

AII

Roberta Bergamini

Modelli di leadership per una scuola di qualità

La sinergia pedagogica delle unità dislocate
in presidi pediatrici sanitari pubblici





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

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

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

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

ISBN 978-88-255-1123-9

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

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

I edizione: febbraio 2018

Indice

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

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

Appendice

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

Ringraziamenti

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

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

Una scuola per la qualità e l'eccellenza

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

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

1.1. Il paradigma della scuola democratica come scuola di qualità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sicuramente la malattia e l'ospedalizzazione rappresentano un trauma soprattutto per bambini e adolescenti, la resilienza nell'ospedale dovrebbe essere considerata come un processo dinamico di sviluppo che presuppone non solo il resistere alle avversità ma anche adattamento positivo in uno o più campi di competenza. Campi che potrebbero essere valorizzati anche dall'uso dell'ICT¹, in particolare la domotica e la telematica per i ricoveri domiciliari e in ospedale. Incrementare quindi l'uso di tecnologie digitali informatiche e la robotica attraverso la quale sono già stati attivati progetti molto interessanti volti proprio a far acquisire la resilienza nei ragazzi ospedalizzati.

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

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

una disciplina di sintesi, che mutua principi e impostazione teorica dalla robotica educativa, da cui deriva. Persegue obiettivi riguardanti il riciclaggio e allo sviluppo consapevole, stimolando la creatività e favorendo lo sviluppo della “persona” a livello trasversale. Sviluppa e potenzia competenze comunicative e relazionali, promuovendo l’attualizzazione di stili individuali di apprendimento. Ha valenze *transferali* e riabilitative ed è utilizzata come facilitatrice degli apprendimenti curricolari².

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

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

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