di *empowerment*.

*Gli operatori del progetto*

L'ipotesi di lavoro del progetto CHANCE implica una serie di scelte cruciali riguardanti le caratteristiche del personale in esso impiegato e le modalità di gestione del progetto. Il progetto CHANCE pur essendo un progetto con un immediato ed importante impatto sociale è centrato sulla

figura professionale del docente che viene qui ridefinito come “specialista dell’apprendimento”. L’apprendimento è il DNA che circola nel progetto ad ogni livello: negli aspetti emozionali, personali ed individuali, nelle interazioni di gruppo, nelle relazioni sociali ed istituzionali. Il processo di crescita, di sviluppo, di *empowerment*, non riguarda solo gli allievi ma riguarda i docenti, gli operatori, i gruppi sociali organizzati, il sistema dell’istruzione e formazione, la cosiddetta comunità educante. Le persone, i gruppi, le istituzioni, la società, crescono se apprendono e l’apprendere si manifesta se sanno crescere, ossia sanno meglio integrare le proprie risorse ed energie nel contesto d’azione. La metodologia di lavoro del gruppo di progetto quindi è quella di una diffusa sperimentality che si traduce, attraverso istanze organizzate, in apprendimenti individuali e collettivi, puntuali o sistemici. L’attività di sperimentazione e ricerca, di riflessione guidata sulle esperienze costituisce il principale fattore di produzione e crescita. La formazione continua non rappresenta una modalità di aggiornamento, ma una modalità di lavoro che consente di mantenere intatta la tensione dello “statu nascenti” e alto il livello di attivazione di tutti gli operatori.

Le modalità di lavoro di CHANCE, poiché fondate sulla attivazione delle energie profonde di ciascun operatore, sono estremamente coinvolgenti e logoranti: ciò comporta che gli insegnanti che vi partecipano debbano essersi in qualche modo cimentati in imprese educative complesse e difficili ed abbiano dimostrato a se stessi e alla comunità educativa locale (ciò è alla base del “reclutamento per chiara fama” che tuttavia è una modalità di reclutamento da riservare alla fase pionieristica) di essere in grado di reggere lo sforzo prolungato di queste; in secondo luogo comporta una attenzione estrema per la conservazione e la riattivazione delle energie psichiche, intellettuali e culturali necessarie allo sviluppo del lavoro. Le strutture di “assistenza e manutenzione al progetto” rappresentano quindi non un accessorio ma la struttura portante del progetto. Il numero delle ore dedicate alla autoformazione assistita, alla riflessione sulle esperienze, al monitoraggio e alla progettazione, sono almeno 10 volte superiori a quelle impiegate nelle scuole ordinarie.

Poiché il progetto prende le mosse dal ripristino di una rete relazionale positiva tra allievo, figure parentali, docenti, istituzioni, ciò comporta un assetto organizzativo adeguato. La relazione tutoriale a tutto campo istituisce lo spazio simbolico ed operativo per agire le relazioni. Il docente tutor si pone quindi come centro di una fitta trama di relazioni umane, sociali, culturali ed istituzionali che sono il brodo di coltura in cui può rigenerarsi la volontà di apprendere e di crescere da parte degli allievi.

Negli apprendimenti disciplinari l’assetto organizzativo è più vicino a quello classico della scuola, anche se si intreccia continuamente con l’assetto tutoriale. Sotto il profilo didattico quindi la metodologia di CHANCE consiste in un movimento continuo che cerca di stabilire un positivo e consapevole flusso tra gli apprendimenti informali e quelli formalizzati, tra esperienze di vita e discipline scolastiche. Sotto questo aspetto c’è una continua violazione dei confini che separano l’informale dal formale, una disciplina dall’altra. Anche sotto questo aspetto i docenti devono mettere in campo una flessibilità estrema che, ferma restando la propria specificità disciplinare, sia in grado di interagire continuamente con i vissuti dei ragazzi e con gli apporti di altre discipline, di altri contesti d’azione.

Nel progetto CHANCE si svolgono attività in grado di intercettare diversi stili cognitivi, diversi stili di lavoro, diversi tipi di intelligenza. Non esistono attività di secondaria importanza ma la pari dignità di tutte: dal ballo latino americano a Leopardi, dalla ceramica all’elettromagnetismo, purché facciano parte di un percorso di crescita, purché l’accompagnamento del docente sia in grado di estrarre da ciascuna attività motivo di crescita e di attivazione. Sono considerati validi tutti i contesti di apprendimento: l’aula, il laboratorio, la palestra, la strada, la fabbrica, la scuola professionale, il salotto, il bar, l’autobus, l’automobile...; la comunicazione con le famiglie, con le piccole comunità territoriali sono parte essenziale del progetto in quanto attivano e mantengono vivo il contratto

formativo: il ragazzo non è considerato appendice della famiglia, né la famiglia referente esterno. Le relazioni con la famiglia sono quindi curate in modo autonomo come momento che serve a migliorare il contesto da cui il ragazzo deve trarre la motivazione ad apprendere. La restituzione di una immagine migliore del ragazzo, la puntuale e meticolosa registrazione della sua crescita, lo sviluppo di momenti di socializzazione e convivialità fa parte di un processo educativo di tipo comunitario in cui le famiglie sono coinvolte come soggetti attivi.

Esteriormente il progetto CHANCE si presenta come una scuola atipica in cui la didattica laboratoriale, le attività espressive e del corpo hanno un rilievo maggiore che nella scuola ordinaria; dove la cura della dimensione accogliente a tutti i livelli è perseguita con ostinazione, dove i docenti parlano poco ed i ragazzi sono sistematicamente in posizione attiva, dove si negozia ogni cosa, dove si lavora molto fuori dalle aule, dove ci sono diffusi momenti di vita comunitaria. Tutti questi sono ingredienti collaudati in varie esperienze pedagogiche, anche se difficilmente sono stati utilizzati in modo integrato e sistematico; tuttavia la differenza con la scuola ordinaria sta molto più in ciò che non si percepisce immediatamente, ossia nel modo in cui il gruppo docente riesce, minuto per minuto, ad adattare questa gamma di strumenti alle particolari esigenze del ragazzo e quindi nel grosso lavoro di seconda linea che viene svolto con sistematicità.

### *La seconda linea del progetto*

La seconda linea viene sorretta per gli aspetti psicologici da una struttura indipendente, nel nostro caso dal Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Napoli, e dai coordinatori di modulo locale che attivano anche la riflessione pedagogica. Anche in questo caso si tratta di interventi già sperimentati positivamente altrove. Nel progetto CHANCE abbiamo creato le condizioni perché queste pratiche siano effettive, sistematiche e permanenti.

Gli interventi diversi dall'istruzione vengono sorretti da artigiani, operatori sociali, scuole professionali, esperti... Tutte le figure diverse dai docenti partecipano alla progettazione, alla formazione, alla manutenzione del progetto con pari dignità e responsabilità. Non c'è un semplice coordinamento di diversi soggetti professionali o istituzionali, ma c'è un unico tavolo di lavoro per l'integrazione e la formazione continua. Tutto questo reso possibile da due condizioni: una complessa rete di 'contratti' che lega tra loro le grandi istituzioni ed i gruppi operativi locali; la disponibilità di risorse finanziarie della legge 285. La legge 285 finanzia attualmente non solo alcuni aspetti del progetto (ad esempio la formazione professionale), che a regime dovrebbero essere finanziati da altre strutture istituzionali, ma anche aspetti essenziali senza i quali il progetto non vivrebbe: assistenza e manutenzione del progetto da parte dell'Università; impiego di operatori sociali territoriali, attività relazionali e sociali dei docenti; attività laboratoriali ed in generale le attività di tipo comunitario.

### *Le condizioni di riproducibilità del progetto*

Nel recente Simposio Internazionale "Il chiasso e la parola" (Napoli, 22/02/2001) abbiamo elaborato un decalogo per la riproducibilità, consistente in nove condizioni standard ed una di riserva. Mi soffermo solo su alcune.

1. *Manutenzione della risorsa umana.* Il progetto richiede docenti forti. Forti non significa che sanno ribattere colpo su colpo, ma docenti resistenti, di fibra dura. E come si fabbrica un docente di fibra dura? In generale si fabbrica da solo e quindi bisogna trovarlo fra i docenti che si sono sperimentati e che hanno dimostrato, soprattutto a se stessi, di saper resistere un minuto di più dell'aggressore. Però esistono delle condizioni per fare in modo che il docente forte non venga devastato e una delle condizioni per fare progetti di questo genere é che bisogna avere quello che noi chiamiamo un buon sistema di "manutenzione della risorsa

umana”: poiché le giornate con questi ragazzi sono logoranti, soprattutto per le energie psichiche che si impiegano, occorrono luoghi e tempi per ripristinarle.

2. *Il lavoro di gruppo*. Il nostro o è un lavoro che si fa in gruppo o non funziona. Ieri mattina, prima della partenza, una ragazza è venuta prendendo sotto braccio un’insegnante del terzo anno e l’ha presentata alla sua insegnante del primo anno dicendo: ‘*professoré’ jo vojo bbene a chest’at*’ (“professoressa io voglio bene a quest’altra”). Questo è un tentativo palese ed anche piuttosto grottesco di mettere uno contro gli altri gli insegnanti; ma in generale i ragazzi svolgono continuamente un’attività di messa alla prova della tenuta degli adulti: fanno il loro mestiere di preadolescenti che crescono e che saggiano il mondo adulto, con una voracità tanto maggiore quanto più nella vita familiare non hanno sperimentato modelli adulti sufficientemente forti e coesi. La coesione di gruppo è il cuore del problema, il cuore della forza: gli individui sono deboli, il gruppo deve essere forte; quindi ‘manutenzione della risorsa umana’ significa soprattutto manutenzione della coesione di gruppo. Il che significa che ci sono dei luoghi dove possiamo affrontare, anche con durezza, le nostre contraddizioni uscendone più forti come gruppo e come individui perché sentiamo la protezione del gruppo. Per poter fare questo lavoro bisogna continuamente scoprire delle cose, scoprire ciò che i ragazzi stessi non sanno: conoscere cosa c’è dietro l’aggressività, le parole dure, ecc. Bisogna fare un lavoro di ricerca che è complesso come uno scavo archeologico, perché si tratta di riuscire a sapere delle cose che nessuno sa, neppure il soggetto stesso. Questo lavoro di riflessione, di scavo continuo è quello che consente di mantenere la dimensione accogliente: posso accogliere se capisco; se non conosco respingo; se non capisco le motivazioni delle azioni non riesco ad andare oltre la barriera dell’aggressività.

Il lavoro di gruppo serve quindi anche per creare una *rappresentazione condivisa* del soggetto che apprende, che viene accolto, ospitato nei pensieri di ciascuno e nei pensieri del gruppo; e ciò rappresenta il contenitore che consente di proteggere anche il ragazzo dalle emozioni più devastanti.

Proprio per questo l’accoglienza va di pari passo con la *restituzione*. Per rendere attivo l’allievo, consentirgli di mobilitare le proprie risorse, occorre restituire al ragazzo ciò che di lui e da lui apprendiamo: restituiamo una migliore immagine di sé, una consapevolezza di ciò che ciascuno può fare e può essere. Ed è importante anche che l’immagine di sé sia socialmente condivisa, dal nucleo parentale e più in generale dalla comunità di vita, perché è in questa sede che hanno origine e conclusione i processi di sviluppo dell’identità e dei comportamenti sociali. Una buona parte delle nostre attività sono fondate - si potrebbe dire con un termine di moda - su una politica dell’immagine da giocare nelle relazioni sociali e nel territorio, che è il luogo dove concretamente ciascuno vive.

3. *Il ruolo della formazione*. Complessivamente il nostro gruppo di lavoro è innanzi tutto un gruppo di ricerca, quindi un gruppo dove l’apprendimento dall’esperienza strutturata rappresenta l’essenza del lavoro. Sotto questo aspetto è anche un gruppo di lavoro per la formazione professionale del docente: auto-formazione assistita.

Anche noi usiamo l’espressione di “auto-formazione assistita” perché è fondamentale il fatto che siano gli insegnanti sistematicamente a rielaborare l’esperienza; la formazione in generale ha da essere permanente, ossia non confinata in una sola età della vita. Ma sempre di più non può essere confinata neppure in un luogo solo o in una modalità sola: deve essere permanente ed integrata. L’insegnamento è una pratica professionale estremamente complessa di cui la formazione continua ed integrata è parte costitutiva. Nel nostro progetto il

principale soggetto di apprendimento non sono i ragazzi, sono gli insegnanti. Le attività formative accompagnano il lavoro in modo sistematico e sono incluse nell'orario settimanale: la formazione che noi facciamo è dieci volte superiore a quella degli insegnanti ordinari. Facciamo duecento ore annue di formazione intesa come auto-formazione assistita, cioè come gruppi di insegnanti che discutono sulla propria esperienza accompagnati da qualcuno che facilita la discussione perché ha una formazione specifica e perché è abbastanza distante dal lavoro quotidiano - ma anche fortemente responsabile di fronte al gruppo docente e alla direzione del progetto - da poter aiutare la riflessione sull'esperienza.

Il ripristino delle energie psichiche ed intellettuali avviene in questo modo, apprendendo dagli errori, facendosi male e cercando di evitare di farsi di nuovo male nello stesso modo. Già perché comunque ci si fa male, e i modi sono infiniti. Tuttavia c'è un apprendimento metacognitivo: se si realizzano ripetute esperienze di correzione dell'errore, di riparazione delle ferite (parliamo di ferite emozionali, ma non manca anche qualche ferita fisica) si ha più fiducia di riuscire a superare le difficoltà, siamo meno spaventati dai nostri errori, abbiamo meno paura di sbagliare. La forza che noi mettiamo in campo con i ragazzi è esattamente questa: la forza di persone che di fronte alle difficoltà invece di arrabbiarsi, urlare, esercitare violenza, deprimersi, fuggire, ecc., si fermano, ragionano e crescono.

Sandro Onori, insegnante di liceo, recentemente ha scritto - in un articolo su *la Repubblica* - che l'insegnante insegna molto di più con ciò che è piuttosto che con ciò che sa; più con la sua vita che con le sue parole. Nel progetto CHANCE - e questo lo avvicina ad un progetto di educazione comunitaria - noi mettiamo in gioco un tipo di vita diverso. Nella nostra comunità scolastica non c'è solo rappresentazione della vita, ma anche un pezzo di vita reale - non tutta la vita, perché ce n'è una parte che deve rigorosamente restare fuori - un modo di affrontare le cose che è il modo della cultura; noi facciamo della cultura uno strumento di crescita autentica e non uno strumento di potere dell'insegnante sul ragazzo; non uno strumento di estraniamento o di privilegio. Facciamo vedere che è possibile la convivenza civile, e lo facciamo dove la violenza regna sovrana, dove anche i bambini piccoli usano in modo indifferente l'espressione "devi morire", e la ripetono nei cori allo stadio, e sentono che non è una metafora visto che c'è per strada almeno un morto ammazzato al mese tra i conoscenti, i vicini, i parenti lontani - visto che in una forte percentuale delle famiglie dei nostri ragazzi c'è qualche lutto da crimine.

Riuscire ad essere delle persone pacifiche in una situazione di questo genere è di per sé educativo, ma per poter fare questo noi abbiamo bisogno di una forza interiore che non ci viene dall'aggiornamento ma dalla capacità di usare la cultura per crescere. Troppi insegnanti usano la cultura non per crescere, non per migliorarsi ogni giorno, ma semplicemente per fare gli impiegati di un'amministrazione. Ecco il significato della formazione permanente dentro questo progetto: duecento ore pari a sei ore per ciascuna settimana dell'anno scolastico. Significa anche che tutta una serie di attività, di riflessioni che si svolgono tutti i giorni e che non sempre sono codificate trovano un luogo di confronto e rielaborazione. Se pensiamo alla scuola ordinaria dove un corso di venti ore già pare una cosa straordinaria, e se pensiamo che questo impegno così consistente viene sistematicamente reiterato e non fa parte solo della fase di ingresso nella professione - la formazione è una di quelle cose in cui più se ne fa più se ne ha bisogno, più si scoprono problemi su cui è importante riflettere; non è una di quelle cose che crea sazietà anzi crea appetiti maggiori - ci rendiamo conto che la formazione dei docenti non è una "funzione accessoria" dell'attività docente, ma il suo centro, una forza immediatamente produttiva: si

impara l'arte spendendola subito, senza metterla da parte. Lavorando in questo modo abbiamo quell'attenzione sistematica alla conoscenza e alla scoperta propria dello "statu nascenti", cioè quel modo di credere in ciò che si fa, di ricreare continuamente il mondo che fa vedere ai ragazzi chi siamo. Così smettono di apostrofarti dicendo "chi sei!" con quale diritto mi dai lezioni. Alla fine del primo anno i ragazzi incominciano a usare meno questa frase ed è una delle nostre grandi conquiste: ci siamo conquistati il diritto di parola.

Delle dieci condizioni per realizzare un progetto complesso di inclusione sociale, questa della formazione permanente dei docenti è forse il punto focale.

### *Insegnanti eroici?*

Per concludere, vorrei ritornare sul primo punto: abbiamo detto insegnanti forti, quindi anche un po' speciali, ma noi siamo molto attenti che questo non sia un progetto per eroi. Ogni volta che ci trattano da eroi noi diciamo: non è vero, non siamo eroi, non vogliamo essere eroi perché essere eroi significa che siamo troppo diversi dagli altri insegnanti, significa che invece di essere degli *out sider*, cioè gente che spiazzava gli ordinari assetti mentali, diventiamo degli *out cast*, cioè dei fuorigioco. La nostra scommessa è vincere la partita dei drop out senza metterci fuori gioco anche noi. L'espressione "scuola fuori dalla scuola" ci piace, però forse quella che sta usando l'*Enciclopedia Italiana* nel suo sito internet, "scuola altrove", chiarisce subito che è innanzi tutto scuola e poi semplicemente si svolge in altri luoghi; non è "scuola contro" né "fuori scuola".

Noi siamo attenti a non spacciarci come eroi però corriamo anche il rischio opposto di imbrogliare i nostri interlocutori, presentando l'impresa più facile di quello che è. Allora correggo il tiro dicendo che per fare questo progetto bisogna garantire tutte le condizioni che ho detto (che sono una decina, qui ne ho citate le principali) ma è bene anche procurarsi qualche buon "cane da presa", espressione usata a Napoli per designare le persone tenaci, come il cane che una volta addentato il polpaccio non lo molla. Non si tratta di un eroe, ma di assumersi una responsabilità senza riserve. Voi sapete meglio di me che la scuola ordinaria ha sistematicamente dei punti di debolezza nei rapporti con l'ente locale, nelle strutture, nel personale ausiliario, nelle circolari che non si capiscono, nei soldi che non arrivano... Insomma l'imprevisto è quotidiano. Quando fate questi progetti, se non sapete affrontare gli imprevisti e fare funzionare tutto come un orologio svizzero, il progetto fallisce. Colleghi di Ferrara con cui siamo in corrispondenza, dicono: "il diavolo si annida nei dettagli". Se questi progetti non sono accurati fin nel minimo dettaglio falliscono perché questo tipo di adolescenti è di sensibilità estrema, sente il battito delle ali di una farfalla a Pechino stando a Napoli. Se non siete attrezzati a fare questo, cioè avere insieme a tutte le condizioni strutturali ordinarie anche delle persone particolarmente tenaci e particolarmente battagliere, forse è meglio che non prendiate questa strada



## LE SCUOLE NELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE

**Giulia Gigliozzi**

*CeIS, Centro italiano di solidarietà, Roma*

Lavoro ormai da anni al CeIS, Centro italiano di solidarietà di Roma, coi ragazzi “sporchi, brutti e cattivi” di cui parlava Cesare Moreno. Coordino una équipe di insegnanti, comandati dal Ministero della Pubblica Istruzione in base alla legge 162/90, successivamente modificata dalla 448/98, impegnati in vari servizi del CeIS ma soprattutto in un servizio per adolescenti “a rischio”. La nostra presenza a questo convegno vuole essere la testimonianza dell’opera prestata avendo creduto nella necessità di “una scuola fuori dalla scuola” o comunque *altrove*.

Il nostro lavoro di insegnanti non è stato, e non è, facile e ancora oggi rischiamo di trovarci tra due mondi, le comunità terapeutiche o comunque gli enti che si occupano di prevenzione e recupero delle tossico-dipendenze e l’istituzione scuola, che richiedono cose diverse, parlano spesso linguaggi diversi ed agiscono in tempi diversi. In realtà siamo una *task force* della scuola impegnata in prima linea. Abbiamo pubblicato un libro, di cui ho portato alcune copie, ma altre possono essere inviate a chi è interessato, il cui titolo è: *Professione insegnante*, sottotitolato *ad impossibilia nemo tenetur*, e questo per sottolineare, con una certa ironia, la difficoltà di essere educatori da sempre impegnati in prima linea, spesso pressati tra le richieste dei ragazzi e quelle della burocrazia scolastica. Le prime domande che ci vengono rivolte quando entriamo in comunità sono: chi sei, cosa vuoi, perché non te ne torni a scuola; e qualche volta queste stesse parole ci sono rivolte anche al Ministero.

Chi sono i ragazzi di cui ci occupiamo?

Sono adolescenti che vivono qualche volta in forma drammatica, spesso in forma conflittuale, la propria adolescenza, per i quali le crisi di identità rappresentano un fattore di rischio per l’abbandono scolastico, per l’assunzione di sostanze stupefacenti, per l’esercizio della violenza e per disturbi alimentari quali l’anoressia e la bulimia. Sono ragazzi complicati e dolorosamente coinvolgenti. Abbiamo svolto una ricerca tesa a mettere in relazione la loro storia scolastica coi fenomeni del loro disagio ed è emerso che tutti i ragazzi coi quali operiamo hanno storie scolastiche travagliate, per lo più sono ragazzi che la scuola, pur essendo un’istituzione democraticamente aperta a tutti, ha emarginato.

Non ritengo tuttavia che esista una specifica responsabilità della scuola, in quanto non è un’istituzione attrezzata per svolgere alcuni compiti, come il “recupero” di alcuni adolescenti che per storie personali sono fuori dal mondo scolastico e non hanno più nulla da condividere con i loro eventuali compagni di classe. Al CeIS abbiamo pensato e progettato di costituire, dieci anni fa, una struttura flessibile che affiancasse la scuola e la famiglia per poi restituire i ragazzi alla scuola, insomma al loro mondo.

Siamo partiti da un’esperienza preesistente, poiché erano già previsti servizi analoghi nelle comunità - termine che oggi si direbbe massmediologicamente corretto, ma ciascuno può facilmente comprendere la complessità e la varietà di metodologie ed interventi che raccoglie - e ho coordinato per dieci anni un progetto volto a garantire una struttura semiresidenziale per giovani dove fare opera di recupero dell’autostima, delle loro capacità, insomma opera di educazione e formazione.

Nessuno di noi si è sognato di portare via i ragazzi dal loro ambiente; in una prima fase li accogliamo, lavoriamo con loro sull’autostima, li riconciliamo con gli strumenti dell’apprendimento, ed, essendo per lo più ragazzi che “hanno la pancia aperta”, come dicono loro, cioè ragazzi emotivamente molto fragili, cerchiamo di rimettergli in moto il cervello, spesso con estrema difficoltà. Questi ragazzi non

hanno stima di sé o perché su di loro non c'è, e non c'è stata, nessuna aspettativa, né da parte della famiglia né da parte della scuola, o perché soggetti a pressioni e aspettative eccessive o semplicemente per le difficoltà di carattere e situazioni sociali. Dopo tanti anni di esperienza con questo tipo di giovani, e non pensateli poi molto diversi dai nostri figli, possiamo affermare che il nostro primo compito di insegnanti è di “attrezzarci” e pretendere di essere aiutati nella possibilità di capire tutti i messaggi che i ragazzi ci inviano. In una classe composta da ventisette/trenta alunni non sempre è possibile avere antenne sensibili, invece in strutture come le nostre è più facile e si lavora sull'educazione sentimentale, perché è importante curare la sfera emotiva dei ragazzi, anche per conoscere e discutere e possibilmente prevenire fenomeni quali l'uso delle droghe e l'emersione dei comportamenti a rischio.

Accanto alla nostra esperienza al *Centro italiano di solidarietà* di Roma, oggi se ne stanno effettuando altre e la nostra volontà è di costituire una rete tra tutte queste realtà. L'abbiamo denominata *Progetto Koinè*, di “lingua comune”, perché vuole essere un progetto interistituzionale che coniughi l'istituzione privata e l'istituzione pubblica e coinvolga vari Ministeri, coi quali già, come CeIS, abbiamo attivato rapporti. Tra questi: la Pubblica Istruzione, gli Affari Sociali, che ci ha finanziato alcuni progetti, il Ministero di Grazia e Giustizia, perché molto spesso abbiamo avuto contatti e lavorato nel carcere per minori di Roma, Casal del Marmo, e la Sanità, perché quasi tutti i nostri ragazzi sono a rischio di malattie e questo comporta, al di là del lato umano e del diritto alla salute, costi sociali enormi.

*Il Progetto Koinè* si basa, come metodologia di lavoro, sul lavoro di équipe tra figure professionali diverse, psicologi, educatori, assistenti sociali, insegnanti operatori della famiglia, consulenti vari e così via. Quando noi insegnanti siamo entrati all'interno della comunità ci hanno subito guardato con sospetto: ci portiamo dietro una storia che provoca timori di invasione di campo, di valutazioni, di cultura spacciata. Perciò abbiamo dovuto, e voluto, elaborare il progetto e lavorare in équipe: come operatori pedagogici abbiamo saltato la cattedra, abbiamo tralasciato le discipline e ci siamo messi al fianco degli operatori clinici, lavorando in stretto contatto con loro, e abbiamo scoperto una cosa preziosa: la supervisione. Abbiamo sperimentato il lavoro di gruppo, l'importanza di lavorare in équipe. Avevamo una paura tremenda di fare male operando in un ambiente difficile, e ci ha tranquillizzato le parole di un operatore sociale: *‘Lavorando in équipe, se tu sbagli qualcuno “riacciuffa” immediatamente la situazione’*. Il lavoro d'équipe, inoltre, ci permette lo scambio, di mettere a frutto le idee degli altri oltre che, cosa non meno importante, di approfondire la conoscenza tra noi e aumentare la fiducia.

Abbiamo lavorato in supervisione con Harold Bridger della *Tavistok* di Londra. Tuttavia la supervisione è anche interna, di gruppo.

Abbiamo creato anche una struttura di sostegno per insegnanti perché l'impegno quotidiano a contatto col disagio reale, e con fenomeni espressione di disagio, produce stanchezza, stress. E' difficile reggere la “negatività” di questi ragazzi. Non abbiamo mai assistito ad episodi di violenza nel luogo di lavoro, ma talvolta la depressione di un giovane è difficile da sostenere. C'è quindi bisogno di un supporto che consenta di rinvigorire la mente. Tutto ciò vale anche per i nostri colleghi “dentro la scuola”.

C'è un'enorme necessità di formazione, ma non di corsi tradizionali, bensì di ambienti formativi. In proposito abbiamo proposto al Ministero di consentire annualmente a cinque o sei insegnanti di passare attraverso le nostre strutture, lavorare, supervisionati, coi ragazzi per poi tornare all'interno della scuola formati con percorsi completamente diversi, soprattutto nella relazione alunno-docente. Abbiamo creato una struttura di prevenzione del *burn out* degli insegnanti e pensiamo di diffondere questa esperienza. C'è bisogno di insegnanti motivati, disposti a lasciare la scuola “normale” per

sperimentare la propria professionalità *altrove*. Ci sono purtroppo vincoli normativi – noi siamo comandati annualmente – e , per esempio, degli autori del libro citato precedentemente, scritto alcuni anni fa, solo io sono rimasta, mentre tutti gli altri colleghi sono tornati a scuola, comunque sostituiti da altri.

La legge che ci ha permesso di intraprendere questa esperienza, come ho già accennato, è la 162/90 trasformata poi nella 448/98, ritengo però che le leggi siano solo delle opportunità – pur offerte da chi nel Ministero ha creduto a questa esperienza, come seconda opportunità offerta a giovani che spesso non ne hanno avuta alcuna -, poi comunque sta alle persone agire costruendo. Annualmente la normativa prevede la possibilità di cento utilizzazioni in tutta Italia, ed oggi una sessantina di insegnanti sono impegnati con varie e ricche esperienze presso enti che si occupano di prevenzione e recupero delle tossico-dipendenze. Abbiamo anche costituito, recentemente, un'associazione professionale. Le leggi ci sono necessarie però sono solo, come ho già detto, delle opportunità. Invito tutti, se vi capita di passare per Roma o se siete di Roma, a venirci a trovare, e poi se qualcuno vuol fare l'esperienza insieme a noi è il benvenuto.

## LA SCUOLA IN CARCERE: LA STORIA DI MARCO

**Dario Missaglia**

*Giudice onorario del Tribunale dei Minori, Roma*

Certamente ci si può chiedere perché la presenza di un tribunale per i minorenni, che è un organo giudicante, in questo convegno; io vi risponderò raccontando l'esperienza di Marco, 15 anni, che è un abituale cliente del nostro tribunale e anche dell'istituto penale di Casal del Marmo. Marco, infatti, nella sua vita fa questo mestiere: ruba nelle auto e vive di quello che riesce a recuperare vendendo ciò che ha rubato.

Capisco che per una platea di insegnanti che lavora nelle condizioni di cui avete parlato in questi giorni possa non apparire normale; tuttavia è normale conoscendo la sua vita, il contesto in cui agisce, la sua storia. Ciò che invece non è normale, anzi è sorprendente, è che Marco in queste esperienze ha imparato a capire perfettamente la differenza tra furto e rapina; comprende e conosce perfettamente tutte le attenuanti e tutte le aggravanti ed è straordinariamente capace di fare i conti di tutti i benefici che il codice di procedura penale minorile riserva a chi commette questi reati. A Casal del Marmo lo chiamano *l'avvocato* perché gli altri si rivolgono a lui per avere qualche consiglio.

Insomma senza accorgersene Marco ha acquisito straordinarie competenze linguistiche, giuridiche e matematiche, perché i conti non li sbaglia mai per stare sempre nei limiti. Di tutto ciò però egli non è consapevole. E' stato espulso dalla scuola dopo due consecutive bocciature in prima media e quando gli ho chiesto perché non avesse tentato di proseguire gli studi per conseguire almeno la licenza media mi ha risposto che il motivo era semplice: non capiva le parole dei suoi professori, non capiva le parole che erano scritte su quei libri di testo sui quali avrebbe dovuto studiare. Conoscendo Marco e conoscendo i libri devo dire che avrei fatto fatica a dare torto alle sue considerazioni.

Il fatto grave è che, in base a questo, si è convinto di non capire nulla, perché nella cultura funziona così; mentre i bisogni primari alla fine si impongono, per quanto riguarda la cultura, invece, se una persona viene esclusa, rafforza in se stessa le ragioni della sua esclusione. Marco si sente incapace di accedere alla cultura e questo drammaticamente gli rafforza la sua esclusione.

Solo la vicinanza di un educatore molto bravo di Casal del Marmo lo ha portato a capire che nella sua vicenda di vita era riuscito a fare delle conquiste straordinarie e questo ha consentito di recuperargli un minimo di autostima, di consapevolezza, di forza. Marco ha fatto il suo "bilancio di competenze" e ha ripreso il suo percorso scolastico: con le 150 ore ha acquisito la licenza media e adesso frequenta un corso di formazione professionale. Il suo ritorno a scuola è incominciato dal momento in cui è riuscito a raccontare la propria vita, dalla sua ricostruzione, e ciò è potuto accadere solo con l'aiuto e la guida di un educatore. Questa è la funzione fondamentale della formazione.

Nel seguire interamente i lavori sono stato molto colpito dalla qualità che si è manifestata in questo convegno; per questo volevo congratularmi con voi tutti, con la preside Cimatti, non solo per l'organizzazione e l'accoglienza ma soprattutto per l'esperienza meravigliosa che dirige, e con la senatrice Barbieri per avere voluto che il Ministero della Pubblica Istruzione promuovesse questo incontro; del resto voi sapete benissimo che protocollo e circolare di cui si è discusso a lungo non sono nati d'incanto, a conferma che le istituzioni contano e contano anche le persone che lavorano nelle istituzioni.

Ho trovato poi straordinaria la partecipazione telematica perché la capacità di superare, attraverso la tecnologia, la frammentazione, il rischio di isolamento è una risposta a un bisogno molto forte.

Se da questa esperienza, come ha annunciato l'infaticabile preside Lucia Fattori, nascerà una ricerca per costruire una mappa delle realtà delle scuole in ospedale, una banca dati delle esperienze, potremmo dire che la scuola in ospedale davvero è avviata verso una fase nuova.

Quanto alle esperienze internazionali, il confronto non solo è fondamentale ma io mi auguro, come magistrato minorile, che questa possa essere una buona premessa per organizzare prima o poi un G8 sui diritti globali.

In definitiva ho colto un salto di qualità. E' stato ribadito in molti interventi che la scuola in ospedale, le esperienze delle comunità e anche alcune esperienze delle scuole carcerarie hanno anticipato e sostanziato i caratteri della scuola dell'autonomia, ed è verissimo; alcune persone presenti qui l'avevano già detto tempo fa, però è rilevante che oggi ci sia questa consapevolezza diffusa. Probabilmente allora il salto è nel titolo del convegno, efficace per spiegare la storia della scuola in ospedale, ma che certamente non è riproponibile perché la scuola in ospedale non è più "fuori dalla scuola", e non per essersi omologata alla scuola-apparato, ma perché la scuola-apparato è stata demolita nei fortilizi della sua auto-referenzialità, del suo modello unico, della sua normativa unica. Questo è il grande salto che ora consente di misurarsi con le nuove frontiere che la formazione ci indica: l'autonomia e l'attuazione della riforma dei cicli, una legge che mi sembra di straordinario rilievo almeno per tre punti.

Per la prima volta in 140 anni di storia della scuola italiana si afferma all'articolo 1. che l'istruzione e la formazione devono integrarsi, e questo è un fatto rilevante perché vuol dire che l'istruzione deve essere in grado di contaminarsi con la formazione, deve trovare linguaggi, metodologie e percorsi comuni. La chiave di questo sistema è la formazione continua, non pensata solo in verticale, ovvero nel tempo studieremo sempre, ma anche in profondità, che vuol dire la formazione in tutte le esperienze che la vita ci riserva: la malattia, un rapporto più o meno fortunato con il tribunale, con il carcere o con la comunità.

Il secondo punto è chiarissimo: un sapere per tutti e per ciascuno, mi verrebbe da dire a misura anche di Marco, fino a 18 anni. E questa è una nuova frontiera che la scuola in ospedale dovrà praticare nei prossimi anni, dando ai percorsi formativi i linguaggi e i contenuti coerenti con questi principi. Pur non essendo un esperto auspico che nella definizione dei nuovi *curricula* ci sia almeno un richiamo alla creatività, al pensiero divergente, alla fisicità e alla manipolazione, perché istruzione e formazione si possono integrare se l'istruzione ha la capacità di entrare in contatto con quello che è il sapere acquisito dalla propria esperienza di vita. Se viene a mancare questa capacità di relazione la scuola davvero va fuori, ma va fuori dalla persona.

Il terzo è che questo sistema deve trasformarsi in policentrico, non più limitato ad una relazione ministero-scuola, ma con tanti diversi soggetti protagonisti: le scuole, le autonomie locali, il volontariato, le imprese, l'amministrazione periferica, il tribunale per i minorenni ... Tanto più il sistema è complesso, tanto più avremo bisogno di costruire integrazione di soggetti e integrazione di istituzioni. E' un'impresa difficilissima perché la nostra tradizione è quella di avere lavorato, e vale anche per il tribunale, nella più totale separazione dalle altre istituzioni; bisogna invece apprendere ciò che voi, docenti in ospedale, avete raccontato in relazione alle esperienze effettuate. Apprendere a lavorare insieme è importante in considerazione anche delle leggi di riferimento: la legge 285/97 e la nuova legge, altrettanto importante e che tuttavia qui non ho sentito richiamare, sull'assistenza, che è proprio centrata sul principio dell'integrazione.

Insomma la riforma dei cicli chiede un sapere multiforme e una scuola multiforme, una scuola che non deve avere timore di differenziarsi per avere senso e per parlare alle persone a cui si rivolge. Ritengo che non si debba avere paura di iniziare a parlare anche di specializzazione, di specificità nel reclutamento e di formazione delle competenze, di valutazione necessaria, perché se la scuola è

parte della terapia che può aiutare un bambino a vivere meglio una crisi determinata da una malattia allora dobbiamo avvertire tutti il dovere di verificare la qualità del servizio che offriamo.

La qualità dei servizi che offriamo è il punto forse fondamentale dello scenario in cui viviamo. Alle persone che hanno particolari bisogni deve essere assicurata un'offerta di qualità oppure accadrà, come già succede in altri contesti, che la domanda si rivolga altrove, e c'è già chi propone, invece di servizi di qualità, soldi alle persone perché scelgano ciò che preferiscono.

Il professor Joseph Stiglitz, docente di economia presso l'Università di Oxford, qualche anno fa ha seguito l'esperienza di sperimentazione del buono scuola in un distretto scolastico della California. Non a caso la California quest'anno in un referendum ha respinto quella proposta.

Il professor Stiglitz nel suo studio, tra le varie considerazioni, fa una osservazione che ci interessa molto: le classi sociali, nello scegliere come spendere il buono ricevuto, tendono spontaneamente a riaggregarsi per fasce omogenee; questo, che può sembrare in apparenza una scelta di grande libertà, di fatto andava a ricostruire dei ghetti sociali e la commissione, nominata per verificare i risultati, ha invitato il governo locale a non utilizzare lo strumento proprio rendendosi conto della pericolosità del processo che si era messo in moto.

Ciò conferma la necessità di un soggetto pubblico forte, regolatore di un grande processo formativo capace di valorizzare tutte le risorse, anche quelle private, disponibili, ma dentro un quadro di regole certe, chiare, trasparenti e soprattutto finalizzate agli obiettivi che prima ricordavo. La mia opinione è che tra il buono scuola e una buona scuola c'è un abisso di civiltà, c'è proprio un'idea diversa di società, persino un concetto diverso del diritto. Io mi auguro che nel futuro di questo paese ci sia una buona scuola.

**3 marzo 2001**

**RELAZIONI DEI GRUPPI DI LAVORO**

## **Gruppo 1 – Modelli organizzativi**

**Relatore: Giuseppe Pedrielli**

Il gruppo di lavoro che ha preso in considerazione i modelli organizzativi della scuola in ospedale ha operato dividendosi in due sottogruppi, il primo composto dai docenti della scuola di base e l'altro dai docenti della scuola superiore, da rappresentanti dei Provveditorati e da alcuni ospiti stranieri. La relazione è il frutto della sintesi dei documenti che sono stati elaborati dai due sottogruppi.

Il giudizio unanimemente espresso sui contenuti del protocollo interministeriale d'intesa del 27/09/2000 e della relativa C.M. n.43 del 26/02/2001 è stato decisamente positivo, in particolare perché, col riconoscimento dell'istituzione dei corsi d'istruzione secondaria di secondo grado e dell'istruzione domiciliare, vanno a normare settori che fino ad ora sono stati lasciati alla volontà e all'iniziativa di singoli esecutori, docenti e scuole, che hanno intrapreso tali attività come forme di sperimentazione consentite dall'autonomia scolastica per dare un servizio largamente richiesto.

La circolare ministeriale citata indica con chiarezza i procedimenti da adottare per costituire i presidi scolastici nelle strutture ospedaliere. La discussione sulle forme e sulle caratteristiche che tali presidi dovrebbero avere è stata ampia e vivace. L'ipotesi di una scuola ospedaliera autonoma, con dirigente scolastico e organi collegiali propri, formatasi attraverso processi di verticalizzazione e di orizzontalizzazione di diverse unità scolastiche ospedaliere, con presa in carico totale dell'alunno anche nel periodo di ricovero in *day hospital* e per assicurare pure l'assistenza domiciliare, ha sollevato parecchie perplessità soprattutto in considerazione di due punti critici particolarmente evidenti:

1. la non trasferibilità del modello in tutte le situazioni territoriali, anche in considerazione delle diverse dimensioni e tipologie delle strutture ospedaliere;
2. il pericolo di isolamento dei docenti perché si tratterebbe in questo caso di creare delle scuole speciali, senza osmosi col territorio, che invece si ritiene, nel nostro modello di scuola in generale, elemento assolutamente essenziale.

Perciò la maggioranza ritiene che i presidi scolastici in ospedale debbano essere comunque sedi coordinate o distaccate di una scuola territoriale.

In merito alle modalità che possono consentire un'adeguata offerta didattica e formativa in ospedale e allo svolgimento delle attività connesse, vi è stata la totale condivisione della necessità di:

- individuare e garantire forme di flessibilità nella gestione del personale;
- reperire fondi utili alla realizzazione di esperienze che richiedono tipologie d'insegnamento e di incarico diversificate, come operatori qualificati per l'insegnamento domiciliare, coordinatori didattici e di progetti, ecc.;
- prevedere unità organiche di personale amministrativo, supporto indispensabile nell'organizzazione delle sezioni ospedaliere;
- attuare corsi di formazione per docenti ospedalieri, come pure per i dirigenti scolastici delle scuole territoriali con sezioni in ospedale, perché una precisa conoscenza delle problematiche collegate alla cooperazione tra istituzione scolastica e istituzione sanitaria è fondamentale.

Per quanto concerne gli organici si propone che:



- per la scuola dell'infanzia e transitoriamente per le scuole elementare e media – il ciclo primario previsto dalla legge 30/2000 - la consistenza organica di base sia definita in base ai flussi dell'utenza e ai progetti relativi alla tipologia dei reparti e degli ospedali;
- per la scuola secondaria superiore, tenuto conto delle esperienze già realizzate da cui sono emersi modelli differenti a fronte di situazioni diverse di discenti ospedalizzati, si considerino le medie storiche degli studenti degenti per definire la consistenza organica che dovrà comunque coprire tutte le materie dell'area comune e, in prospettiva, delle principali materie d'indirizzo; idonei finanziamenti saranno necessari per assicurare l'insegnamento di tutte le materie d'indirizzo ad opera di personale docente disponibile a prestazioni aggiuntive, proveniente possibilmente da scuole in rete con la scuola territoriale a cui è aggregata la sezione ospedaliera;
- il Ministero assicuri prioritariamente l'organico funzionale alle scuole che hanno sezioni ospedaliere per permettere di rispondere alle particolari esigenze e alle diverse tipologie d'insegnamento e di funzioni;
- venga monitorata la situazione delle scuole ospedaliere, su base nazionale, per verificare esigenze e problemi; la raccolta di informazioni operata attraverso la scheda di rilevamento apparsa sul sito internet e che molte scuole hanno già compilato servirà a comprendere meglio questa variegata realtà.

In relazione all'istruzione domiciliare, argomento ampiamente discusso perché al momento c'è solo una indicazione riportata nel protocollo d'intesa interministeriale del 27 settembre 2000, mentre non c'è ancora una normativa specifica che ne delimiti caratteri e procedure, sono state condivise le seguenti proposte:

1. che il servizio sia attivato a seguito di certificazione socio-sanitaria che ne garantisca l'opportunità e la fattibilità attraverso informazioni di contesto sanitario e familiare; la cooperazione tra la scuola, la famiglia e il medico è fondamentale per approntare un percorso formativo che sia adeguato alle esigenze, alle capacità e alle effettive possibilità dell'allievo;
2. che siano reperite risorse specifiche, individuate sulla base del fabbisogno; i finanziamenti statali, i fondi della legge 285/97 e i fondi sociali europei possono servire all'uopo;
3. che le risorse economiche e professionali debbano essere gestite dalle istituzioni scolastiche che assicurino e sostengano il servizio sulla base di specifici progetti, previsti nel piano dell'offerta formativa (per coinvolgere l'intero collegio dei docenti);
4. che si istituisca un fondo nazionale o regionale destinato all'istruzione domiciliare e contestualmente si crei di una rete di scuole finalizzata a costituire un gruppo di docenti disponibili a prestare il servizio in ore aggiuntive. Questi, adeguatamente formati dall'équipe socio-sanitaria, garantiranno la continuità del servizio per un triennio.

Chi dovrebbe occuparsi dell'istruzione domiciliare? Se l'alunno troverà temporaneo alloggio presso la sede del presidio sanitario curante, se ne incaricheranno i docenti ospedalieri; altrimenti, se l'alunno tornerà al proprio domicilio e sarà impossibilitato a frequentare la scuola, dovranno essere gli insegnanti della classe di appartenenza o, data l'indisponibilità di questi, una *task-force* comunale o provinciale costituita come previsto nel precedente punto 4: una soluzione in grado di garantire un importante servizio coniugando economicità dei costi e grande professionalità e disponibilità umana.

In conclusione si sono voluti evidenziare gli aspetti fondamentali del servizio scolastico in ospedale:

#### 1. **necessità**

- di orario flessibile da parte dei docenti ospedalieri e della collaborazione su un piano paritetico tra operatori scolastici e operatori sanitari;

## 2. *importanza*

- di relazioni frequenti e costruttive fra i docenti ospedalieri e i docenti delle scuole di provenienza dei discenti degenti al fine di raggiungere gli standard formativi fissati;
- dei rapporti diretti tra docente e discente con utilizzo di materiali didattici adeguati;
- delle tecnologie della comunicazione e della informazione non solo per acquisire conoscenze e competenze, ma anche per mantenere contatti con l'esterno, con la "normalità quotidiana";
- del coinvolgimento delle famiglie nel percorso educativo e formativo;
- della collaborazione tra i docenti dei diversi ordini di scuola per garantire la continuità didattica verticale: oggi il nuovo obbligo scolastico impone la creazione di rapporti diretti tra i docenti della scuola media inferiore e della scuola secondaria superiore, lo stesso deve avvenire con più forza all'interno delle strutture ospedaliere;
- della "ricaduta" di progetti individuali per discenti degenti nelle classi di provenienza dei medesimi. Su questo punto alcuni ospiti stranieri si sono volutamente soffermati ritenendo che sia molto importante sottolineare come il servizio scolastico sia fondamentale non solo per i ragazzi che sono costretti a letto, ma anche per gli altri che, fuori dall'ospedale, possono accrescere sensibilità e senso di responsabilità.

## **Gruppo 2 – Attività didattica e nuove tecnologie**

***Relatore: Alberto Antinori***

### *Quale didattica nella scuola in ospedale*

Il primo elemento di dibattito del gruppo di lavoro è stato quello di ridefinire il ruolo delle “nuove” tecnologie all’interno di una possibile didattica.

Le valutazioni che hanno trovato d’accordo tutti i componenti del gruppo sono state:

- riaffermare la centralità della relazione alunno - insegnante in qualunque processo di apprendimento. Tale relazione è prioritaria e trasversale a tutti gli ordini di studio;
- ribadire il ruolo funzionale delle tecnologie per la didattica che, esprimendo un ulteriore arricchimento delle risorse a disposizione del docente ospedaliero, rappresentano ormai uno strumento non più straordinario, sia per quanto riguarda la loro crescente diffusione nelle realtà scolastiche ospedaliere, sia per il progressivo ampliarsi dei livelli di competenza dei docenti. → risorse economiche; formazione in servizio →

### *Didattica e relazioni*

Un elemento specifico di complessità è rappresentato dalla necessità di confrontarsi con le figure proprie del contesto ospedaliero.

La risposta ad eventuali problemi relativi a queste dinamiche relazionali è individuabile nella concreta attuazione delle indicazioni contenute nel recente protocollo d’intesa tra Ministero della Pubblica Istruzione e Ministero della Sanità.

Da questo fondamentale documento emergono infatti precise strategie operative, quali la necessità di stipulare convenzioni e istituire commissioni miste delegate a pianificare le modalità di un intervento, ad opera delle diverse istituzioni coinvolte, che risulti integrato e sinergico. → relazioni interistituzionali

### *Registrazione e certificazione*

Dall’analisi delle numerose realtà rappresentate nel gruppo di lavoro, è emerso che le procedure di registrazione dell’utenza, di certificazione del lavoro svolto e le modalità di collegamento e raccordo con le scuole di provenienza sono assai diverse fra le varie scuole e questo non favorisce la crescita di un’immagine della scuola ospedaliera come realtà consolidata, quale in effetti risulta ormai essere. Tutti i componenti del gruppo concordano nel ritenere necessario individuare uno standard che uniformi queste procedure al fine di agevolare da un lato il monitoraggio delle esperienze e dall’altro facilitare il rapporto tra le istituzioni scolastiche interessate.

A questo scopo vengono individuati dei parametri comuni con caratteristiche di flessibilità adeguata ai diversi ordini di scuola.

→ proposta di registro elettronico e modulistica eventualmente anche in rete.

→ problematiche relative alla privacy (legge 675/96) chiedere l’autorizzazione ai genitori per comunicare con le scuole di provenienza ?→

### *Didattica e progettualità*

Una delle maggiori difficoltà dell'insegnante ospedaliero è rappresentata dalla frammentarietà dell'intervento didattico. Infatti la progressiva riduzione dei tempi di degenza rende la fruizione del servizio scolastico ospedaliero sempre più discontinua (*day hospital* e ricoveri brevi, ma ripetuti).

L'elemento di continuità deve essere quindi garantito da una didattica per *progetti*, ferme restando le diverse modulazioni del servizio per le brevi, medie o lungodegenze.

In questo contesto di progettualità la strategia che risulta più efficace è costituita dall'inserimento delle tecnologie multimediali che, per il loro potenziale comunicativo, espressivo e creativo, permettono all'alunno di interagire in maniera piacevole con strumenti versatili ed adattabili alle proprie esigenze conoscitive.

Per fare questo è opportuno ricorrere alle risorse dell'autonomia, compresi i contributi degli enti locali e di altri enti, anche privati → relazioni interistituzionali

### *Didattica e Tecnologie*

Si è rilevata come esigenza significativa la possibilità di poter accedere, in rete internet, non tanto alle esperienze dei contesti di eccellenza, quanto agli strumenti come *software* dedicato e giochi didattici, nonché a quelli tipici di condivisione della rete (forum, *chat*, moduli interattivi).

Spazi particolari di riflessione sono stati dati alle problematiche connesse all'uso di internet :

- le cautele da adottare per la navigazione sicura da parte dei minori (connessione protette),
- disponibilità, negli ospedali, dell'accesso alle linee telefoniche,
- problemi logistici,
- convenzioni chiare.

### *Didattica e continuità*

In relazione alla particolare condizione della scuola ospedaliera in cui convivono, spesso nello stesso spazio, diversi ordini di studi, il gruppo ha evidenziato:

- situazioni in cui tale convivenza risulta essere conflittuale;
- situazioni in cui è consolidato uno scambio proficuo di competenze.

Comunque questa anticipazione della futura nuova condizione della scuola di base ha permesso in molti casi alle scuole ospedaliere di appropriarsi delle potenzialità connesse all'interazione delle diverse competenze professionali.

La scuola in ospedale può essere considerato un *osservatorio privilegiato*, che può consentire proficue ricadute sulla scuola "normale".

### **Gruppo 3 – Reclutamento e formazione dei docenti**

*Relatrici: Clotilde Moro e Daniela Fuso*

Sono stata delegata a presentare il lavoro del gruppo che si è occupato del tema: selezione, formazione ed aggiornamento dei docenti ospedalieri.

Mi chiamo Moro Clotilde e sono l'insegnante responsabile della sezione staccata di scuola media attiva dal 1994 presso l'Ospedale Infantile "Regina Margherita" di Torino.

Innanzitutto desidero rivolgere un saluto ed un ringraziamento a tutti coloro i quali hanno seguito il convegno attraverso i collegamenti in videoconferenza. I quesiti, le proposte ed i suggerimenti che sono stati inviati via e-mail sono stati oggetto di attenta valutazione da parte del gruppo ed hanno supportato incisivamente il nostro lavoro che è stato intenso e che ha visto momenti di confronto anche abbastanza acceso.

Il gruppo era eterogeneo e la varietà delle esperienze e delle professionalità rappresentate, se da un lato ha arricchito il nostro lavoro, ha anche creato momenti di difficoltà nella ricerca della stesura di un modello generalizzato di selezione, formazione ed aggiornamento dei docenti ospedalieri.

E' stato infatti difficile mediare alcune posizioni, soprattutto quelle legate alle personali esperienze professionali, esperienze che, radicate in ambiti territoriali tipologicamente diversi, fortemente coinvolgenti a livello emotivo, sono vissute in maniera a volte empatica.

Abbiamo cercato di superare le difficoltà partendo dall'analisi della nuova struttura di formazione dei docenti. Sappiamo che i futuri insegnanti che desidereranno accedere a questo ruolo dovranno passare attraverso una formazione di tipo universitario: su questo aspetto vi è stato accordo unanime, così come unanime consenso si è trovato sulla necessità di fornire a tutti i docenti in questa prima fase di formazione un'adeguata informazione e preparazione sugli aspetti diversi della didattica in ospedale.

La formazione non deve essere rivolta esclusivamente a chi opera in ambiente ospedaliero, ma a tutti i docenti. La didattica ospedaliera non è autoreferenziale, chiusa in spazi e tempi a se' stanti, ma viceversa vive e trova senso di esistere nel mantenimento dei rapporti con la scuola di appartenenza degli alunni degenti e nella collaborazione con i docenti della classe di provenienza dei ragazzi, nell'organizzazione di un percorso individualizzato comunemente progettato tra docenti ospedalieri e curricolari.

In merito al reclutamento e all'acquisizione della titolarità nelle sezioni ospedaliere sono stati ipotizzati tre percorsi:

1. Sulla base della semplice disponibilità data dal docente e/o mediante specifica richiesta di trasferimento, come di fatto è avvenuto finora. Noi però riteniamo veramente rischioso l'eventuale trasferimento d'ufficio.
2. Attraverso uno specifico corso di formazione, con verifica finale e conseguente selezione, che potrebbe evitare l'accesso all'insegnamento in ospedale a docenti che non hanno le idonee caratteristiche.
3. Prevedendo una formazione e una selezione precedente all'accesso all'attività in ospedale, che successivamente continua attraverso una serie di attività che possono essere sia di monitoraggio, sia di supervisione. Una supervisione che può essere di tipo psicologico, didattico e che sfuma nel tempo in una forma di aggiornamento continuo. Questo è il modello che il gruppo di lavoro ha ritenuto più conveniente.

Considerata la complessità degli aspetti del lavoro del docente ospedaliero, le numerose implicazioni non solo di tipo didattico ma anche relazionale, psicologico, gestionale, crediamo che la formazione possa divenire un'attività permanente per il docente ospedaliero, ramificata in più ambiti, attuata con la collaborazione di professionalità diverse, sempre e comunque nel rispetto dei propri ruoli.

Questa è la prima cosa che viene insegnata ai docenti che operano in ospedale: il rispetto dei ruoli.

Siamo favorevoli al monitoraggio psicologico e ad una formazione in sinergia con il personale sanitario, con i volontari, con i rappresentanti dei genitori, con l'azienda sanitaria, con le altre scuole, ma sempre e solo nel rispetto dei reciproci ruoli.

Parlare di selezione del personale docente non è facile ma necessario, perché occorre tutelare i ragazzi: in ospedale (e non solo in ospedale) si possono fare dei danni ai ragazzi e questo bisogna avere il coraggio di dirlo. Tra i docenti ci sono persone che non hanno la forza, l'energia, la preparazione necessaria per svolgere questo compito. Abbiamo dedicato un po' di tempo a delineare l'identikit ipotetico di un insegnante ospedaliero, per vedere a cosa la formazione doveva mirare.

Effettivamente lavorare in ospedale è faticoso e moralmente impegnativo (molti degli interventi che abbiamo sentito riprendono questo tema) e quindi è si ribadisce che la formazione e la selezione dovranno tenere in conto anche questo.

La collega approfondirà taluni aspetti.

Sono Daniela Fuso, docente di scuola media presso il Policlinico "Gemelli" di Roma. Il mio compito è di scendere un po' più in dettaglio nel problema del reclutamento.

La professoressa Moro ha messo l'accento sulla necessità di individuare dei criteri che in qualche modo garantiscano l'accesso alla scuola in ospedale a personale qualificato e preparato.

Abbiamo formulato due ipotesi, tuttavia quella che auspichiamo per un futuro abbastanza prossimo è la seguente: i docenti interessati - di ruolo e che abbiano svolto almeno due anni di insegnamento nella scuola (non vorremmo che accadesse quello che è accaduto in altri contesti, che diventasse una strada agevolata per l'accesso in ruolo) - dovrebbero prima frequentare un apposito corso di formazione. In seguito, chi intende accedere all'insegnamento in ospedale, dovrà presentare la necessaria domanda di trasferimento con indicazione di preferenza per la scuola ospedaliera (come è attualmente presente nella domanda di trasferimento), partecipare ad un percorso di formazione sul campo durante il primo anno in ospedale, assistito da un tutor, ed essere sottoposto ad una valutazione finale, espressa attraverso una griglia con degli indicatori che devono essere noti al docente e che devono essere condivisi dal personale scolastico e dal personale sanitario, ognuno per le proprie competenze.

Nel frattempo, in attesa dell'indizione di una specifica graduatoria, non volendo agevolare l'entrata a docenti non "motivati", si potrebbe strutturare un percorso che preveda:

1. la domanda di utilizzo,
2. un anno di formazione in itinere con tutoring,
3. una valutazione finale che segue gli stessi criteri summenzionati,
4. la domanda di trasferimento con un titolo preferenziale acquisito.

Ci siamo posti anche il problema della permanenza nel ruolo, considerando due aspetti opposti:

- *La permanenza.* Il docente, superato il periodo di formazione, dovrebbe essere vincolato alla permanenza in ospedale per lo meno per un biennio. Anche questo è considerabile uno "step" nel percorso di formazione del docente ospedaliero.
- *L'uscita.* Accade anche che si senta, per motivi diversi, la necessità di allontanarsi da questo ruolo, l'attività in alcuni reparti è sicuramente "usurante" ed è giustificato ipotizzare che il

lavoro del docente in ospedale abbia una durata limitata, per cui occorre individuare i modi per agevolarne il rientro in scuola.

Il gruppo si è inoltre soffermato a riflettere su alcuni temi ascoltati durante le relazioni, e ci siamo chiesti se la scuola ospedaliera potrebbe essere inserita fra le scuole cosiddette “a rischio”. E’ una scuola con una specificità e una tipicità tale che si potrebbe ipotizzare di assegnare ad ogni anno di servizio svolto nella scuola in ospedale un punteggio equivalente a quello che attualmente si attribuisce agli insegnanti di sostegno o agli insegnanti delle piccole isole o quanto altro, punteggio conservabile anche nella nuova sede di servizio in caso di rientro a scuola.,

Questo è quanto elaborato nel tempo a disposizione dal nostro gruppo.

## **Gruppo 4 – Progetti europei e scambi culturali**

*Relatrice: Eleonora Salvadori*

Il gruppo di lavoro è stato più “informativo” che produttivo, anche se alla fine sono state elaborate e definite delle linee progettuali che oggi presenteremo; era un gruppo particolare perché i componenti erano chiamati innanzitutto a dare informazioni su quali erano le opportunità che i programmi educativi europei offrono a coloro che vogliono elaborare, in partenariati transnazionali, progetti relativi al tema della scuola in ospedale.

Nell’ambito del programma comunitario SOCRATES sono state prese in esame le possibili vie per ottenere finanziamenti relativi a progetti; in particolare il COMENIUS 1, il COMENIUS 1.1, il COMENIUS 1.3, il COMENIUS 2 per la formazione dei docenti e anche il COMENIUS 3 per la possibile costruzione di reti tra progetti già esistenti o tra istituzioni che si occupano del tema della scuola in ospedale.

Ci si è poi soffermati sul programma LEONARDO DA VINCI, in particolare sull’azione che riguarda la mobilità, cioè la possibilità di offrire borse a docenti operatori che vogliono usufruire di stage in strutture educative di altri Paesi europei, e sull’azione 2, relativa a progetti pilota per la costruzione di materiali e percorsi di formazione innovativi per le nuove figure che si rendono necessarie per attivare la scuola in ospedale.

Infine sono stati individuati progetti che possono essere realizzati grazie al Fondo Sociale Europeo, un fondo volto all’attuazione non di progetti transnazionali, ma nazionali.

Sono state proposte alcune linee progettuali che cercherò di illustrare :

1. Nell’ambito del COMENIUS 1.1, cioè nell’ambito della costruzione di progetti tra scuole per l’elaborazione di materiale didattico comune, per aiutare a sanare il problema che il bambino vive nel momento in cui entra in ospedale, che è quello di una vera e propria perdita di identità, l’obiettivo da porsi è di fare in modo che questa perdita di identità e questa esperienza del dolore e della malattia vengano valorizzate, in quanto rappresentano per il bambino stesso una competenza in più e una nuova capacità di apprendimento. Secondo alcuni le prime attività da costruire in rete sono quelle che stimolano l’immaginario del bambino e favoriscono lo sviluppo della sua creatività. Quindi all’interno di questi progetti, che naturalmente sono stati appena delineati, si è proposto di costruire, in partenariato, materiali e attività finalizzati a :

- la conoscenza del comune o rispettivo patrimonio di fiabe dei vari paesi coinvolti nel progetto,
- la creazione in rete di fiabe da parte dei soggetti interessati,
- il recupero di un normale rapporto con la quotidianità tramite strumenti quali la redazione di fogli informativi, del giornalino, del diario, del quaderno, ecc., tramite quindi attività di scrittura, principalmente autobiografica,
- la gestione delle emozioni tramite attività di drammatizzazione, utilizzando anche supporti e strumenti sanitari, la musica e la musicoterapica.

Naturalmente si tratta di linee di uno dei possibili progetti che possono essere attivati in questo ambito.

2. In relazione al COMENIUS 1.1 sono emerse indicazioni per la costruzione di attività in rete rivolte a bambini stranieri, cioè a bambini che nell’ospedale provengono da culture linguistiche o semplicemente regionali diverse da quelle dell’operatore scolastico o sanitario. Tale ipotesi è centrata sul problema della diversità culturale e linguistica di fronte a cui si trovano molto spesso i docenti che



lavorano in ospedale. In questi casi sarebbe opportuno creare contatti, avere partner anche nelle scuole “normali”.

3. Per quanto riguarda COMENIUS 1.3, relativo a progetti rivolti allo sviluppo della scuola, si cercherà di privilegiare partenariati tra scuole in ospedale di diversi Paesi proprio perché si tratta di confrontare strumenti, culture, abitudini, cioè tutto ciò che permette di comprendere quali sono le buone pratiche o le pratiche comunque che vengono adottate nei singoli Paesi, nelle varie situazioni. In questo caso è chiaro che i soggetti protagonisti non sono i bambini stessi, ma in modo particolare il personale della scuola.

4. Col COMENIUS 2 è possibile attivare progetti di formazione dei docenti e del personale della scuola in generale. Costruire progetti in partenariato che riguardano proprio la formazione dei docenti è molto importante, rappresenta il valore aggiunto del COMENIUS 2: si tratta di individuare dei percorsi progettuali per la formazione dei docenti da definire tra varie istituzioni educative di più Paesi, tenendo presente che, esistendo culture pedagogiche molto diverse, nel confronto dovrà essere negoziato e condiviso tra i partner il progetto da costruire. Perciò è importante che ciascuno impari a rinunciare a una parte del proprio progetto per negoziarlo con l'altro e quindi le due chiavi da cui si partirà saranno l'organizzazione che apprende e la centralità del bambino, vale a dire il passaggio dall'insegnamento all'apprendimento, sapendo che sono idee chiave che comunque vanno negoziate e condivise con gli altri.

5. Nell'ambito del programma MINERVA si è individuata la possibilità di formulare progetti volti alla costruzione di materiali informatici e, attraverso questi, formare operatori in funzione della realizzazione di centri servizi.

6. Si è infine individuata la possibilità di attuare percorsi in partenariato transnazionale nell'ambito di GRUNDTVIG rivolti all'educazione degli adulti. E' stato rilevato che in questo ambito mancano ancora esperienze importanti e non solo a livello transnazionale, ma anche a livello proprio specificatamente nazionale; quindi è stato ipotizzato un percorso con una serie di obiettivi relativi a modalità organizzative e di formazione, con eventuali partners. Si auspica che questo divenga uno degli ambiti centrali perché la malattia colpisce non solo la fascia d'età infantile; è quindi molto importante dare strumenti di formazione e di recupero di capacità di apprendimento anche agli adulti.

## Gruppo 5 – Relazioni interistituzionali

*Relatrice: M. Giovanna Cantoni*

Parlare oggi di compiti, intese, collaborazioni e cooperazioni fra istituzioni e fra enti che concorrono alla realizzazione della scuola in ospedale, significa parlare di compiti, intese, collaborazioni e cooperazioni fra diversi ministeri (Pubblica istruzione, Sanità, Servizi sociali), fra governo centrale e governi regionali, fra istituzioni dello Stato e associazioni di volontariato. Se questo era difficile una decina di anni fa, oggi è diventato difficilissimo perché stiamo vivendo in tempi di profondi cambiamenti nella scuola, nella sanità e nel sociale.

Il compito del gruppo è stato particolarmente stimolante perché volto a guardare al nuovo che sta avanzando, pur utilizzando le esperienze - positive e negative - del vecchio, per delineare indicazioni, proposte, progetti per l'oggi e per il domani.

Il nuovo è delineato dalle recenti norme, come ad esempio dalla legge sull'autonomia della scuola, dal quadro normativo di riferimento del servizio sanitario nazionale, dalle innovazioni presenti nella legge Turco e ancora dal D.L 112/96 e dalla riforma dal Ministero. Il nuovo è anche in leggi meno recenti come la legge sul diritto allo studio. Inoltre occorre fare riferimento alle direttive e risoluzioni dell'Unione Europea e alle indicazioni internazionali.

Il compito affidato al gruppo è stato, relativamente alla scuola in ospedale, quello di vedere quali intese e collaborazioni sono possibili fra gli enti e le istituzioni per realizzare progetti integrati, di fornire indicazioni alle scuole e alle istituzioni.

Il metodo di lavoro utilizzato è stato quello di partire da alcuni problemi che si sono presentati in questi anni, per cercare di individuare possibili soluzioni (chi fa, che cosa, con quale risultato) che vedano coinvolti le istituzioni e gli enti.

1. Un primo problema riguarda il fare scuola quotidiano, la vita di tutti i giorni o, come a volte si dice, la normalità.

La normalità coinvolge e interseca il lavoro quotidiano dei sanitari con quello dei docenti per la realizzazione, da parte della scuola, di un progetto di formazione dell'alunno ospedalizzato; questo progetto è preparato in collaborazione con i sanitari perché deve contribuire alla realizzazione dell'obiettivo primario, la *global cure*.

In questi progetti le parole chiave sono quelle della scuola dell'autonomia finalizzata a promuovere le potenzialità di ciascuno, adeguando ritmi e tempi di apprendimento, cioè la scuola dell'insegnamento individualizzato, della flessibilità e dei crediti.

Il progetto deve "accompagnare" l'allievo dal momento dell'accoglienza in ospedale fino al ritorno a scuola. A questo progetto collaborano i docenti, i sanitari, i genitori e prima di tutto lo studente e ha la finalità di "contribuire al mantenimento o al recupero dell'equilibrio psicofisico dell'alunno ricoverato tenendo il più possibile vivo il tessuto di relazioni dell'alunno con il suo mondo scolastico ed il sistema di relazioni sociali ed amicali da esso derivato".

Fare un progetto significa anche utilizzare tempi e spazi e usufruire delle risorse materiali e umane che sono disponibili. Significa anche aiuto reciproco, collaborazione e cooperazione.

In questa scuola la collaborazione con gli psicologi, con l'università, diventa importante non solo a livello di formazione dei docenti, ma anche per la messa a punto dei progetti, la loro realizzazione e verifica.

La titolarità e la responsabilità del progetto di formazione è della scuola.

2. Un secondo problema riguarda le modalità di intervento, per la realizzazione del progetto di scuola in ospedale, da parte degli strumenti di governo regionale nei servizi sanitari, sociali e della istruzione e formazione.

Gli enti locali (Regione, Provincia e Comune) possono contribuire alla realizzazione della scuola in ospedale nell'ambito delle politiche previste da varie norme: dalle leggi regionali sul diritto allo studio, dalla realizzazione, sempre a livello locale della Legge n.285/97, della Legge n.328/2000. Inoltre si possono utilizzare i fondi del Fondo Sociale Europeo per progetti.

I temi/problemi che rientrano in questo quadro sono molti, tra questi ci sono, ad esempio, le realizzazioni di progetti per

- ✓ la comunicazione, in tempo reale, dell'alunno ospedalizzato con i suoi compagni e con i suoi insegnanti,
- ✓ la costruzione di reti fra scuole in ospedale,
- ✓ la facilitazione dell'apprendimento o più in generale il percorso formativo (con l'ausilio di notebook, di particolari programmi, di particolari barre, di particolari ausili, di biblioteche, etc.).

Il compito degli EE.LL. non è solo quello di finanziare le strutture e i materiali, ma anche quello di predisporre ed erogare i servizi destinati a rimuovere situazioni di difficoltà che le persone incontrano nel corso della loro vita, fornendo supporti organizzativi e perequativi agli alunni che sono costretti a seguire un percorso ospedaliero.

In questo quadro sono i problemi che riguardano i trasporti, l'utilizzo dei beni culturali, le strutture del territorio (come ad esempio le biblioteche) le assicurazioni, ecc.

3. Un altro tema importante da affrontare è quello del rapporto con il volontariato.

Il volontariato nella scuola in ospedale è presente con le associazioni per l'assistenza ai malati e con i docenti volontari.

Le associazioni di volontariato, da tempo presenti in ospedale per l'assistenza ai malati, offrono personale che può essere utilizzato come esperto (docenti) o in modo "parascolastico", cioè per attività che si collocano accanto al percorso di formazione.

I docenti volontari sono presenti principalmente nella scuola superiore. Si tratta di docenti pensionati o ancora in servizio che si sono singolarmente offerti di realizzare un servizio per gli alunni ospedalizzati. Questi docenti prestano gratuitamente la loro opera, cioè non sono retribuiti per ore fatte in ospedale, né dal Ministero del Tesoro né da altri enti o Istituzioni.

Si ricorda che nella scuola secondaria superiore l'organico in dotazione può essere completato anche con ore aggiuntive svolte dai docenti in servizio, retribuiti dal Ministero del Tesoro.

I docenti volontari e i docenti aderenti alle associazioni di volontariato debbono essere chiamati dalla scuola, che è la titolare e quindi la responsabile del progetto, solo in via residuale, quando non è possibile reperire personale in servizio.

Comunque rimangono irrisolti alcuni problemi.

1. essere informati e coinvolti nel progetto,
2. collaborare, in modo utile, alla sua realizzazione,
3. contribuire alla valutazione finale dell'alunno.

E' importante sottolineare che gli elenchi dei docenti volontari sono molto, molto lunghi; non è compito del gruppo entrare nel merito del significato culturale e civile di questo grande numero di docenti che si sono offerti volontariamente per adempiere a questo compito, quanto piuttosto quello di esaminare la loro collocazione nel progetto complessivo.

Altri due aspetti sono:

1. Il possibile contributo delle associazioni di volontariato nelle attività definite "parascolastiche". Questo contributo, quando esiste, deve essere coerente al progetto formativo e sanitario preparato per il degente.
2. L'importanza delle associazioni di sanitari e di famiglie. Esse sono state e sono una grande risorsa per la scuola in ospedale: sono intervenute con aiuti finanziari, ma anche con importanti sostegni per la realizzazione del percorso formativo e sanitario degli alunni, realizzando in alcuni casi, ad esempio, un coordinamento fra servizio sanitario e servizio scolastico e tra servizio scolastico e famiglie dei singoli alunni degenti.

## RIFLESSIONE SULL'INTEGRAZIONE TRA SCUOLA E TERRITORIO

**Andrea Canevaro**

*Docente di Pedagogia speciale e Direttore del Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Bologna*

Essere ricoverati in ospedale significa interrompere qualcosa per ragioni che possono essere conosciute o sconosciute. Personalmente ritengo che non siano mai completamente sconosciute. Ciò che a noi interessa è capire che cosa accade, o meglio cosa può accadere, in rapporto ad un'interruzione della vita abituale: un individuo vive in un certo contesto e in questo ha sviluppato capacità e percorsi di apprendimento; si trasferisce in un altro contesto e rischia – benché ciò non sempre avvenga - di perdere i punti di riferimento, la Stella Polare o la Croce del Sud a seconda di dove ci collochiamo, per potere sviluppare il suo percorso di apprendimento.

Il cambio di contesto è un primo elemento su cui riflettere e ci sono analogie con altre situazioni, molto diverse per alcuni aspetti, simili per altri. Penso per esempio a chi viene da altri Paesi e deve mescolare scenari diversi: quelli che vengono proposti *ex novo* e quelli che sono alle spalle, già in qualche modo nella sua vita a casa. Questo è un punto di collegamento molto interessante che noi dobbiamo considerare per due ragioni: in primo luogo perché tutte le analogie senza forzature permettono di evitare delle categorizzazioni, poco utili al nostro lavoro; in secondo luogo perché, riflettere su quanto sta accadendo, sia in relazione ai bambini malati sia a quelli provenienti con le loro famiglie da altri Paesi, ci può aiutare. Abbiamo bisogno di strutturare, come educatrici ed educatori, e innanzitutto come cittadini, un'idea di futuro che piano piano, possibilmente senza troppa lentezza, ci permetta di ragionare in termini tali da potere non più dire “ il futuro sono i nostri figli” – intendendo con “nostri” non solo quelli direttamente generati, ma dando a questi termini un significato più ampio, di paternità o maternità allargata, di responsabilità condivisa - bensì da ritenere che il futuro sia dei nostri figli più l'immigrazione, con la quale bisogna incominciare o continuare a sentire un rapporto di fratellanza e di paternità o maternità. Chi lavora come educatore deve inserire nel giusto contesto le deformazioni delle cronache, che possono raccontare fatti di cronaca nera effettivamente accaduti, ma limitati e certamente non rappresentativi di tutta la realtà immigratoria.

Tornando al discorso iniziale, un ragazzo o una ragazza malata è una persona che ha avuto un'esperienza come gli altri; poi ne comincia ad avere una diversa benché insieme ad altri. Tuttavia questa seconda esperienza ha la caratteristica di avere alla radice, a suo fondamento, qualcosa che chiamiamo, per intenderci, “sofferenza”. La sofferenza parte da un fatto strettamente personale ed individuale. Se avessi male ad un ginocchio, chiunque, per quanto fosse solidale con me, non avrebbe il “mio” male al ginocchio. Quindi c'è una radice di esperienza che è talmente personale da non avere la possibilità di essere condivisa. Questo vale sia per la sofferenza fisica sia per qualunque malattia.

La sofferenza può essere condivisa solo se elaborata, e qui siamo proprio al rapporto tra esperienza e apprendimento e alla necessità di esaminare quanto siamo capaci - credo che già lo siamo in parte e che dovremmo diventarlo sempre di più - a trasformare un'esperienza così personale, com'è la sofferenza, in un apprendimento.

E' importante, perciò, che gli insegnanti si organizzino per consentire al bambino malato in ospedale di continuare l'attività scolastica, ma non come prima: è l'occasione per integrarla, per trasformare l'apprendimento da fase specifica e limitata della vita (la scuola, per i maschi il servizio militare, ecc.)

a “stile di vita”, cioè qualcosa che continua ad esserci finché si vive. Non è male arrivare a questo anche perché poi nell'invecchiamento c'è un cambiamento di energie nel singolo e quindi la necessità di riorganizzare l'esistenza: farlo è apprendimento. Riorganizzare le proprie energie, che sono cambiate rispetto al passato, è necessario altrimenti si rischia di vivere, senza presente e senza futuro, similmente a bambini o bambine – un'altra analogia - che possono vivere di ricordi, con un futuro che ha qualche punto interrogativo e un presente misterioso.

Gli insegnanti impegnati nell'opera educativa devono creare e far crescere un buon rapporto di collaborazione con i medici. Ciascuno deve fare il proprio mestiere, però dando il meglio di sé.

In questo modo gli insegnanti non “riducono” la propria professionalità, ma la integrano. Dobbiamo cercare di capire - e su questo c'è ancora molto lavorare - quanto l'aspetto cognitivo possa contribuire alla salute e come quindi il bambino malato possa passare – detto in modo un po' schematico - da oggetto misurato a soggetto misurante. Su questo argomento saranno già state fatte molte riflessioni in collaborazione con i medici. Ci sono motivi seri, come le esigenze di una cura, che portano anche gli adulti ad essere trattati come oggetti, ad essere svestiti, denudati, esposti... Noi però sappiamo bene come ogni nostro gesto non ha un solo modo di svolgersi ed esigere la collaborazione altrui. Accompagnare i gesti con le spiegazioni, rivolte ad un bambino o ad una bambina, è un vero e proprio lavoro. Come avviene nel rapporto tra una mamma e il neonato, la voce accompagna sempre i gesti e il neonato cresce in quel gesto, ma soprattutto in quella voce, perché il gesto cadrà quando non dovrà essere più accudito, invece la voce prenderà il posto più importante. E' già stato studiato che i bambini e le bambine in orfanotrofio, anche ben accuditi, senza la voce “ materna” hanno avuto forti perdite. C'è quindi la necessità di capire l'importanza dell'accompagnamento della voce. L'insegnante può accompagnare il lavoro del medico: sono tempi diversi, è vero, tuttavia ciò non è di per sé un danno, può essere la possibilità di tornare sulle cose, quindi di riflettere con chiarezza e di potenziare la capacità cognitiva del ragazzo per consentirgli di capire che cosa sta accadendo: capire un'organizzazione, capire che questa organizzazione ha delle sue regole e che quindi bisogna inserirsi in un determinato mondo.

Le regole in ospedale sono ritenute un elemento scontato: un individuo è qui per curarsi, e gli interesserà uscire sano. E' possibile che questo sia una buona ragione per non curarsi di tutto il resto. Noi però riteniamo, e con noi ormai molti medici, che per uscire sano sia importante la conoscenza delle regole: dicono i medici che significa capacità di collaborare alla cura.

La scuola può aiutare un malato in questo. Inizialmente gli insegnanti ritengono che l'attività didattica offerta sia la migliore in relazione all'utenza ospedaliera. Poi comprendono la necessità di aggiungere qualcosa in qualità, l'esigenza di collaborare coi medici e di considerare gli aspetti cognitivi contenuti nelle nuove esperienze fatte da chi è malato. Infine si preoccupano dell'uscita: l'aspetto cognitivo così importante deve trovare una spendibilità anche all'esterno per non “ridurre” un'esperienza come quella della sofferenza.

Da queste esperienze la stessa scuola può trarre grande utilità: comprendere che in tal modo può integrare l'offerta e mettere in campo nuove strategie di apprendimento. Si capisce così cosa succede in una scuola attiva quando un insegnante, un maestro o una maestra emuli di Freinet, inizia il lavoro cercando di proporre qualcosa che sia collegato e integrabile all'esperienza di ciascun alunno. Il problema è che mentre Freinet aveva a che fare con dei bambini che avevano esperienze di lavori anche duri e faticosi della campagna, nelle stesse zone probabilmente i discendenti di quei bambini guardano la televisione, come tutti i loro coetanei. Tuttavia sotto quella che noi chiamiamo omologazione, scavando ci sono anche le esperienze individuali di quel bambino o di quella bambina. Si giunge così alla conclusione che i punti più rilevanti, condensati nel rapporto esperienza-apprendimenti, debbano essere oggetto di un confronto che tenga conto delle esperienze in corso,

non per determinare l'esperienza di eccellenza, ma per individuare le "eccellenze" che sono contenute in ogni esperienza. Anche l'esperienza che a prima vista fosse la più lontana da quello che considero eccellenza deve contenere qualche elemento di valore. Noi dobbiamo intrecciare gli elementi di valore, renderli sperimentabili e riproducibili, sapendo in anticipo che la riproduzione delle esperienze pionieristiche hanno poi quell'effetto di banalizzazione, per cui è meglio che l'esperienza non sia "troppo" eccezionale per evitare un'eccessiva banalizzazione. I pionieri fanno cose estremamente interessanti; in seguito bisogna trovare un livello che non potrà essere quello alto di chi ha iniziato una strada nuova, ma non deve essere neanche un livello troppo basso.

Per ottenere questo bisogna lavorare, moltiplicare le occasioni di incontro, anche virtuale, informatico, confrontarsi per creare una modalità di ricerca delle eccellenze connesse al doppio problema da esplorare: l'esperienza e l'apprendimento, e l'apprendimento e l'aspetto cognitivo collegato al miglioramento della qualità della cura.

## CONCLUSIONI

**Senatrice Silvia Barbieri**

*Sottosegretario di Stato alla Pubblica Istruzione*

Ritengo che senza un altissimo livello di partecipazione costruttiva, senza una forte sensibilità al tema che è stato trattato in questi giorni e che viene sperimentato quotidianamente nelle scuole italiane che operano negli ospedali, il confronto che si è sviluppato in questo convegno non avrebbe raggiunto i risultati prefissi con quell'efficacia e quell'elevata qualità che, con grande piacere, sto constatando. E allora voglio ringraziare le persone, le organizzazioni e gli enti che hanno consentito che ciò accadesse, a partire dalla preside Cimatti, dagli insegnanti, dal personale tutto e dagli studenti dell'Istituto Professionale Alberghiero "Bartolomeo Scappi" di Castel San Pietro Terme, che sono stati bravissimi nell'organizzare con notevole professionalità, degna di un grande centro convegni, ambienti e lavori di questo convegno. La scuola italiana è anche questo e ce lo dobbiamo ricordare. Ringrazio tutti i rappresentanti delle scuole che sono presenti qui e che hanno voluto seguirci in questi giorni attraverso i punti d'ascolto; senza questa partecipazione a distanza il convegno non avrebbe avuto lo stesso significato. Abbiamo colto l'obiettivo che ci eravamo prefissi e cioè mettere in comunicazione reale i risultati che otteniamo e i problemi che incontriamo, in modo che tutti insieme calibriamo sugli obiettivi successivi le azioni necessarie per superare i problemi. In precedenza, davanti al monitor, seguivo con molto interesse il *tam tam* delle domande che ancora stamattina arrivavano dai centri di ascolto e mi accorgevo che dentro a ciascuna di quelle domande vi era un concreto, serio problema, più piccolo o più grosso, che comunque ci impegnerà per andare alla soluzione più appropriata, ci impegnerà ad evitare che il valore di una grandissima esperienza non dico si infranga o si arresti, perché questo non potrà accadere, ma sia portato a sprecare un po' delle sue preziosissime energie nel superamento di ostacoli che potrebbero non esserci. L'individuazione del piccolo impedimento burocratico, che può diventare una grande montagna, va fatta subito, per rimuoverlo, per eliminarlo.

Dico grazie agli operatori della sanità, senza i quali la nostra esperienza di operatori della scuola non riuscirebbe a raggiungere il risultato voluto. Con loro dovremo lavorare sempre di più e meglio perché le cose che diceva il Prof. Canevaro si realizzino veramente, perché ci sia sintonia nell'approccio al soggetto che abbiamo di fronte. Per fare questo occorre lavorare insieme, occorre la disponibilità di tutti a rimettersi in discussione per ricominciare ogni giorno da capo senza dimenticare quello che si è fatto il giorno prima.

Ringrazio anche i rappresentanti degli enti locali, che hanno voluto essere presenti a questo convegno, perché senza la collaborazione delle autonomie locali non è possibile fare nulla in quanto l'autonomia della scuola ha valore se è collegata in rete coi soggetti che devono lavorare in sinergia con essa. Un ringraziamento particolare va all'amico sindaco di Castel S. Pietro Terme.

Ringrazio molto chi nel Ministero della Pubblica Istruzione ha lavorato così bene per la realizzazione di questo convegno: la Direzione Generale per le Relazioni Internazionali, il Servizio per la comunicazione, il Gruppo di lavoro interdirezionale, che ha organizzato il convegno insieme alla scuola, e il Servizio per l'informatica e l'innovazione tecnologica unitamente al Dipartimento di informatica Polo di Crema dell'Università agli Studi di Milano, che ci ha dato la possibilità di lavorare in *web conference* e ci ha consentito di farlo così efficacemente. E permettetemi un ringraziamento particolare a una persona e alle altre che hanno lavorato con lei: Lucia Fattori. Insieme lavoriamo tutti i giorni per tante cose che attengono all'amministrazione scolastica, ordinaria e straordinaria, e ha



trovato il tempo e il modo per buttarsi a capofitto su questo progetto e per contagiare col suo entusiasmo le altre persone che quotidianamente, strappando tempo al lavoro normale, si riunivano per raggiungere il risultato migliore.

Ringrazio le scuole straniere che hanno partecipato ai lavori di questo convegno, che ha voluto essere un convegno internazionale proprio perché abbiamo bisogno di confrontare diverse modalità di approccio e operative alla problematica discussa in questi giorni.

Nessuno pensa di avere la ricetta buona; ognuno pensa di agire con la migliore volontà per il raggiungimento di un obiettivo ed è sicuramente utile confrontare le esperienze, com'è avvenuto ed è stato riferito questa mattina nei gruppi di lavoro, per scegliere certe soluzioni e scartarne altre.

Non voglio aggiungere molto a quanto è già stato detto in questi tre giorni di lavoro, tuttavia vorrei spiegare che cosa ha significato per me l'incontro con l'esperienza della scuola in ospedale nell'arco di tempo che ho dedicato al governo della scuola.

La verifica e la testimonianza di ciò che si fa attraverso questa esperienza, delle modalità con cui si interpreta la scuola in una situazione di confronto continuo con il dolore, in una situazione di rischio di emarginazione, mi hanno dato la convinzione che gli ostacoli da superare erano tanti e che non si poteva sbagliare altrimenti si rischiava di ritornare indietro, che ce la potevamo fare: se la scuola era anche quella che si realizzava in ospedale significava che la scuola aveva capito che cosa è la riforma che stiamo realizzando, e la scuola aveva la sensibilità, l'intelligenza, l'energia, l'amore per aiutarci a realizzarla.

Sono proprio convinta che avrei faticato molto di più a reggere questo anno di lavoro senza questo incontro e le cose che ho sentito stamattina, in questo scorcio finale del convegno, mi confortano in questa convinzione.

Io parto da una considerazione che ho sentito ripetere qui, che suona come una critica al titolo che abbiamo dato a questo seminario: non dobbiamo dire "la scuola fuori dalla scuola", usando la categoria del dentro/fuori che potrebbe adombrare barriere, ma usare categorie più attinenti a forme di articolazione, e quindi di autonomia e di flessibilità, della scuola. L'attività didattica negli ospedali, insieme alle esperienze dei maestri di strada, degli insegnanti nelle comunità terapeutiche e nelle carceri, è un modo vario e articolato di fare scuola in rapporto ai soggetti discenti che abbiamo di fronte; non è la scuola fuori dalla scuola, ma la nuova scuola che deve essere dovunque.

Certamente l'esperienza che viene fatta in tanti ospedali italiani con i bambini e i ragazzi che, lì ricoverati, seguono un percorso che li ha allontanati dal loro ambiente naturale in cui non sanno se, quando e come ritorneranno, ha in qualche modo anticipato l'asse della riforma che, prima con l'autonomia, poi con la rottura delle gabbie burocratiche e ora con il riordino dei cicli, cerchiamo di realizzare.

In quale modo? La chiave di lettura del cambiamento, per me, è il passaggio dall'ottica che vede l'allievo, bambino o ragazzo, come oggetto di insegnamento all'ottica che lo vede come soggetto di apprendimento. E questo avviene nell'ospedale e dovrà avvenire nella scuola territoriale: un allievo non deve essere mai più un soggetto a cui semplicemente trasmettere, ma un soggetto da aiutare ad apprendere.

Che cosa?

Prima di tutto a capire bene le capacità che ha dentro. Ho seguito con molta attenzione l'intervento di Dario Missaglia e la storia di Marco è una storia emblematica: Marco non capiva i messaggi che i libri e gli insegnanti a scuola gli mandavano ed ha cercato di realizzare le sue potenzialità nella direzione opposta. Ma era lui che non capiva o erano coloro che gli lanciavano il messaggio che non avevano mai pensato che la loro funzione, la loro missione non era quella di trasmettere qualcosa, bensì di aiutarlo a riconoscere le proprie abilità?

La nuova scuola che vogliamo deve consentire di sviluppare le abilità, che sono presenti in tutti e che poi variamente si sviluppano, permettendo a ciascuno di prendere la propria strada.

La prima volta che sono andata a visitare una scuola in ospedale a Roma mi è stata detto che lavorare e sentirsi dentro la scuola, essere impegnati nella scuola aiutava i ragazzi sul piano terapeutico: la cura funzionava meglio perché esisteva un obiettivo. Inoltre molti ragazzi ricoverati, che avevano alle spalle un percorso scolastico complicato, si impegnavano con vigore e, quando ritornavano nella loro scuola di appartenenza, erano orgogliosi di essere diventati in molti casi più bravi dei loro compagni.

Questo significa che il percorso personalizzato, attivato dal docente, ha raggiunto il risultato anche nella situazione più difficile. Ed ecco perché le capacità di flessibilità, di inventare modelli e di realizzarli, di rimettersi in discussione tutti i giorni che si realizzano nella scuola in ospedale sono aspetti di grande valore e di grande importanza.

Ascoltando le relazioni sui lavori di gruppo, sono rimasta molto colpita dalla serietà con cui si affrontano i problemi. Ad esempio un relatore sottolineava come sotto l'aspetto puramente organizzativo poteva essere utile in termini di efficienza creare scuole speciali ospedaliere, ma ho sentito con molto piacere che questa soluzione è stata giudicata da quel gruppo di lavoro da non perseguire perché, se non si mantiene il contatto con il territorio, con la scuola "normale", si rischia la ghettizzazione. Questo ha voluto dire sacrificare un mito della nostra società, quello dell'efficienza o dell'efficientismo, a una cosa molto più importante e molto più difficile che è quella dell'efficacia, garantita dalla continua comunicazione tra chi opera in ospedale e i colleghi impegnati nella stessa scuola, nella sezione territoriale. Quest'ultima potrà trovare linfa dalle esperienze così avanzate effettuate nella sezione ospedaliera.

Il Ministero della Pubblica Istruzione promuove numerosi convegni e talvolta è necessario sollecitare la partecipazione degli interessati; qui non ce n'è stato proprio bisogno: la partecipazione, in sala e nei centri d'ascolto, è stata estremamente alta, superiore alle aspettative e senza nessun bisogno di sollecitazioni. Credo di comprenderne i motivi anche nel messaggio pervenuto in questi giorni dal dirigente scolastico della scuola media "Viviani" di Napoli, che è in sintonia con quello che penso: "Nella cultura didattica che cresce attorno alla scuola in ospedale vi sono tutti gli elementi che aprono una nuova riflessione sul fare la scuola in modo diverso in contesti di scuola dentro la scuola, perché stiamo scoprendo, anche noi che siamo nel progetto, che la scuola più ricca si fa oggi fuori dalla scuola, in una dimensione di autonomia che si sta irrobustendo".

In tutti gli ospedali c'è bisogno di docenti forti; credo che quei docenti che incominciano qualche volta per caso, talaltra per volontà vera questo tipo di esperienza se non sono forti dall'inizio, lo diventano; ma guai se pensassimo di lasciarli soli. Noi dobbiamo lavorare per assicurare una formazione che sia anche diffusiva di queste esperienze, ma che faccia sì che i docenti rimangano forti e altri se ne formino forti in una scuola che è oggi caratterizzata dal fatto di avere, e non solo in queste esperienze di scuola altrove, presenze di grande capacità e di grande eccellenza.

Ha ragione il professor Canevaro: non si può pensare di puntare sulla situazione di eccellenza altissima anche per evitare banalizzazioni eccessive, cioè scopiazzature grossolane del punto alto. Così come è felice e fortunato quel paese che non ha bisogno di eroi, diventa felice e fortunata una scuola che senza eroi riesca, tuttavia, a raggiungere quegli obiettivi di formazione della persona e della cittadinanza responsabile che sono al centro del nostro progetto politico.

Per realizzare questa scuola cerchiamo di rimuovere tutti gli ostacoli. Abbiamo fatto delle cose che sono piccole in sé e che, tuttavia, per il modo con cui sono state recepite da chi lavora in questo campo dimostrano come con una piccola azione si possa avere un grande risultato: il protocollo d'intesa interministeriale, le circolari, Il protocollo d'intesa con il Ministero dei Beni Culturali che

consente alla scuola in ospedale di uscire dall'ospedale e incominciare a frequentare il cinema e il teatro...

Ci sono tante cose da fare, ma intanto prendiamo l'impegno di dare seguito a questo convegno facendo nascere un progetto di ricerca che, sulle piste qui tracciate, ci metta in condizioni di non disperdere una briciola di queste esperienze, di valorizzarle usando le tecnologie, non chiamiamole più nuove, ma sicuramente buone, che ci hanno aiutato oggi e che ci potranno aiutare ancora. Abbiamo partner utili per condurre questa ricerca e, per evitare che dietro alle eccellenze ci sia il deserto, facciamo in modo che si costruiscano pacchetti modulari di pronto utilizzo che ci consentano di diffondere l'esperienza, di renderla sempre meno eroica e sempre più appagante, perché sempre più capace di raggiungere risultati positivi.

Concludo ringraziandovi ancora moltissimo per quello che avete fatto, per quello che sicuramente farete e per il modo con cui riuscirete a contagiare e coinvolgere tanti vostri colleghi in questa avventura che dentro e fuori dalla scuola, dentro e fuori dall'ospedale comunque è l'avventura dell'educazione delle giovani generazioni, e quindi è la scommessa sul nostro stesso futuro.

APPENDICE

## I NUMERI DEL SEMINARIO E SINTESI DELLE RELAZIONI FINALI PRODOTTE DAI CENTRI DI ASCOLTO

**di Giuseppe Pedrielli**

Al seminario internazionale “La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo”, tenutosi a Castel San Pietro Terme l'1, 2 e 3 marzo 2001, hanno preso parte ai lavori svoltisi presso l'hotel delle Terme oltre 170 persone.

Nei tre giorni sono stati presenti 124 tra dirigenti scolastici e docenti in rappresentanza di 75 scuole che operano in ospedale, distribuite in 18 regioni italiane. A parte la Val d'Aosta, solo dal Friuli Venezia-Giulia non sono intervenuti rappresentanti delle scuole locali, benché invitati, perché hanno preferito partecipare ai lavori dei centri di ascolto attivati a Trieste e a Gemona. Tale scelta, per altro, è stata fatta, nel complesso, da 8 scuole in tutto il territorio nazionale che hanno trovato più conveniente incontrarsi presso i centri di ascolto istituiti, oltre che nelle due località citate, anche a Bari, Catania, Genova, L'Aquila, Monza, Napoli, Palermo, Pesaro, Perugia, Reggio Calabria, Roma, Torino, Verbania e Verona.

E' stato considerevole ed importante lo sforzo effettuato per ricercare tutte le scuole attive nelle strutture ospedaliere. Solo 48 comparivano in rete sul sito [www.scuolainospedale.org](http://www.scuolainospedale.org) nel momento in cui si organizzava il seminario; 83 scuole sono state individuate e invitate a Castel San Pietro Terme; nei primi giorni di maggio 2001, due mesi dopo la conclusione del convegno e grazie anche alla diffusione dei lavori svolti, è stato possibile rintracciare 81 scuole elementari, 24 scuole medie e 6 scuole secondarie superiori operanti nei presidi ospedalieri.

Insieme al personale della scuola e ai relatori – compresi quelli provenienti da altri 8 Paesi europei – hanno preso parte ai lavori rappresentanti del Ministero della Sanità, di 6 Direzioni ospedaliere di 4 diverse regioni, di Direzioni scolastiche regionali, dell'A.N.C.I. e di enti locali, dell'INDIRE e del CEDE. Hanno pure partecipato operatori sanitari e sociali, esponenti dell'associazionismo e docenti volontari che operano nelle strutture ospedaliere, nonché studenti e ricercatori del Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

A tutti questi si aggiungono i dirigenti, gli ispettori tecnici e gli esperti del Ministero della Pubblica Istruzione che, unitamente al dirigente scolastico dell'I.P.S.S.A.R. “B. Scappi” che ha organizzato il seminario e ai docenti del Dipartimento di Tecnologie dell'Informazione di Crema responsabili della *webconference*, hanno coordinato i lavori.

Le schede di valutazione compilate dagli ospiti del seminario sono state 102 ed hanno dimostrato un notevole gradimento dei servizi offerti e dei lavori svolti.

Giudizi eccellenti riguardano gli aspetti organizzativi: la qualità dell'accoglienza e del servizio di ristorazione e la funzionalità dei supporti tecnici e delle attrezzature. Questo è un importante riconoscimento dell'elevato grado di ospitalità di Castel San Pietro Terme e delle pregevoli competenze professionali palesate dai docenti e dagli allievi dell'istituto organizzatore, impegnati sia a curare il ricevimento e l'organizzazione in sala, sia, più volte, ad assicurare i servizi ristorativi.

Un deciso apprezzamento si manifesta per la fornitura di informazioni di carattere normativo, per l'efficacia delle relazioni (nonostante i tempi ritenuti talvolta troppi limitati) e per la qualità dei materiali forniti ai partecipanti. Molto buono il giudizio espresso sui materiali elaborati dai gruppi di lavoro, anche se qualcuno lamenta che i tempi per la discussione e la produzione siano stati eccessivamente brevi.

Le proposte più ricorrenti riguardano la necessità di dare continuità a seminari sul tema della scuola in ospedale – per incrementare i collegamenti nazionali ed internazionali e per diffondere le esperienze realizzate – e di promuovere attività di ricerca-azione e di formazione per i docenti.

### *Sintesi delle relazioni dei centri d'ascolto*

Coordinando i lavori della seconda giornata il prof. Nello Scarabottolo, direttore del Dipartimento di tecnologie dell'informazione - Polo di Crema dell'Università statale di Milano, ha opportunamente sottolineato che il Dipartimento che dirige ha cooperato all'attuazione dell'evento fornendo supporti tecnologici e la strumentazione necessaria non solo per consentire che le sedute del convegno tenutosi all'hotel delle Terme di Castel San Pietro fossero riprese e trasmesse in tempo reale a Crema mediante un collegamento telefonico e da Crema irradiate poi via internet in tutti i centri di ascolto autorizzati a “scaricarle” in tempo reale, ma anche per realizzare un sito specifico, [http://www.crema.unimi.it/convegno\\_bologna/](http://www.crema.unimi.it/convegno_bologna/) con la possibilità di interagire e di discutere le tematiche trattate, sia nei giorni che hanno preceduto l'inizio del convegno, sia durante il suo svolgimento, sia nelle settimane successive. In questo modo la partecipazione all'evento non è stata limitata alle persone che sono intervenute in sala, bensì ha avuto una diffusione capillare sul territorio. Se si considera, come ha messo in risalto il dott. De Gasperis, dirigente della Direzione Generale per le Relazioni internazionali del Ministero della Pubblica Istruzione, presiedendo i lavori nella giornata conclusiva, che i centri di ascolto, dai 16 “ufficiali”, erano diventati 28 reali e che in ciascuno erano stati presenti dalle 15 alle 50 persone si può comprendere l'elevata partecipazione alle problematiche prese in esame. E questo senza tener conto dei numerosissimi contatti del sito internet citato, dove, ancora settimane dopo la conclusione del convegno, sono continuate a pervenire quesiti ed osservazioni relative alle tematiche della “scuola fuori dalla scuola”. Sono state calcolate in circa 800 le presenze complessive nei centri di ascolto, mentre più di 250 sono stati gli interventi pervenuti *on line* nel *forum* e nella *chat line*.

Nel prendere in esame le relazioni finali prodotte dai centri d'ascolto, alcune delle quali possono essere visionate sul sito predetto - a cui si può accedere anche attraverso il *link* sul progetto “la scuola in ospedale” presente sulla *home-page* del sito internet del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - si evince che le tematiche proposte all'analisi sono state trattate con molta attenzione e grande interesse.

Nonostante le avversità climatiche (neve a Verbania, brutto tempo a Torino) e talune difficoltà tecniche di ricezione (a Bari, a Trieste, a Palermo...) i materiali elaborati, talvolta anche molto ponderosi, testimoniano che nei lavori condotti si è proceduto innanzitutto ad un'accurata riflessione sulle realtà locali, per poi, in relazione ad esse, rispondere anche alle cinque tematiche proposte.

E' significativo che l'occasione sia stata utilizzata, in diversi casi, per sviluppare importanti attività collaterali: un seminario a Palermo per approfondire *‘taluni aspetti relazionali ed istituzionali della ‘ragion d'essere’ della scuola in ospedale’*, una tavola rotonda a Perugia sull'esperienza locale di scuola in ospedale (*‘la scuola dei coniglietti bianchi’*), incontri preparatori a Monza per giungere *‘all'accordo di rete tra le scuole superiori del territorio per l'attivazione della scuola ospedaliera rivolta ad alunni frequentanti la scuola secondaria superiore ricoverati presso il reparto di ematologia pediatrica dell'ospedale San Gerardo’* e a Gemona del Friuli per attuare iniziative di recupero dei drop out.

In relazione alle cinque aree tematiche, benché risulti sempre difficile sintetizzare i contenuti di una documentazione vasta ed articolata che riassume molte ore di discussione, si possono evidenziare le considerazioni seguenti.

### **Modelli organizzativi**

Certamente la questione più controversa riguarda l'aspetto organizzativo della scuola ospedaliera. Il gruppo di lavoro che si è costituito a Genova si dichiara favorevole alla creazione di *“un polo ospedaliero come entità autonoma ad alta specializzazione, con un'unica dirigenza scolastica e con organi collegiali propri”* sottolineando tuttavia come *“il legittimo bisogno di specificità non deve far correre il rischio d'isolamento dalle diverse problematiche e dal percorso pedagogico della scuola esterna”*, ritenendo perciò indispensabili i collegamenti con le scuole territoriali e, in particolare, con quelle di appartenenza degli alunni degenti.

Sostanzialmente analoga la proposta che proviene da Catania, mentre diversi sono gli orientamenti dei gruppi operanti altrove. Soprattutto nei centri più piccoli, dove presumibilmente c'è una presenza ospedaliera limitata, si mette l'accento sull'opportunità di interventi in rete che coinvolgano le varie istituzioni territoriali per offrire efficaci servizi scolastici in ospedale e d'istruzione domiciliare, contenendo i costi.

Concordanza unanime si registra, invece, sugli aspetti attinenti l'erogazione del servizio scolastico nelle strutture ospedaliere: l'esigenza di flessibilità (da Verbania si sottolinea come l'attività didattica dei docenti ospedalieri *“abbia delle caratteristiche molto particolari e certamente molto diverse da quelle dei docenti che operano in una struttura scolastica normale”*), di modularità dei percorsi formativi, di collaborazione con gli operatori sanitari, di costituzione di organici statali nelle sezioni scolastiche in ospedale, di favorire la continuità didattica e d'intrattenere rapporti frequenti con le scuole di appartenenza dei ragazzi malati.

Da Torino si segnala, anche in base all'esperienza qui effettuata, l'importanza del lavoro in rete anche con il coinvolgimento dell'ente locale; da Genova viene con forza l'invito a non dimenticare la componente ludica nelle attività educative e formative rivolte agli alunni ospedalizzati; da Verona si sottolinea opportunamente com'è fondamentale il rapporto umano che si instaura tra docente ed alunno malato: esso deve essere adeguatamente valorizzato.

### **Attività didattica e nuove tecnologie**

Diversi gruppi di lavoro si sono soffermati sull'importanza che hanno assunto le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per garantire agli alunni ospedalizzati strumenti non solo didattici, ma anche utili per rompere l'isolamento. Importanti e significative appaiono senz'altro le iniziative di teleconferenza e le attività di laboratorio multimediale realizzate a Napoli; tuttavia la valutazione più equilibrata e largamente condivisa è quella riportata nella relazione del gruppo genovese: *“L'uso delle nuove tecnologie in ospedale rappresenta un'esperienza positiva per il bambino, purché non sostituisca la figura dell'insegnante ma lo agevoli nella sua azione didattica, affiancandosi agli strumenti di cui normalmente dispone”*.

### **Reclutamento e formazione degli insegnanti**

Mentre tutti i gruppi di lavoro concordano sulla necessità di corsi di formazione *ad hoc* per gli insegnanti che operano nelle strutture ospedaliere, diverse sono le proposte avanzate in merito al reclutamento. Nella maggior parte dei casi si ritiene che l'incarico debba essere conferito in base a *“competenze accertate”*, tuttavia nelle sedi ospedaliere più *“collaudate”* si indicano come opportuni anche tirocini propedeutici e valutazioni del lavoro svolto. Per il gruppo di Catania si ritiene necessario *“che l'insegnante debba avere, come titolo per il reclutamento, una laurea ad indirizzo psico-pedagogico, un'esperienza di insegnamento di tre anni o esperienza di volontariato in Reparto Pediatrico e debba sottoporsi ad un colloquio (da tenersi con un comitato di esperti) che dimostri non solo la sua preparazione professionale, ma una*

*formazione pedagogica che vada aldilà dell'ambito ristretto della sua specializzazione".* Tale proposta va letta come un'implicita richiesta di riconoscimento del valore della figura del docente ospedaliero che, per poter adeguatamente operare nel gruppo multidisciplinare, deve acquisire e possedere molte competenze. E, in considerazione delle particolari condizioni in cui opera, simile riconoscimento dovrebbe tradursi anche in termini economici, convenendo almeno di inserire le sedi ospedaliere nelle cosiddette "zone a rischio".

In diverse relazioni ci si sofferma sull'importanza del gruppo multidisciplinare come strumento fondamentale di cooperazione delle varie componenti che operano all'interno dell'ospedale - operatori scolastici e sanitari, figure genitoriali, associazioni di volontariato - per accompagnare nel miglior modo il ragazzo malato nei periodi di ricovero.

Proprio perché il lavoro in ospedale è difficile e stressante il gruppo di lavoro di Napoli chiede apertamente un sostegno psicologico *"per un esame introspettivo degli operatori con un unico e fondamentale obiettivo: lavoro di gruppo interistituzionale, al fine di superare nelle diverse figure operanti (non escluso il sanitario) la tensione, l'ansia, l'emotività"*.

### ***Progetti europei***

In diverse scuole ospedaliere sono in corso attività e progetti attuati in partenariato con analoghe scuole di altri Paesi europei (come a Roma, a Genova, ecc. ) e di questo si è fatto cenno nei rispettivi gruppi di lavoro. A Bari, in particolare, è stata elaborata una bozza di progetto in rete da presentare alla Comunità europea per ottenere gli indispensabili finanziamenti.

### ***Rapporti interistituzionali***

La nuova scuola, la scuola dell'autonomia deve necessariamente intrattenere rapporti diretti con le istituzioni territoriali: questo aspetto non è sfuggito a nessun gruppo di lavoro; però proprio partendo dalle realtà locali il panorama che emerge è quanto mai vario. Trieste lamenta ancora, dopo dieci anni di attività di scuola in ospedale, la mancanza di una convenzione che regoli i rapporti tra l'istituzione scolastica e quella ospedaliera; in altri luoghi sono state firmate delle convenzioni, ma senza la partecipazione dell'ente locale; a Torino, Pesaro, Napoli e Catania invece il Comune contribuisce all'attuazione di percorsi educativi e formativi dei discenti degenti.

Da Reggio Calabria viene l'invito ad attivarsi perché si trovi comunque la possibilità di mettere a disposizione della scuola in ospedale spazi adeguati: *"il bambino ricoverato ha bisogno di essere accolto in un ambiente progettato, attrezzato e organizzato in relazione alle sue necessità"* e si afferma la necessità che le aziende ospedaliere estendano *"la copertura assicurativa agli insegnanti che circolano in ambienti a rischio"* (Preoccupazione comune anche ad altri gruppi di lavoro).

Certamente il protocollo interministeriale d'intesa firmato il 27/09/2000 favorirà una maggiore sensibilità e l'instaurarsi di più strette relazioni tra le varie istituzioni territoriali. Com'è stato ripetuto più volte nel corso del convegno, soprattutto all'ente locale si chiede maggiore attenzione e una distribuzione delle risorse che, in base alla legge 285/97, tenga nel debito conto le esperienze di "scuola fuori dalla scuola" che si effettuano in tutta la penisola e che il convegno di Castel San Pietro Terme ha contribuito a far conoscere.

In effetti uno dei principali meriti del convegno è stato di dare visibilità alle attività educative e formative che si realizzano al di fuori delle aule tradizionali, e questo grazie anche all'attivazione dei centri di ascolto, collocati in modo tale da coprire la quasi totalità delle regioni italiane. Come ha convenientemente sottolineato il gruppo di lavoro di L'Aquila *"la web conference è stata la prima occasione per creare una rete di conoscenze personali, di trasferimento di esperienze, di scelte"*



*e procedure e, più che altro, per fare un primo censimento di quante e quali persone sono interessate a dedicarsi allo sviluppo di questo servizio”.*

## LE SCHEDE DI RILEVAMENTO SULLE SCUOLE IN OSPEDALE:

### I DATI ELABORATI

Numero totale scuole che hanno compilato le schede

62

#### INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SCUOLA

*Numero totale scuole che hanno compilato le schede*

Scuola materna

10

Scuole elementari

33

Scuole medie

15

Scuole secondarie superiori

4

Fanno parte di un istituto comprensivo

15

Fanno parte di un istituto polo

13

#### SCHEDA RELATIVA AL PERCORSO SCOLASTICO

**Esiste una convenzione o un protocollo d'intesa tra istituzione sanitaria e istituzione scolastica**

Le risposte affermative sono 43 sulle 62 scuole che hanno compilato il questionario.

**Chi ha firmato da parte dell' istituzione scolastica la convenzione :**

In 15 occasioni solo dal dirigente scolastico, in 21 solo dal provveditore e 7 in modo congiunto da dirigente scolastico e provveditore.

**La convenzione o protocollo d'intesa è stato firmato anche da altri enti e/o associazioni**

In 11 casi anche dagli enti locali e in 12 anche da associazioni del volontariato e/o da altri soggetti.

**Come contribuiscono le associazioni alla realizzazione del servizio scolastico**

Quasi ovunque con finanziamenti per acquisto del materiale didattico, con attrezzature informatiche e con corsi di formazione. In taluni casi con la messa a disposizione di operatori ludici/culturali e/o di consulenti psico-pedagogici.

### **Esiste un comitato scientifico**

Hanno risposto affermativamente 34 scuole. Tale comitato è composto in maggioranza (40%) da operatori scolastici e sanitari, psicologi e rappresentanti delle associazioni e nel 70% dei casi ha compiti di carattere consultivo, informativo e di coordinamento degli interventi. Solo in un terzo dei casi il comitato si riunisce una volta al mese; mentre nel 30% dei casi si riunisce meno di quattro volte l'anno.

### **Insegnanti impegnati nella scuola elementare**

Tra le scuole che hanno risposto al quesito oltre il 50% copre tutti gli ambiti disciplinari, con un numero di docenti variante da 2 a 3, a tempo pieno

### **Insegnanti impegnati nella scuola media**

Nella totalità dei casi sono coperti gli ambiti di italiano, storia e geografia e di matematica e scienze; nell'86% anche la lingua straniera e le educazioni musicale, tecnica ed artistica sono presenti. Nel 60% ci sono a disposizione pure gli insegnanti di educazione fisica e di religione. Quasi ovunque l'insegnante di italiano utilizza le 18 ore tutte nella sezione ospedaliera; qualche volta succede lo stesso con gli insegnanti di matematica e di lingua straniera. Per le altre discipline si tratta, salvo casi eccezionali, di completamento cattedra.

### **La scuola dispone di uno spazio dentro la struttura ospedaliera**

Oltre il 70% delle scuole dispone almeno di un'aula didattica.

### **L'aula didattica è dotata da diverse attrezzature**

Quasi tutte le scuole rispondono affermativamente. Oltre il 60% dispone di computer, anche se solo il 75% di queste con accesso ad internet. Numerose anche le sezioni con postazione per lezioni a distanza (40%) e con biblioteche (42%).

### **E' stata prevista una formazione del personale docente ospedaliero**

Rispondono affermativamente 27 scuole; nel 60% dei casi il corso si svolge annualmente.

### **Docenti formatori**

Nei corsi sono previsti, quasi ovunque, incontri con docenti scolastici esperti ed operatori sanitari; sono molti (65%) quelli con presenza di psicologi e di docenti universitari.

### **Qual è stata la durata del corso**

Dalle risposte emerge una maggioranza di più giorni.

### **In quali reparti prevalentemente si svolge l'opera dei docenti**

I reparti dove si svolge prevalentemente l'opera dei docenti sono quelli di pediatria, oncologia ed ematologia. Sono limitati i casi d'intervento in CTO e in altri reparti.

### **La sezione scolastica ospedaliera possiede un proprio codice, è cioè riconosciuta come scuola coordinata**

Hanno risposto affermativamente solo 34 scuole.

### **Il servizio scolastico in ospedale**

Oltre l'80% delle scuole ha inserito nel P.O.F. l'attività in ospedale. Circa il 75% di queste dichiara che le problematiche del servizio in ospedale vengono discusse all'interno dei rispettivi collegi dei docenti.

#### **Docente ospedaliero coordinatore titolare di funzione obiettivo**

Sono 20, pari a circa un terzo delle scuole che hanno compilato il questionario.

#### **Esistono forme di collaborazione con docenti ospedalieri di diverso grado di scuole**

Quasi il 60% delle scuole segnala attività di continuità didattica.

#### **Esistono rapporti con le scuole di provenienza degli alunni ospedalizzati**

Oltre l'80% delle scuole risponde in modo affermativo.

#### **Livello dei rapporti**

Nel 45% dei casi esistono rapporti fra docenti, fra l' alunno ospedalizzato e i suoi docenti, fra l'alunno ospedalizzato e i suoi compagni; in quasi tutti gli altri casi c'è solo comunicazione fra docenti.

#### **La comunicazione fra docenti è**

E' frequente nella maggior parte delle scuole (62%).

#### **I mezzi di comunicazione sono**

I mezzi prevalenti sono telefono e fax; elevato l'uso della posta e intorno al 50% si colloca l'uso delle e-mail.

#### **La comunicazione fra l'alunno ospedalizzato e i suoi compagni avviene per mezzo**

Il telefono e l'e-mail sono i mezzi preferiti.

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

Circa il 60% delle scuole risponde affermativamente e di questi il 40% segue in parallelo la programmazione didattica; il 45% segue parzialmente la preparazione didattica o svolge un programma didattico equipollente, mentre solo una piccola percentuale (15%) segue un percorso formativo diverso.

Le brevi degenze e la presenza di ragazzi stranieri sono i principali motivi per cui non si intrattengono rapporti o non vengono concordati i contenuti con le scuole del territorio.

#### **Strumenti didattici utilizzati nella scuola in ospedale .**

In tutte le scuole sono usati libri, fotocopie e computer; mentre solo l'85% fa uso di audiovisivi.

#### **La scuola elementare o la scuola media ha iscritto gli alunni ospedalizzati nei propri elenchi**

Il 57% risponde affermativamente; le altre scuole rilasciano giudizi analitici sul lavoro svolto (15%), valutazioni sintetiche (13%), crediti formativi (15%).

In questi ultimi casi il consiglio della classe di appartenenza dell' alunno fa propri le proposte di valutazioni sintetiche e i giudizi analitici e recepisce i crediti formativi.

**Esistono rapporti con le famiglie degli alunni**

Ciò accade ovunque e risultano diversificati: ordinaria come per tutti gli alunni (70%); specifica, in appositi incontri scuola-genitori (23%); all' interno di gruppi di lavoro interistituzionali (7%).

**Mezzi utilizzati nelle comunicazioni con le famiglie**

E' prevalente l'uso del telefono (45%), ma si fa uso anche di posta, fax, e-mail e altro.

## DIRIGENTI SCOLASTICI E DOCENTI PARTECIPANTI AL SEMINARIO

Alberto	Antinori	Ist. Compr. Via Giulia 25 - Roma	docente
Massimiliano	Baisi	S.M.S. "G.Reni Albani" - Bologna	docente
Gianni	Ballestrin	S.M.S. "G. Mameli" - Padova	docente
Egidio Francesco	Ballini	Ist. Comp. "Meneghetti" - Verona	dirigente scolastico
Rosina	Basile	Ist. Compr. "Anna Frank" - Crotone	dirigente scolastico
Angelina	Battagliola	2° Ist.Comp. - VII C.D.-Brescia	dirigente scolastico
Alessandro	Bellia	Liceo Sc. "T. Levi Civita" Roma	docente
Pasqualina	Bellotta	Circ.Did."Giovanni XXIII" - Avezzano(AQ)	dirigente scolastico
Veronica	Berardi	8° Circolo Didattico - Bologna	docente
Paolo	Biasin	Ist. Comp. "Meneghetti" - Verona	docente
Patrizia	Bonelli	M.P.I.	docente
Rosanna	Bornoroni	Liceo Ginnasio "Virgilio" - Roma	dirigente scolastico
Rosalba	Borrelli	5° Circ.Did."S.Pertini" - Cosenza	docente
M.Rosaria	Bortolone	Liceo.Scientifico"G.Castelnuovo" - Firenze	dirigente scolastico
Nerina	Bosi	8° Circolo Didattico.-Bologna	docente
Donatella	Bovolato	137° Circ. "XXV Aprile" - Roma	docente
Angela	Burci	S.M.S."G.Reni Albani" - Bologna	docente
Rita	Caputo	5° Cir. Didattico - Pesaro	dirigente scolastico
Francesca	Carra	Ist.Compr."G.Ferrari" - Parma	docente
Paola	Carra	S.M.S. Via Borgia - Roma	docente
Maria	Cavallini	4° Circolo Didattico - Alessandria	docente
M.Cristina	Ciamponi	Ist. Comp. 10 - Bologna	docente
M.Arcangela	Consorti	Ist. Compr."G. Ferrari" - Parma	docente
Maria Francesca	Cossu	9° Circ. Did. "Latte Dolce" - Sassari	dirigente scolastico
Maria Lucia	De Benedetti	Ist. Comp. "Manara" - Milano	docente
Maria Carmina	De Sanctis	I.T.C.G. "Michele Amari" - Ciampino (Roma)	docente
Angela	De Simone	S.M.S. "G. Reni Albani" - Bologna	docente
Raffaele	Decollanz	XI Circolo "S.Filippo Neri" - Bari	dirigente scolastico
Luigia	Della Femina	D.D. "Carducci" - 1° C.D - Pavia	docente
Giuseppina	Dell'Era Destro	Istituto Comprensivo 10 - Bologna	dirigente scolastico
Ippolita	Di Candia	2° Dir.Did. "De Amicis" - Bari	docente
Vincenza	Di Cosimo	157° C.D."Torrimpietra" - Fiumicino(Roma)	docente
Vincenzo	Di Ieso	45° Circolo Didattico - Napoli	docente
Virginia	Di Marco	4° Circolo Didattico - Pescara	dirigente scolastico
Stefania	Ercolano	119° Circ. Did. "Lambruschini" - Roma	docente
Maurizio	Fanelli	I.C. "Ancona Centro" - Ancona	dirigente scolastico
Ondina	Farina	S.M.S. "G.Reni Albani" - Bologna	docente
Lucia	Fattori	M.P.I.	dirigente scolastico
Stefania	Ferrazzo	D.D. III Circolo "Provolo" - Verona	docente
Carla	Ferri	1° Circolo Didattico - Modena	docente
Armida	Filippelli	Ist. Comp. XI C.D. "P.Scura" - Napoli	dirigente scolastico

Daniela	Fineschi	Ist. Comp. Via Tiburtina Antica - Roma	docente
Fausta	Fortunel Gemignani	Direzione Didattica - Savona	dirigente scolastico
Daniela	Fuso	S.M.S. Via S. Borgia - Roma	docente
Mirella	Ghirlanda	S. M. S. Via Borgia - Roma	docente
Angioletta	Giani	D.D. "Sturla" - 18° C.D. - Genova	docente
Giulia	Gigliozzi	Liceo "B.Croce" - Roma	docente
Paola	Grassi	Liceo "Virgilio" - Roma	docente
Barbara	Grassi	I.P.S.S.A.R. "B.Scappi" - Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Daniela	Grazioli	S. M. S. Via Borgia - Roma	docente
Mattia A.	Interesse	157° C.D."Torrimpietra" - Fiumicino(Roma)	docente
Giuseppa	La Sala	Circ. Did."G. Mazzini" – Sulmona (AQ)	dirigente scolastico
Antonietta	Laccone	3° Circolo Didattico - Piacenza	docente
Monica	Lora	Ist. Comp. Vcenza 11 - Vicenza	docente
Paolo	Mailander	1° Direzione Didattica - Padova	docente
Marisa	Malerba	Circ Did. "A. Diaz" - Catania	docente
Graziella	Manfredi	I.C. "S. D'Acquisto" – Monza (MI)	docente
Olga	Marasso	D.D."Vittorio da Feltre" - Torino	dirigente scolastico
Anna	Marras	2° Circ. Did. "S. Gavino" - OzierI (SS)	docente
Anna Teresa	Martinelli	S.M.S. "N. Festa" - Matera	docente
Marianna	Martino	Ist. Comp. Cerce Maggiore - Campobasso	docente
M.Letizia	Massani	S.M.S. "G. Reni Albani" - Bologna	docente
Luigina	Mazzarello Cavanna	S.M.S. "B. Strozzi" - Genova	dirigente scolastico
Carmela	Mezzacapo	1° Circolo Didattico - Belluno	docente
Angelo	Molino	Ist. Comp. "Nazareth" - Napoli	dirigente scolastico
Irene	Monaco	S.M.S. "Strozzi" - Genova	docente
Luisa	Montanari	Ist. Comp. 10 - Bologna	docente
Emilio	Montefiori	I.P.S.S.A.R. "B.Scappi" Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Cesare	Moreno	Ist. Compr. XI – C.D. "P. Scura" - Napoli	docente
Clotilde	Moro	S.M.S. "Peyron" - Torino	docente
Mirella	Nasini	S.M.S. Via Borgia - Roma	docente
Nullina	Nizzola	I Circ. D."Tommasetti" - Verbania	dirigente scolastico
Sandra	Noviello	74° Circ.Did - . Napoli	docente
Giovanni	Omodeo Zorini	Dir.Did. I Circolo - Novara	dirigente scolastico
Giuliano	Ortolani	S.M.S."G.Reni Albani" - Bologna	docente
Laura	Ottogalli	S. M. S. Via Borgia - Roma	docente
Nazzarena	Pacini	S.M.S. "B. Strozzi" - Genova	docente
Teresa	Palermo	S.M.S. Via Borgia - Roma	docente
Paola	Panichelli	S.M.S. Via Borgia - Roma	docente
Angela	Passoni	Ist.Compr. "S. D'Acquisto" - Monza	docente
Giuseppe	Pedrielli	I.P.S.S.A.R. "B. Scappi" Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Emilia	Piedimonte	16° Circ. Didattico - Napoli	dirigente scolastico

	Cilento		
Ilaria	Pierno	D.D. III Circolo "Provolo" - Verona	docente
Franca	Porcelli	D.D. 35° Circolo "Scudillo" - Napoli	docente
Lucio	Prada	6° Circolo Didattico - Trento	dirigente scolastico
Stefania	Prece	M.P.I.	docente
Ivana	Prete	Ist. Comprensivo 7 - Bologna	docente
Caterina	Priolo	157 C.D."Torrimpietra" - Fiumicino(Roma)	docente
Rosanna	Provenzano	D.D. "Nuccio" - Palermo	docente
Maria	Puglisi	S. M. S.Via Borgia - Roma	dirigente scolastico
Alfio	Rivalta	I.P.S.S.A.R. "B.Scappi" Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Giuliana	Rosetti Cimatti	I.P.S.S.A.R. "B. Scappi" - Castel S. Pietro Terme (BO)	dirigente scolastico
Rosetta	Rossi	137° Circ."XXV Aprile" - Roma	dirigente scolastico
Lorenzana	Rossi	Istituto Comp. "Gaudiano" - Pesaro	docente
Addolorata	Rubbino	S.M.S. "G. Reni Albani" - Bologna	docente
Alessandra	Russo	Ist. Compr."Anna Frank" - Crotone	docente
Paola	Sacchetti	Ist. Comprensivo 7 - Bologna	docente
Eleonora	Salvadori	M.P.I.	docente
Lucia	Sansini	137° Circ.Did. "XXV Aprile" - Roma	docente
Mariasole	Santi	33° Circ. Did.- Castel S.Pietro.T.(BO)	docente
Antonio	Savarese	17° Circ.Did. "Angiulli" - Napoli	docente
Nadia	Sebben	Direzione Didattica - Feltre (BL)	docente
Lidia	Sisti	Ist. Comp. "Meneghetti" - Verona	docente
Nicola	Sorgentone	S.M.S. Via S. Borgia - Roma	docente
Daniela	Stefanelli	I.P.S.S.A.R."B.Scappi" - Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Candida	Stigliani	D.D. VI Circolo Didattico - Chieti	dirigente scolastico
Marisa	Sverberi	1° Circolo Didattico - Modena	docente
Vincenza	Testa	Ist. Comp. Cerce Maggiore - Campobasso	dirigente scolastico
Mariangela	Tomba	I.T.C. "A. Marro" - Torino	docente
Enrica	Toni	IV Circ. Didattico - Parma	docente
Rita	Torelli	S.M.S. "Ranzoni" - Verbania	docente
Rita	Trasacco	4° Circolo Didattico - Pescara	docente
Nadia	Urbinati	I.P.S.S.A.R."B.Scappi" Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Anna Maria	Vacchi	I.P.S.S.A.R."B.Scappi" Castel S.Pietro T.(BO)	docente
Emma	Valenza	17° C.D. "Angiulli" - Napoli	dirigente scolastico
Paola	Ventura	Ist. Comprensivo 7 - Bologna	docente
Maria	Vicinelli	8° Circolo Didattico - Bologna	docente
Concetta	Vigile	D.D. "G. Pascoli" - Reggio Calabria	docente
Maria	Visentin	D.D. IV Circolo Did. - Treviso	docente
Anna	Volpicelli	S. Materna D.D. Sturla - Genova	docente
Antonella	Zampano	S.M.S. "G. Mameli" - Padova	docente
Adriana	Zanini	1° Circolo Didattico - Mantova	docente
Lorella	Zappa	Direzione Didattica - Cantu' (CO)	docente
M.Teresa	Zoboli	S.M.S. "G. Reni Albani" - Bologna	dirigente scolastico





**IL CONGRESSO DI H.O.P.E.; BARCELLONA, MAGGIO 2000.  
RIASSUNTO DEI LAVORI E DOCUMENTI APPROVATI**

**di Bill Backehouse**

*Ex ispettore scolastico di Sua Maestà (dal 1978 al 1998); ha lavorato principalmente nel campo dell'Educazione Speciale ed è stato il punto di riferimento nazionale per quanto riguarda l'educazione del bambino malato, in ospedale ed a domicilio.*

Voglio ringraziare HOPE per avermi invitato a partecipare a questo Congresso. Mi è stato chiesto di leggere e valutare alcune delle eccellenti relazioni che molti di voi hanno scritto per questa occasione e di riassumere i principali problemi ed argomenti emersi dalle relazioni stesse e dal lavoro degli ateliers. Mi è molto piaciuto questo incarico e voglio esprimere il mio apprezzamento per l'enorme lavoro che è stato fatto sia a Barcellona sia all'interno di HOPE. Indubbiamente il successo di questi tre giorni (18-19-20 maggio 2000) è dovuto a tutto questo lavoro.

Prima di andare in pensione, poco tempo fa, ho lavorato con insegnanti inglesi, in ospedale ed a domicilio, per circa 20 anni. Durante questo periodo ho avuto la fortuna di poter visitare alcune scuole ospedaliere europee. Mi fa molto piacere constatare il livello a cui siamo giunti, sia in quantità che in qualità, nel lavoro che facciamo con i bambini a noi affidati e vedere come è migliorata la capacità professionale degli insegnanti. Ma mi meraviglia sentire da tutta l'Europa le stesse voci sul taglio dei finanziamenti, sulla chiusura di scuole ospedaliere e sulla riduzione di servizi di sostegno. Ci sono, certo, molte ragioni dietro il succedersi di questi avvenimenti, ma la minaccia al diritto allo studio dei bambini è così grande che doveva necessariamente essere uno dei più importanti argomenti che HOPE doveva affrontare.

Dunque, diamo uno sguardo alle questioni emerse dal Congresso. Non sono in un particolare ordine d'importanza e non pretendo che siano novità.

1. Si puntualizza costantemente la necessità del lavoro in équipe. Ne ho identificato tre tipi.

a) Tra le principali professionalità che lavorano all'interno dell'ospedale. È essenziale per medici, infermieri, terapisti ed insegnanti mantenere una comunicazione continua, ma questo implica che ci sia tempo per parlare. Mantenere l'equilibrio nel modo di impiegare il tempo in maniera efficace è difficile.

b) Abbiamo sentito parlare dei rapidi cambiamenti nella Sanità Pubblica, in particolare nella gestione e nell'organizzazione in tutti i Paesi dell'Europa Unita. Se le autorità sanitarie stanno cambiando politiche e servizi pediatrici, anche le autorità preposte all'istruzione devono partecipare alla discussione per il coinvolgimento del servizio scolastico. Nel Regno Unito abbiamo avuto troppi esempi di grandi cambiamenti avvenuti nella Sanità senza richiedere il parere di altre professionalità, il che ha creato enormi difficoltà per gli insegnanti e per l'organizzazione dell'insegnamento.

c) Necessità di lavorare in collaborazione tra insegnanti, per scambio di informazioni e di metodologie risultate positive e per avere un sostegno professionale. Gli ateliers di HOPE costituiscono un eccellente forum per ampliare il nostro modo di pensare. Essi provvedono al supporto professionale per tutti gli insegnanti, in particolare per quelli isolati. Il grande gruppo (più di 35 insegnanti) coordinato da Riitta (*Launis, Finlandia*) sta iniziando un lavoro di scambio di informazioni sui problemi che si incontrano nel campo della psichiatria. Già sa che i problemi della

reintegrazione dei bambini nella scuola, del lavoro multidisciplinare e dell'informazione del pubblico, sulle difficoltà dei bambini, sono prioritari.

L'atelier 3 si occupa particolarmente delle difficoltà che gli insegnanti stanno incontrando nell'avvicinarsi alle nuove tecnologie. L'individuazione del tipo di formazione e del tempo necessario allo sviluppo delle abilità fondamentali per l'uso dei nuovi strumenti è una delle questioni principali nella già indaffarata vita degli insegnanti. La disponibilità di internet ha aperto un mondo nuovo di possibilità di comunicazione, ma richiede tempo ed esercizio per impadronirsi delle tecniche indispensabili.

2. Come professionista, trovo riprovevole dover constatare, dalle relazioni ascoltate in questo Congresso, che dobbiamo ancora insistere sul diritto di bambini e genitori ad essere coinvolti in tutte le discussioni e decisioni che riguardano le cure e le esperienze. Il loro diritto di conoscere e capire in modo da reagire con fiducia è, a giusto titolo, uno degli obiettivi della *Carta* di HOPE, e dobbiamo assicurarci che questa necessità sia costantemente riaffermata in tutti gli appropriati incontri multidisciplinari.

3. HOPE riconosce la necessità che tutti gli insegnanti, in ospedale o a domicilio, abbiano una preparazione specialistica, sia all'inizio del loro lavoro in ospedale sia ad intervalli regolari, in modo da aggiornare e migliorare continuamente la loro professionalità. Questo è uno dei settori più stimolanti di cui si stanno occupando i membri di HOPE. La creazione di un Collegio Europeo, la preparazione di un Master e la costruzione di un sito web che possa sostenere l'aggiornamento a distanza degli insegnanti e fornire una continua fonte di informazione professionale sono un grosso passo avanti.

Rimpiango solo che queste opportunità non ci fossero quando io ne avevo bisogno. È essenziale che noi ci assicuriamo che i nostri Ministeri dell'Educazione siano a conoscenza di queste iniziative e del fatto che noi vogliamo parteciparvi.

4. La necessità di provvedere ad un sostegno psicologico per gli insegnanti che operano in reparti particolarmente stressanti - come quello oncologico - non è sempre riconosciuta, perfino da alcuni degli stessi insegnanti. I delegati parlano del diritto del bambino e dei genitori ad avere un supporto specialistico; si devono tenere in considerazione anche le preoccupazioni e le paure dei bambini della scuola di provenienza, creando un collegamento tra questa scuola e quella dell'ospedale, ma si dimentica che anche gli insegnanti sono esseri umani e richiedono continuo sostegno e comprensione. So che pochi di noi hanno avuto una preparazione riguardo all'impatto emotivo nell'insegnare ad un bambino gravemente ammalato o morente e nel lavorare con i suoi genitori. Abbiamo imparato attraverso l'esperienza, a volte molto pesante, a costruirci un comportamento adeguato, ma lo stress e il dolore che sentiamo dovrebbero essere ridotti da un addestramento appropriato ed adeguato.

5. C'è un accordo totale all'interno di HOPE sulla necessità di provvedere, assicurare, incoraggiare il collegamento con i compagni della scuola di appartenenza in modo da non interrompere l'amicizia ed assicurare la continuità educativa. Questo è molto più facile da dire che da fare. Richiede molto tempo, forse molto più di quanto un'impegnatissima insegnante di una numerosa classe estema possa offrire .

Questa questione è stata sollevata molte volte, è facile riconoscerlo, ma noi dobbiamo dare delle risposte. Le tecnologie per realizzare questi collegamenti esistono, molti di noi hanno i mezzi per

fornirsi di questi strumenti, ma abbiamo tempo? Se vogliamo che gli insegnanti investano il loro tempo in questi collegamenti bisogna che siano adeguatamente remunerati. Come può il collegamento inserirsi nel curriculum che l'insegnante della scuola di appartenenza deve seguire? Continuo a sentire che questi insegnanti effettuano i contatti durante il loro tempo libero perché non riescono a trovarne durante la già pesante giornata lavorativa. Questo non può continuare. Stiamo parlando di esperienze educative fondamentali e bisogna dare al problema una risposta professionale.

6. L'utilizzo dell'informatica ha già cambiato il volto della finanza e del commercio internazionali. Sono sicuro che cambierà anche l'insegnamento - non come sostituto dell'insegnante, ma come mezzo di ricerca, come sostegno all'insegnamento, che accompagni e stimoli l'apprendimento individuale dei bambini nei gruppi di diverso livello culturale che si trovano in ospedale, come mezzo di incoraggiamento all'immaginazione ed alla creatività e, ciò che è più importante, come mezzo di comunicazione con tutti, vicini e lontani. Non passerà molto tempo prima che ogni bambino abbia un personal computer, se il Primo Ministro britannico ha guardato bene nella sua sfera di cristallo, che rimpiazzerà il gesso e la lavagna del passato e la matita e la penna di oggi. I muri delle nostre classi e dei reparti ospedalieri e l'isolamento del bambino costretto al proprio domicilio spariranno, ma la sfida per voi è di anticipare come potrà realmente cambiare il lavoro degli insegnanti in ospedale ed a domicilio.

Quale sarà, in futuro, il miglior uso del vostro tempo lavorativo? Che vi piaccia o no, non potrete fare molto faccia a faccia con il bambino. La macchina potrebbe essere lo strumento di comunicazione e d'insegnamento. Tuttavia, tutti noi sappiamo che affinché l'insegnamento sia valido l'alunno deve conoscere l'insegnante ed avere fiducia in lui - il volto umano è ancora essenziale. Quindi, come potremo instaurare un equilibrio soddisfacente e vincente?

7. Esiste, naturalmente, l'inquietante questione del futuro dell'insegnamento in ospedale ed a domicilio. Non solo in quei Paesi dove la sua presenza è già instabile, ma anche nei Paesi in cui il servizio esiste da lungo tempo e, negli ultimi anni, è stato oggetto di tagli, spesso selvaggi. Le ragioni sono state espresse chiaramente da molti dei nostri relatori: la durata della degenza si è notevolmente abbreviata praticamente per ogni tipo di patologia; sappiamo che i bambini stanno più a lungo a casa e che alcuni hanno frequenti rientri in ospedale...

Tuttavia, se statistiche e ricerche mostrano a politici ed autorità che il numero dei bambini che necessitano dell'insegnamento in ospedale sta diminuendo, questi dimenticano, o non tengono in considerazione, la durata complessiva del tempo che il bambino passa fuori della scuola. Sembra loro razionale tagliare il supporto finanziario e quindi ridurre il servizio scolastico. Anche inclusione ed integrazione sono parole ricorrenti, ma non incoraggiano coloro che devono prendere le decisioni a creare servizi al di fuori della scuola convenzionale. Dimenticano che i bambini malati sono diversi ed hanno necessità molto particolari, non comprese nei servizi normali.

8. Una delle soluzioni che voi avete trovato in HOPE è di cercare di preparare una *Carta* per il Diritto all'Educazione dei Bambini Malati sia in ospedale che a domicilio. Dopo un'attenta discussione ed un duro lavoro avete appena approvato la stesura finale di questa *Carta*. Mediante la sua approvazione ed attuazione sperate di riuscire a proteggere ed estendere il servizio scolastico per i bambini che vengono educati al di fuori della scuola normale. I principi contenuti nella *Carta* sono inequivocabili, semplici e chiari. Devono essere ascoltati, ma, se ho ben capito Palle (*Yndal-Olsen, Danimarca*) l'attuale commissario a Bruxelles ha detto che nessun tipo di nuova legislazione in questo settore è prevista in un prossimo futuro. Allora, che fare?

Sembra che il nostro lavoro sia solo cominciato. Dobbiamo rendere consapevole il pubblico dell'ingiustizia della situazione. Dovrebbero ascoltarci - dopotutto stiamo parlando dei loro bambini, forse anche di quelli del Commissario. Dobbiamo trovare sistemi per attirare la loro attenzione.

Dobbiamo ricordarci che i genitori si occupano dell'ospedale e dei lunghi periodi a casa solo quando proprio i loro figli sono malati - quando hanno un'esperienza personale del problema. In generale, i genitori non dovranno mai affrontare una situazione del genere. Sappiamo di certo che, in Gran Bretagna (*non solo!*), molti colleghi della scuola convenzionale non hanno idea dell'esistenza dell'insegnamento in ospedale ed a domicilio. Anche una grande scuola avrà solo pochi alunni ricoverati ogni anno, e questa conoscenza sarà limitata a pochi insegnanti di classe.

La prima cosa da fare è di utilizzare i nostri contatti politici - in ogni Paese - incalzare i nostri rappresentanti democratici affinché facciano pressione sul commissario europeo per fargli cambiare opinione.

Abbiamo già avuto un buon inizio in Barcellona dove Maria (*Urmeneta, Spagna*) ha fatto sì che il Ministro della Pubblica Istruzione spagnolo intervenisse al Congresso e si offrisse di portare lui stesso la *Carta* a Bruxelles. Egli avrà bisogno di sostegno e di comprensione da parte dei suoi colleghi. HOPE dovrà coordinare la pressione politica. È solo lavorando insieme, non separatamente, che potremo riuscire a far inserire la Carta nell'affollatissima agenda del Parlamento Europeo. In secondo luogo, anche quando la Carta sarà accettata ed entrerà nel quadro europeo, e vi entrerà, come saremo sicuri che sarà applicata in tutti i nostri Paesi? Dobbiamo accertarci che ogni insegnante in ogni scuola, ogni genitore ed ogni bambino in ogni Paese, sappiano della nostra esistenza. Essi esigeranno che il servizio scolastico ed il sostegno siano accessibili e che sia assicurata la continuità educativa.

Come osservatore obiettivo, ma anche educatore appassionato, chiedo a HOPE di aprire un altro atelier interamente consacrato alla pubblicità, alle relazioni pubbliche, alla gestione dei media, per assicurarsi che la situazione sia conosciuta e capita. Raccogliere soldi per organizzazioni caritatevoli ospedaliere è relativamente facile: ognuno capisce o pensa di capire a cosa servono i soldi. Dobbiamo fare lo stesso per l'educazione. I nostri bambini ne hanno bisogno e certamente lo meritano.

## Dichiarazione

In occasione del IV Congresso europeo dei Professori e dei Pedagoghi del settore ospedaliero, organizzato dall'ACPEAH (Associazione catalana dei docenti che insegnano negli ospedali) in collaborazione con HOPE, con il dipartimento dell'Istruzione, della Sanità e della Sicurezza sociale del governo catalano e con la Fondazione " la Caixa ", si sono riuniti a Barcellona, dal 18 al 20 maggio, circa 255 professori, educatori e pedagoghi delle scuole negli ospedali di 22 Paesi, oltre che ad altri addetti che lavorano nel settore dell'infanzia e della promozione e tutela dei diritti dei bambini, la cui parola d'ordine è: " Lavoriamo per i diritti dei minori malati ".

La maggioranza dei partecipanti ha deciso di render pubblica la seguente dichiarazione.

In quanto partecipanti a questo Congresso europeo, esprimiamo la nostra preoccupazione per il settore dell'infanzia in cui vengono meno le priorità delle politiche e dei bilanci di certi Stati europei, e in particolare per i minori che si trovano in difficili situazioni personali, familiari o sociali. In questo settore che ci preoccupa, particolare enfasi va posta sui casi di minori e/o ospedalizzati o che sono stati vittime innocenti di maltrattamenti o guerre.

L'infanzia merita molta più considerazione di quanto non gliene rivolgano la maggior parte dei nostri Stati, delle nostre città, della nostra gente e di tutti gli ambiti interpersonali e delle organizzazioni che operano in questo campo. I bambini vanno considerati come persone importanti della nostra società, e cioè come cittadini soggetti di diritto.

Ecco perché riteniamo sia necessario dare priorità alle azioni seguenti:

- sensibilizzare la società per spiegare che i minori malati hanno esigenze specifiche e che necessitano del sostegno di tutti i settori della società.
- Rilanciare i diritti dei minori malati, intrinseci ad ogni persona, ad usufruire di un'istruzione di qualità che tenga conto della loro vulnerabilità, ben diversa da quella di un minore sano.
- Promuovere il codice etico dei docenti nel settore europeo degli ospedali.
- Assicurarsi che il contenuto della *Carta europea dei bambini ricoverati* venga applicato in tutti gli Stati, e incoraggiarne l'aggiornamento.
- Richiedere con forza il sostegno delle istituzioni e della società per consentire agli insegnanti dei minori malati di esercitare il loro lavoro.
- Promuovere, favorire e incentivare la formazione di base e una formazione continua dei docenti nel settore ospedaliero.

Di conseguenza, avanziamo per il breve periodo le proposte seguenti:

- Aiutare i nostri allievi ad incontrarsi fra di loro e, in base alla loro situazione personale, a svelare tutte le loro potenzialità, a difendere i loro interessi oltre a che il loro libero e responsabile arbitrio.
- Prestare un'attenzione pedagogica qualitativamente differente e specializzata al fine di essere fortemente consapevoli della sofferenza e di altre esperienze vissute da questi bambini e da questi adolescenti e, là dove è necessario, prepararli a morire.
- Impartire un'istruzione tenendo conto degli adattamenti e cambiamenti necessari, pur restando attenti alla diversità delle singole esigenze e suddividendo equamente il tempo, lo spazio e le risorse umane.
- Ricercare i mezzi e le prassi per diffondere maggiore informazione e prestare più attenzione ai problemi dei minori soggetti alla malattia.
- Promuovere atteggiamenti favorevoli della società verso bambini e/o adolescenti malati per accrescerne il coinvolgimento collettivo.

Tutti noi insegnanti del settore ospedaliero, suggeriamo e c'impegniamo a adoperarci nel nostro lavoro affinché i diritti dei bambini e degli adolescenti diventino realtà ed essi possano migliorare la loro qualità di vita.

**Barcellona, 20 maggio 2000**



## **CARTA EUROPEA PER IL DIRITTO ALLO STUDIO DEI MINORI MALATI IN OSPEDALE ED A DOMICILIO**

1. Tutti i minori malati hanno diritto a proseguire gli studi sia in ospedale che a domicilio
2. L'obiettivo dell'insegnamento ai minori malati è di assicurare loro la continuità scolastica al fine di reintegrare ciascuno nel suo status di alunno
3. La scuola in ospedale struttura la comunità dei bambini e/o adolescenti e normalizza la vita quotidiana. Le attività scolastiche sono organizzate in classe, sia in gruppo che individualmente, o presso il letto
4. L'insegnamento in ospedale o a domicilio deve rispondere ai bisogni ed alle capacità del minore, in collaborazione con la scuola di appartenenza, per agevolare il suo reinserimento
5. Lo spazio destinato alla scuola, l'ambiente ed il materiale scolastico devono essere adeguati ai bisogni dei minori malati. Le nuove tecnologie (tecniche di comunicazione) devono anche essere utilizzate per evitare l'isolamento del minore
6. L'insegnamento va oltre lo stretto programma ministeriale ed include argomenti relativi alle necessità specifiche del minore malato. Le metodologie devono essere diversificate
7. Gli insegnanti che lavorano in ospedale o a domicilio devono essere qualificati e ricevere una formazione permanente
8. Gli insegnanti ospedalieri fanno parte a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e sono riconosciuti come referenti scolastici. Sono anche il raccordo tra la realtà ospedaliera del bambino e la sua scuola di appartenenza
9. I genitori sono informati del diritto allo studio per i loro figli malati, dell'andamento del programma educativo e sono considerati partners responsabili
10. L'allievo è considerato una persona a pieno titolo, il che implica il segreto professionale ed il rispetto delle sue convinzioni



## PROGRAMMA PSICOPEDAGOGICO IN UN OSPEDALE SPAGNOLO

**di Olga Lizasoain Rumeu**

*Docente ospedaliera aggregata al Dipartimento dell'educazione dell'Università di Navarra*

Il nostro programma inizia il primo giorno del ricovero ospedaliero. Il primo obiettivo è stabilire un buon rapporto tra la persona responsabile del programma e il bambino. *Un colloquio* è il mezzo scelto per raggiungere questo obiettivo. Avrà luogo un incontro con i genitori e il bambino. Il bambino andrà da solo al colloquio e la conversazione durerà approssimativamente quindici minuti.

A questo punto ha luogo un *tour* dell'ospedale che inizia dall'entrata e include l'area dedicata al consulto medico, gli uffici e la sezione amministrativa. Al bambino vengono mostrati, poi, gli ascensori, le loro posizioni e i vari reparti dell'ospedale. Ogni reparto, il settore della radiologia e quello della riabilitazione vengono visitati e brevemente illustrati. Al reparto di pediatria sarà prestata particolare attenzione.

Il responsabile del programma avrà cura di informare i genitori riguardo alle regole e alle abitudini della clinica. Ai genitori verrà fornita una copia della *Carta Europea dei Diritti del Bambino Ricoverato in Ospedale* (risoluzione approvata nel 1986 dal Parlamento Europeo). I genitori sono inoltre incoraggiati a partecipare all'esperienza ospedaliera del proprio figlio e a mantenere con lui uno stretto contatto. Sono informati dell'importanza del loro comportamento nell'aiutare il figlio a collaborare con entusiasmo, cosa che contribuirà ad un migliore recupero e ad un minore trauma psicologico. Ai genitori verranno infine presentati alcuni infermieri del reparto che entreranno in diretto contatto col figlio. I genitori saranno anche invitati a mantenere contatti giornalieri sia col proprio figlio, sia con il responsabile del programma.

Lo scopo della strategia del nostro intervento è di ottenere un effettivo coinvolgimento dell'intera famiglia e, ovviamente, del paziente pediatrico. Ogni membro della famiglia deve essere informato sulla malattia e sulle eventuali implicazioni per sensibilizzarlo in merito al trattamento e alle cure a cui è sottoposto il paziente. I genitori devono collaborare per conseguire un pieno controllo sulla malattia.

### Fase seguente

Allo scopo di ridurre lo stress, l'ansia e il dolore fisico che il trattamento medico può provocare nel paziente, vengono applicati tre tipi di strategie:

1. Il rilassamento. Il responsabile del programma mostrerà al bambino alcune tecniche di rilassamento. Questo lo aiuterà a cooperare più attivamente e ad abbassare la sua soglia di dolore.
2. L'approccio cognitivo. L'immaginazione è controllata o guidata in modo tale che il paziente possa reinterpretare il dolore come qualcosa di gradevole.
3. Le esercitazioni di comportamento sociale. Per ogni bambino vengono scelti gli esercizi di cui si ritiene che abbia più bisogno (lamentarsi ed essere oggetto di lamentele, chiedere favori, dire di no, chiedere perché, relazionarsi a persone di altri strati sociali, conversare, ecc.).

Le prime due tecniche vengono applicate simultaneamente sei volte alla settimana in momenti che non durano mai più di 30 minuti, mentre la terza viene praticata tre volte alla settimana.

Il programma è accompagnato da esercitazioni autocontrollate.

Il bambino è istruito a valutare il proprio comportamento e vengono promosse azioni specifiche indirizzate a modificare, mantenere o interrompere tale comportamento. Per fare questa

autovalutazione al bambino viene chiesto di essere consapevole delle proprie risposte comportamentali nelle specifiche situazioni: cooperare con trattamenti prescritti, controllare il rilassamento, ridurre la paura, mettere in atto capacità relazionali, ecc. A questo scopo ad ogni bambino partecipante viene fornito un foglio di valutazione sul quale può annotare il proprio comportamento nelle varie circostanze durante la frequenza. Ogni volta che il bambino riesce a gestire un comportamento autocontrollato, permette a se stesso di *rafforzarsi* e ciò gli consente di ottenere gratificazioni da lui precedentemente scelte. Tale pratica ha dei costi molto contenuti: ogni tre risposte annotate dal bambino sul foglio di valutazione considerate positive, riceverà un gettone; quando avrà tre gettoni, sarà in grado di scambiarli con gratificazioni precedentemente scelte (dolci, oggetti specifici, attività di tempo libero, un privilegio, ecc.).

I bambini trascorrono la mattinata studiando (quando è possibile), leggendo, facendo lavori pratici, camminando (quando e se questo è possibile) e giocando con gli altri bambini ricoverati.

**Protocollo di Intesa tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati**

Il Ministero della Pubblica Istruzione nella persona del Ministro Prof. Tullio De Mauro, il Ministero della Sanità nella persona del Ministro Prof. Umberto Veronesi, il Ministero per la Solidarietà Sociale nella persona del Ministro On.le Livia Turco

**VISTA** la legge 31 dicembre 1991, n. 276 recante "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo (New York 1989)";

**VISTO** il Piano d'Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001 adottato ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1997, n. 451;

**CONSIDERATO** in particolare che il Piano d'Azione recita testualmente: "Sul versante della tutela della salute intesa come benessere, l'impegno del Governo sia attraverso il Piano Sanitario Nazionale che attraverso il Progetto Obiettivo Materno Infantile punta (...) - a garantire che il bambino sia curato in ospedale soltanto nel caso in cui l'assistenza di cui ha bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori, garantendo comunque la presenza in ospedale dei genitori o di persone ad essi gradite, il ricovero in strutture idonee all'età dei minori e comunque non in strutture dedicate agli adulti, la possibilità di usufruire anche di spazi ludici e di studio ...";

**VISTA** la Carta europea dei diritti dei bambini degenzati in ospedale adottata con la Risoluzione del 13 maggio 1986;

**CONSIDERATO** che il periodo di ospedalizzazione, nel caso di degenze medie e medio-lunghie, comporta, per il bambino e l'adolescente, un allontanamento traumatico dal proprio ambiente quotidiano e una conseguente forzata interruzione delle relazioni socio-affettive e scolastiche;

**CONSIDERATO** che la legge n. 9 del 20 gennaio 1999 ha elevato l'obbligo d'istruzione da otto a 9 anni;

**VISTO** il decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 "Approvazione del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado";

**VISTA** la Circolare Ministeriale del Ministero della Pubblica Istruzione n. 353 del 7 agosto 1998 "Servizio scolastico nelle strutture ospedaliere";

**VISTO** il decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112;

**VISTA** la legge 28 agosto 1997, n. 285 recante "Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" ed in particolare l'art.4 lettera l);

**RITENUTA** l'opportunità di promuovere concretamente la fruizione del diritto al gioco, alla salute, all'istruzione ed al mantenimento di relazioni affettive familiari ed amicali per tutti i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze affetti da patologie gravi che ne determinano periodi di degenza ospedaliera ovvero domiciliare;

**CONSIDERATO** che sono già in atto proficuamente numerose convenzioni a carattere locale tra uffici scolastici, aziende ospedaliere ed enti locali che garantiscono il servizio scolastico ai bambini e adolescenti delle scuole materne, elementari, medie e superiori;

**RITENUTO** che l'attività didattica, rivolta ai bambini e adolescenti ricoverati nelle strutture ospedaliere, riveste un ruolo rilevante in quanto garantisce agli stessi il diritto all'istruzione e contribuisce al mantenimento o al recupero del loro equilibrio psico-fisico;

**CONSIDERATA** la necessità anche alla luce delle pregresse positive esperienze di un coordinamento e potenziamento delle attività in atto che vedano presenti e coinvolti ulteriori soggetti sociali;

**CONSIDERATO** che il seguente protocollo deve intendersi come modello di riferimento per più specifici e dettagliati strumenti di collaborazione tra tutti i soggetti - istituzionali e non - interessati;

**CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE**

il Ministero per la Solidarietà Sociale si impegna:

a proporre, alle Regioni ed agli enti locali impegnati nell'applicazione della legge 285/97, di riservare una particolare attenzione - fin dalla stipula degli accordi di programma previsti dall'articolo 2 della legge citata - alla necessità di promuovere una progettazione integrata di interventi che - a valere sulle risorse finanziarie disponibili con la legge 285 e nei limiti delle rispettive disponibilità - sia mirata alla tutela dei diritti fondamentali dei cittadini di minore età ospedalizzati o costretti a lunghi periodi di degenza domiciliare.

Il Ministero della Pubblica Istruzione si impegna:

1. a garantire l'attuazione del diritto allo studio dei bambini e adolescenti ospedalizzati istituendo corsi di studio per le scuole di ogni ordine e grado in presenza di un significativo numero di minori ricoverati e organizzando,

altresì, forme di istruzione domiciliare qualora la grave patologia in atto non preveda il ricovero, ma impedisca, nel contempo, la frequenza della scuola per almeno 30 giorni. A tal fine il Ministero della Pubblica Istruzione si impegna a fornire personale docente ed A.T.A. (Amministrativo Tecnico ed Ausiliario) nei limiti delle dotazioni organiche provinciali;

2. a promuovere iniziative di formazione specifica per il personale docente d'intesa con le OO.SS.; 3. a considerare la scuola ospedaliera tra gli interventi prioritari previsti in applicazione della legge n. 440 del 18 dicembre 1997 relativa all'ampliamento dell'offerta formativa.

Il Ministero della Sanità si impegna:

a definire insieme alle Regioni un programma di specifici interventi, da realizzarsi con le AA.SS.LL e le AA. OO., volti a garantire:

1. locali ed attrezzature idonei allo svolgimento dell'attività didattica e ludica, nonché le attività di integrazione tra progetto didattico e progetto terapeutico, consentendo contestualmente l'utilizzo di detto spazio per le attività di aggiornamento del personale docente e sanitario; 2. l'individuazione dei reparti nei quali dovrà funzionare il servizio scolastico;

3. la definizione degli orari in cui dovrà svolgersi - nel rispetto dell'interesse del bambino degente - l'intervento scolastico;

4. la collaborazione del personale medico alla formazione ed all'aggiornamento dei docenti ospedalieri in ordine alle conoscenze mediche e psicologiche utili all'attività didattica;

5. informazioni e misure di carattere profilattico a tutela sia dell'alunno malato che del personale docente;

6. l'estensione della copertura assicurativa prevista per il personale ospedaliero anche al personale scolastico che opera nell'ospedale, al quale consentire anche la fruizione dei servizi previsti per il personale ospedaliero (mense, posteggi, etc.) alle stesse condizioni; 7. ogni utile supporto logistico per strumenti telematici e tecnologici al fine di favorire l'istruzione a distanza.

Allo scopo di favorire il coordinamento necessario alla realizzazione delle attività previste dal presente Protocollo, le strutture scolastiche e quelle ospedaliere daranno vita ad appositi Comitati operativi "scuola-ospedale" costituiti dagli operatori referenti di entrambe i settori.

Il presente Protocollo ha la durata di anni due a decorrere dalla data della stipula e si intende tacitamente rinnovato per ulteriori due anni salva diversa determinazione delle parti.

Roma, 27 settembre 2000

Il Ministro per la solidarietà sociale

Il Ministro della Pubblica Istruzione

Il Ministro della Sanità

**Direzione Generale Istruzione Elementare**  
***Coordinamento delle scuole in ospedale***

Roma, 26/2/2001

Circolare n. 43  
Prot. n.283

Ai Capi Dipartimento  
Ai Direttori Regionali  
A Tutte le Direzioni Generali e Uffici Centrali  
Ai Provveditori agli Studi  
Al Servizio Affari Economici  
Al Servizio Automazione e Innovaz.Tecnol.  
Al Servizio per la Comunicazione  
Al Ministero della Sanità  
Al Ministero per la Solidarietà Sociale  
All'A.N.C.I.

LORO

SEDI

**Oggetto:** Protocollo di intesa “Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all’istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati” e protocollo di intesa “La scuola in strada e nelle zone a rischio”.

Il 27 settembre 2000 i Ministri della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale hanno siglato congiuntamente il protocollo di intesa sulla scuola in ospedale e, limitatamente ai Ministri della Pubblica Istruzione e della Solidarietà Sociale, è stato siglato in pari data l’ulteriore protocollo relativo alle scuole in strada, alle scuole a rischio di dispersione e devianza minorile e alle scuole connotate dall’inserimento di un significativo numero di alunni immigrati.

E’ di tutta evidenza la forte valenza sociale dei due protocolli riferiti ad ambiti di attività che da tempo vedono il dispiegarsi fattivo e altamente professionale del nostro sistema scolastico.

Con la presente nota, oltre alla comunicazione ufficiale del testo dei due protocolli in oggetto, si intende offrire alcune indicazioni operative per gli Uffici scolastici e le scuole direttamente interessate.

**Protocollo di intesa sulle scuole in ospedale**

Il protocollo in oggetto interviene in una realtà da tempo operativa (si pensi alle esperienze pluriennali della scuola dell’infanzia, elementare e media) nella quale sono già in atto proficuamente numerose convenzioni a carattere locale tra uffici scolastici, scuole, aziende ospedaliere ed enti locali che garantiscono il servizio per i minori ricoverati.

Le novità introdotte dal testo del protocollo, per ciò che concerne il sistema scolastico, riguardano essenzialmente l’estensione dell’attivazione del diritto allo studio per le scuole di ogni ordine e grado e, pertanto, anche per le scuole secondarie di II grado, anche alla luce della legge n. 9 del 2 gennaio 1999 che ha elevato l’obbligo di istruzione, nonché l’attivazione di forme di istruzione domiciliare qualora la grave patologia in atto non preveda il ricovero ma impedisca, nel contempo, la frequenza della scuola per lungo lasso di tempo (almeno 30 giorni) come nel caso, per esempio, di

minori che sono sottoposti a terapie immunodepressive. In questi casi, infatti, i pazienti ricevono brevi cure in day-hospital ma non possono essere esposti alle intemperie e frequentare luoghi affollati come un'aula scolastica.

Altro principio importante introdotto nel protocollo è quello che considera, ferma restando la priorità dell'intervento medico sanitario, le attività didattiche come parte integrante del processo curativo e riconduce ad unità, nei limiti del possibile, le necessità curative, scolastiche e di relazione degli alunni malati.

Il servizio didattico, pertanto, non sarà più un qualcosa che si aggiunge pedissequamente nei giorni di ricovero ad una attività medica a se stante, ma diviene, con la dovuta flessibilità, parte integrante del processo curativo, che non risponde solo freddamente ad un diritto costituzionalmente garantito ma contribuisce al mantenimento o al recupero dell'equilibrio psicofisico degli alunni ricoverati tenendo il più possibile vivo il tessuto di relazioni dell'alunno con il suo mondo scolastico ed il sistema di relazioni sociali ed amicali da esso derivante.

Si richiama altresì l'attenzione sugli impegni assunti dal Ministero della Sanità che definirà con le Regioni un programma di specifici interventi volti, per esempio, alla collaborazione del personale medico, alla formazione e aggiornamento dei docenti in ordine alle conoscenze mediche e ospedaliere, all'estensione della copertura assicurativa, alla messa in opera di supporti logistici per strumenti telematici e tecnologici eventualmente utili per l'istruzione a distanza, ecc..

Di rilievo appare inoltre l'impegno assunto dal Ministro per la Solidarietà Sociale a proporre alle Regioni e agli Enti Locali di riservare una particolare attenzione, nell'allocazione dei fondi di cui alla legge n. 285/97, per attività mirate alla tutela dei cittadini di minore età ospedalizzati o costretti a lunghi periodi di degenza. La C.M. n. 353 prot. 11718 del 7 agosto 1998, avente ad oggetto il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere e che ad ogni buon fine si allega, è ancora per molti versi operativa ed attuale per quanto riguarda la formazione dei docenti, la flessibilità organizzativa, l'iscrizione degli alunni ed i rapporti con la scuola di provenienza.

Per quanto riguarda il rapporto tra scuola ospedaliera e scuola di provenienza appare necessario ribadire la pariteticità di tale rapporto e la necessità di scambio di informazioni e dati.

Qualora l'alunno abbia frequentato per periodi temporalmente rilevanti la scuola in ospedale, questa trasmette alla scuola di appartenenza elementi di conoscenza in ordine al percorso formativo individualizzato che è stato attuato, nonché in merito alla valutazione periodica e/o finale. Nel caso in cui la frequenza della scuola ospedaliera abbia avuto una durata prevalente, questa effettua lo scrutinio, previa intesa con la scuola di appartenenza, la quale fornisce gli elementi di valutazione eventualmente elaborati dal consiglio di classe; analogamente si procede quando l'alunno ricoverato nel periodo di svolgimento degli esami finali, debba sostenere in ospedale le relative prove. La pariteticità impone comunque alla scuola di appartenenza di tenere conto delle valutazioni effettuate dalla scuola ospedaliera.

Particolari problemi sono connessi invece alla prevista estensione delle scuole ospedaliere anche all'istruzione secondaria di II grado. Per quanto riguarda la scuola di base, infatti, la relativa semplicità della struttura ordinamentale ha consentito, prima per la scuola elementare e poi per la scuola media, la possibilità di prevedere i posti necessari già in organico di diritto.

La complessità della attuale scuola secondaria di II grado e la molteplicità di indirizzi inducono a cercare una soluzione che superi la fase per così dire "volontaristica" e che renda disponibili risorse professionali certe senza però dover prevedere in organico di diritto tutte le risorse professionali necessarie per sopperire alle esigenze di tutti gli indirizzi ad oggi esistenti.

Le esperienze positive già in atto a Bologna ed a Roma, l'una facente capo all'Istituto Professionale Alberghiero di Castel S. Pietro Terme e l'altra ad una attività in rete tra scuole

superiori di Roma e provincia, inducono a ritenere percorribile, anche per le scuole ospedaliere di II grado, la possibilità di una stabilizzazione in organico di diritto almeno per le discipline dell'area comune: italiano - storia - matematica - lingue straniere - diritto ed economia - scienza della terra e biologia.

Per le ulteriori aree di indirizzo, data l'eterogeneità della potenziale utenza, si continuerebbe a sopperire alle varie esigenze con docenti volontari parzialmente o totalmente in esubero, con docenti titolari disponibili, retribuiti con specifiche risorse compresi i fondi della legge relativa all'ampliamento dell'offerta formativa o con altri fondi eventualmente disponibili, e con docenti volontari a riposo.

Per valutare la percorribilità dell'ipotesi di stabilizzare almeno in parte in organico di diritto l'attività delle scuole ospedaliere di II grado è indispensabile quantificare le ore di insegnamento necessarie.

A tal fine le SS.LL. vorranno, con cortese sollecitudine, individuare sul territorio, ove la presenza di presidi ospedalieri faccia presumere una significativa degenza di alunni, alcune scuole secondarie di II grado che possiedano le seguenti caratteristiche:

1. che abbiano già operato in presidi ospedalieri, come nel caso di Bologna e Roma;
2. che abbiano deliberato nel POF un progetto di scuola in ospedale o siano quanto meno disponibili ad inserirlo, prevedendo di destinare a tale progetto consistenti risorse professionali, finanziarie e telematiche;
3. che siano dotate di strumentazioni informatiche e telematiche, indispensabili per l'eventuale necessità di insegnamento a distanza.

Una volta individuate, la scuola o le scuole di riferimento dovranno prendere immediati contatti con le strutture ospedaliere presenti sul territorio al fine di verificare, preferibilmente per l'ultimo triennio, la media storica di alunni ricoverati ovvero in day-hospital frequentanti la scuola secondaria di II grado. Tale rilevazione dovrebbe consentire la quantificazione, seppure di massima, delle ore annualmente necessarie per sopperire alle varie esigenze e prevedere il fabbisogno di organico.

Resta inteso che un eventuale rapporto organico tra scuole e strutture ospedaliere, ove se ne rappresenti una significativa necessità, dovrà essere preceduto da un protocollo d'intesa tra i soggetti istituzionali coinvolti, sulla falsariga del protocollo generale in oggetto.

Appare opportuno che la fase dell'eventuale previsione di organico sia effettuata sentite anche le Organizzazioni sindacali.

Per un intervento il più possibile coordinato e proficuo della scuola nei presidi ospedalieri presenti sul territorio occorre pertanto mettere in atto quanto segue:

1. individuare, per la scuola dell'infanzia e per quella di base, un'unica scuola-polo (o più di una nelle grandi aree metropolitane) cui farà capo tutta la gestione didattica, amministrativa e finanziaria;
2. costituire, per le scuole medie di secondo grado, una rete di più scuole che veda presenti, ove possibile, anche più indirizzi (le scuole devono essere scelte secondo i criteri già espressi) individuando una scuola capofila che coordini la rete;
3. individuare, sia per la scuola di base che per la scuola secondaria, un docente coordinatore per ogni sezione ospedaliera per tenere i rapporti: con i docenti, con la struttura sanitaria, con la sede centrale, con le scuole di provenienza degli alunni; assegnare inoltre ai dirigenti scolastici della scuola polo e della scuola capofila compiti di coordinamento dei docenti delle diverse sezioni ospedaliere e dei rapporti tra ospedali, uffici scolastici periferici, Enti Locali;

4. stilare, una volta individuate le scuole e i presidi ospedalieri che vedono una significativa presenza di minori ricoverati, un protocollo di intesa, sulla falsariga di quello in oggetto, cercando di coinvolgere anche l'Ente locale alla luce dei principi del diritto allo studio e della legge 285/97.

In conclusione, nel ribadire ancora che gli insegnamenti di aree comuni saranno acquisiti in organico di diritto, si precisa che, limitatamente al prossimo anno scolastico 2001/2002, la determinazione delle risorse necessarie dovrà essere effettuata nella fase di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

### **Protocollo di intesa “La scuola in strada e nelle zone a rischio”**

Appare superfluo sottolineare la valenza politico-sociale del protocollo d'intesa stipulato tra Ministero della Pubblica Istruzione e Ministero per la Solidarietà Sociale alla luce dei cospicui fondi previsti dalla legge n. 285/97, recante disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

Con la predetta intesa due soggetti istituzionali si impegnano a sostenere, ognuno per la propria parte, tutte le attività poste in essere dal sistema scolastico nelle zone a rischio di dispersione scolastica e devianza minorile, nelle zone connotate da un forte afflusso di minori stranieri o appartenenti a gruppi svantaggiati e in tutte le esperienze di c.d. “scuola itinerante o scuola in strada”.

L'intento dichiarato è quello di inserire a pieno titolo tutte le scuole interessate ai predetti fenomeni nel circuito virtuoso degli interventi programmati a livello locale e finanziati con i fondi della citata legge n. 285/97.

E' opportuno ricordare che su questo fronte il Ministero della Pubblica Istruzione, oltre al dispiegarsi del notevole sforzo professionale del personale scolastico, impegna annualmente, d'intesa con le Organizzazioni sindacali di comparto, notevoli risorse finanziarie (93 miliardi annui per le scuole situate in zone a rischio di dispersione scolastica e devianza minorile e 10 miliardi annui per le scuole con più del 10% di alunni stranieri frequentanti) cui dovranno essere aggiunti gli ulteriori interventi finanziari dell'Unione Europea.

Anche per quanto riguarda le situazioni a rischio, in molte parti del territorio sono stati già effettuati proficui interventi integrati tra sistema scolastico e sistema delle autonomie locali alla luce della legge n. 285 (per es. Torino, Napoli, Roma, ecc.) Si tratta, anche in questo caso, della necessità che tutto il sistema scolastico nazionale sia consapevole delle notevoli potenzialità offerte dalla legge n. 285 e di riuscire ad inserirsi a pieno titolo nelle attività programmatiche di intervento sul territorio.

Le risorse finanziarie esistono, si tratta però di riuscire a far emergere e presentare in modo credibile e circostanziato le esigenze locali del sistema scolastico e di presentarsi nei vari “tavoli” di programmazione come soggetto attivo potenzialmente destinatario delle risorse riservate dalla legge n. 285/97 all'infanzia e all'adolescenza.

Appare opportuno, in questa sede, riassumere le fasi procedurali previste dalla citata norma:

*Il Ministro per la solidarietà sociale provvede alla ripartizione*

- 1. delle quote del Fondo tra le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano*
- 2. della quota pari al 30% riservata ai Comuni di Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, Taranto, Reggio Calabria, Catania, Palermo, Cagliari*

#### **1. Le Regioni**

- *definiscono, ogni tre anni, gli **ambiti territoriali di intervento***



- *procedono, ogni anno, al riparto economico delle risorse per ogni ambito territoriale di intervento*

***Gli Enti locali***, compresi negli ambiti territoriali di intervento (Comuni, Comuni associati, Comunità montane, Province)

con **Accordo di programma**, con la partecipazione di Provveditorati agli Studi, ASL, Centri di giustizia minorile e Organizzazioni non lucrative di utilità sociale

a) *approvano i **Piani territoriali di intervento** - durata massima tre anni - articolati in progetti immediatamente esecutivi - con piano economico e copertura finanziaria*

b) *li inviano alle Regioni*

**Le Regioni** entro 60 giorni dalla presentazione

a) *approvano i piani territoriali di intervento*

b) *emanano il decreto di finanziamento*

## **2. I Comuni riservatari della quota pari al 30% del Fondo**

(Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, Taranto, Reggio Calabria, Catania, Palermo, Cagliari) rispondono direttamente al Dipartimento degli Affari Sociali

- predispongono i **Piani territoriali di intervento**, con l'ausilio degli accordi di programma e la partecipazione di Provveditorati agli Studi, ASL, Centri di giustizia minorile e Organizzazioni non lucrative di utilità sociale*
- li inviano alle Regioni, per opportuna conoscenza, per la valutazione delle sinergie con le iniziative riguardanti l'intero territorio regionale e per la redazione della relazione annuale*

E' evidente che uno sforzo ed una attenzione particolari devono essere posti dalle SS.LL. ai particolari percorsi di formazione cui dovranno partecipare i docenti impegnati sia nelle scuole ospedaliere che nelle scuole situate in zone a rischio o a forte processo immigratorio.

Si prega di tenere informato lo scrivente Ufficio dei progetti già in atto alla luce della legge n. 285/97 nonché di quelli presentati o in via di presentazione.

Ulteriori informazioni e chiarimenti potranno essere reperiti sul sito del Centro Nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza <[www.minori.it](http://www.minori.it)> e sul sito di questo Ministero <[www.istruzione.it](http://www.istruzione.it)>

I Provveditori agli Studi vorranno dare la massima diffusione alla presente circolare presso le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado.

Il Ministro



**Redazione degli atti e scelta dei documenti**

**a cura di GIUSEPPE PEDRIELLI**