Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio

Il servizio di istruzione domiciliare

Vademecum ad uso delle scuole di ogni ordine e grado

Materiali prodotti nel corso del
1° Seminario Nazionale sul servizio di istruzione domiciliare

Viareggio 1, 2 e 3 dicembre 2003

A cura dell'Ufficio III

INDICE

Premessa

Linee guida sul servizio di istruzione domiciliare

Gli aspetti medici e psicologici

Le patologie
Igiene e profilassi
Certificazioni mediche
L'accoglienza e l'approccio
Le dinamiche familiari
La prevenzione del burn-out

Gli aspetti amministrativi

La normativa
Le procedure amministrative
Il consiglio di classe allargato

Gli aspetti tecnologici

Il supporto informativo e gestionale
Gli strumenti tecnologici e le infrastrutture

Gli aspetti metodologico-didattici

Modelli di intervento didattico con uso di ipermedia
Modelli di intervento organizzativo e didattico per la scuola elementare
Modelli di intervento organizzativo e didattico per la scuola media
Modelli di intervento organizzativo e didattico per la scuola superiore

Premessa, *di Bruno Pagnani*

Negli ultimi anni è emersa sempre più, sia come conseguenza del Piano Sanitario Nazionale tendente a ridurre al minimo i ricoveri ospedalieri, sia per una aumentata sensibilità al problema dell'istruzione e della formazione di alunni malati, l'esigenza di assicurare ad alunni e studenti affetti da gravi patologie l'erogazione di servizi scolastici alternativi che permettano agli stessi di non interrompere il proprio corso di studi. Troppo spesso, infatti, tali interruzioni si trasformano in abbandoni scolastici o ripetenze. I servizi scolastici che il MIUR ha attivato sono fondamentalmente due:
1. La scuola in ospedale.
2. Il servizio di istruzione domiciliare.

La scuola in ospedale

Pur essendo un servizio consolidatosi in un lungo arco di tempo, presenta una difficoltà oggettiva nell'istituzione di scuole ospedaliere per la secondaria superiore, con conseguente scarsa presenza delle stesse sul territorio nazionale. Inoltre, anche laddove è presente, la scuola superiore può assicurare in ospedale solo gli insegnamenti cosiddetti dell'area comune (Italiano, Storia, Lingua straniera, Matematica, Scienze della terra, Diritto ed Economia). Tale carenza viene spesso sanata con l'erogazione di ore aggiuntive di insegnamento delle cosiddette materie di indirizzo (Greco, Elettronica, Trattamento testi, ecc.), attraverso le risorse finanziarie della Legge. n. 440/97.
Anche le lezioni ad alunni di scuola elementare e media, ospedalizzati in strutture sanitarie presso cui non operano sezioni scolastiche, vengono erogate con ore aggiuntive di insegnamento; tale modalità si configura di fatto come servizio di istruzione domiciliare, pur non essendo attivato presso il domicilio dello studente.

Il servizio di istruzione domiciliare

Previsto per alunni affetti da gravi patologie, già ospedalizzati, pone diversi tipi di problemi:
1. come integrare l'intervento della scuola ospedaliera, quello della classe di appartenenza e le lezioni presso il domicilio dello studente. In linea teorica tale problema coinvolge, oltre agli insegnanti ospedalieri che, fino ad ora, si sono fatti carico del servizio di istruzione domiciliare, tutti gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado sul territorio nazionale, che potrebbero trovarsi nella condizione di dover attivare tale servizio;
2. come ricontestualizzare il domicilio-scuola in modo da garantire allo studente la massima integrazione con il suo gruppo classe. Per questo scopo è indispensabile l'individuazione di strategie didattiche e relazionali adeguate al contesto;
3. come diffondere una cultura dell'istruzione domiciliare visto che, come si è detto, il problema potrebbe coinvolgere qualunque operatore della scuola, ma è sconosciuto alla maggioranza;
4. come garantire omogeneità nell'erogazione del servizio su tutto il territorio nazionale attraverso indicazioni di dettaglio per una corretta e completa applicazione delle disposizioni già impartite con le circolari ministeriali n. 149/01, n. 84/02 e n. 56/03.

Posto in premessa questo contesto complesso e considerato che sul territorio sono già presenti strutture di servizio, quali le scuole polo ospedaliere regionali e un portale telematico funzionante presso il Polo Didattico e di Ricerca di Crema dell'Università degli Studi di Milano, con il compito di informare, coinvolgere e sostenere le scuole territoriali che si troveranno ad affrontare il problema, questo vademecum, destinato a tutte le scuole territoriali, vuole essere un ulteriore strumento operativo volto a facilitare sia le procedure amministrative connesse all'attivazione del servizio di istruzione domiciliare, sia il complesso impatto relazionale che viene a determinarsi nel delicato contesto familiare dell'alunno malato, sia alcune scelte metodologico-didattiche.
Nella speranza che il presente documento possa essere d'aiuto nell'erogazione del servizio di istruzione domiciliare, porgo a tutti i miei più cordiali saluti.

Linee guida per il servizio di istruzione domiciliare
a cura della Direzione Generale Organizzazione Servizi nel Territorio – Ufficio III

Ambito di intervento

Il servizio di istruzione domiciliare può essere erogato nei confronti di alunni, iscritti a scuole di ogni ordine e grado, i quali, già ospedalizzati a causa di gravi patologie, siano sottoposti a terapie domiciliari che impediscono la frequenza della scuola per un periodo di tempo non inferiore a 30 giorni. Il servizio in questione può essere erogato anche nel caso in cui il periodo temporale, comunque non inferiore a 30 giorni, non sia continuativo, qualora siano previsti cicli di cura ospedaliera alternati a cicli di cura domiciliare oppure siano previsti ed autorizzati dalla struttura sanitaria eventuali rientri a scuola durante i periodi di cura domiciliare.

Patologie

L'attivazione del servizio di istruzione domiciliare potrà avvenire, successivamente al ricovero ospedaliero, solo in presenza di alcune gravi patologie, quali:

- Patologie onco – ematologiche
- Patologie croniche invalidanti, in quanto possono comportare l'allontanamento periodico dalla scuola
- Malattie o traumi acuti temporaneamente invalidanti
- Patologie o procedure terapeutiche che richiedono una terapia immunosoppressiva prolungata, oltre il periodo di ospedalizzazione, tale da impedire una normale vita di relazione, per l'aumentato rischio di infezioni.

La patologia ed il periodo di impedimento alla frequenza scolastica devono essere oggetto di idonea e dettagliata certificazione sanitaria, rilasciata dalla struttura ospedaliera in cui l'alunno è stato ricoverato.

Gestione del servizio

Titolari della gestione del servizio di istruzione domiciliare sono gli Uffici Scolastici Regionali competenti per territorio, ai quali sono assegnate le risorse finanziarie per gli interventi.
A seguito di apposita motivata richiesta a detti Uffici da parte dell'Istituzione scolastica interessata, potranno essere assegnate le risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate.
A tal fine, sarà necessario osservare le seguenti procedure:

- La scuola interessata dovrà elaborare un progetto di offerta formativa nei confronti dell'alunno impedito alla frequenza scolastica, con l'indicazione del numero dei docenti coinvolti e delle ore di lezione previste.
- Il progetto dovrà essere approvato dal collegio dei docenti e dal consiglio d'Istituto, in apposite sedute d'urgenza previste dal dirigente scolastico, ed inserito nel POF.
- La richiesta, con allegata certificazione sanitaria, e il progetto elaborato verranno presentati al competente Ufficio Scolastico Regionale che procederà alla valutazione della documentazione presentata, ai fini dell'approvazione e della successiva assegnazione delle risorse.
- Poiché potrebbero essere più d'una le richieste avanzate e non tutte presentate all'inizio dell'anno scolastico, le Direzioni Generali Regionali procederanno, eventualmente attraverso un'apposita commissione di valutazione, ad elaborare un elenco di priorità degli interventi, anche in considerazione delle risorse finanziarie disponibili.

Docenti ed ore aggiuntive

L'istruzione domiciliare viene generalmente impartita dai docenti della scuola di provenienza, attraverso le prestazioni aggiuntive all'orario d'obbligo, da liquidare a carico del fondo dell'Istituzione scolastica, secondo la previsione contenuta nell'art. 28 del CCNL comparto scuola 2002/2005 (che rimanda agli artt. 30 e 31 del CCNI 31/8/99) e le misure del compenso orario lordo di cui alla Tabella 5 allegata al medesimo CCNL.

Inoltre, i dirigenti scolastici, nell'ambito delle relazioni sindacali d'Istituto, potranno autonomamente concertare con la RSU e con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria territoriali delle OO.SS. una eventuale specifica destinazione delle risorse del fondo per riconoscere il maggiore impegno e carico di lavoro del personale coinvolto nell'istruzione domiciliare.
Nel caso in cui la scuola di provenienza non abbia ricevuto, da parte del personale docente interno, la disponibilità alle prestazioni aggiuntive suddette, il Dirigente Scolastico dovrà darne comunicazione con allegata relativa delibera del Collegio dei docenti, all'Ufficio Scolastico Regionale competente per territorio e ai genitori dell'alunno interessato. La scuola potrà reperire personale esterno anche attraverso l'ausilio delle scuole con sezioni ospedaliere del relativo ambito territoriale provinciale e regionale.
Può accadere che l'alunno ricoverato, al termine della cura ospedaliera, non rientri nella sede di residenza, ma effettui cicli di cura domiciliare nella città in cui ha sede l'ospedale. In tal caso, il servizio di istruzione domiciliare verrà erogato, in ore aggiuntive, da docenti della sezione ospedaliera funzionante presso la struttura sanitaria dove l'alunno è stato degente oppure da docenti disponibili di altre scuole.

Modalità di accoglienza

a) Al fine di accelerare le procedure amministrative e rendere, quindi, tempestivo l'intervento di istruzione domiciliare, il docente coordinatore della sezione funzionante presso l'ospedale in cui l'alunno è stato ricoverato, previa intesa con il dirigente scolastico, sentiti i medici di reparto sull'andamento della degenza e acquisito il parere favorevole dei genitori e dell'alunno, contatterà la scuola di provenienza, affinché elabori il progetto, provvedendo a inviare una relazione didattica e altre notizie utili all'elaborazione del progetto di istruzione domiciliare.
b) E' opportuno che la scuola di provenienza, una volta attivato il servizio, promuova incontri tra il personale docente e quello della ASL di appartenenza dell'alunno per chiarire gli aspetti relativi alla patologia e per integrare l'eventuale intervento di assistenza sanitaria domiciliare con quello di istruzione domiciliare, al fine di una presa in carico globale dell'alunno malato, come peraltro previsto dal protocollo d'intesa siglato in data 24 ottobre 2003 tra il MIUR e il Ministero della Salute.
c) Qualora l'alunno sia stato ricoverato in un ospedale privo di servizio scolastico, la scuola di provenienza, non appena a conoscenza della situazione di degenza, contatterà la struttura sanitaria, per essere informata sull'andamento della degenza stessa e sulla successiva eventuale terapia domiciliare. A tal fine, potrà essere chiesta la collaborazione della scuola polo ospedaliera della regione in cui ha sede la struttura sanitaria priva di servizio scolastico.

Metodologie didattiche

Particolare importanza riveste l'*approccio* con l'alunno che, per vari motivi, patologia, situazione scolastica preesistente, contesto socio-culturale, potrebbe rifiutare l'intervento pedagogico domiciliare. Si tratta quindi di mettere in atto strategie per ottenere risultati sia sotto il profilo didattico-curricolare, sia sul piano della qualità della vita dell'alunno.
In una situazione in cui l'alunno malato è costretto a **subire** il piano terapeutico, è bene privilegiare modelli didattici che gli permettano di **agire** sul piano culturale, che lo facciano sentire l'artefice dei prodotti che realizzerà.
Vanno poi considerati i limiti strumentali dovuti alle patologie, con le conseguenti ridotte abilità. Tempi di applicazione allo studio, limiti fisici e psicologici vanno considerati attentamente prima di qualunque tipo di intervento.
Il rapporto insegnante-allievo falsa il normale rapporto insegnante-classe. Se da una parte favorisce l'approfondimento, sia sul piano didattico che emotivo, dall'altra pone l'allievo in una condizione di isolamento. E' bene quindi cercare di superare tale condizione, sia sfruttando le possibilità offerte dalle moderne tecnologie telematiche per la comunicazione, come la

videoconferenza, le chat, la posta elettronica, sia favorendo, quando le situazioni cliniche e logistiche lo permettono, le visite dei compagni.
Potrebbe accadere che una lezione a casa si trasformi in una semplice "ripetizione". Sarà bene evitarlo, non solo perché tale atteggiamento metterebbe l'alunno malato in condizione di subalternità alla classe, ma perché il rapporto uno a uno permette di ottenere alti standard qualitativi che possono rendere l'allievo seguito a domicilio protagonista eccellente dei percorsi di apprendimento del gruppo classe, con tutti i risvolti psicologici ovvi da immaginare. Risvolti psicologici che, si ricorda, possono avere ricadute anche sul piano terapeutico.
Una attenzione particolare andrà posta all'uso delle tecnologie informatiche e telematiche, per consentire eventualmente lezioni per le materie non oggetto del servizio.
Saranno da privilegiare, infine modelli didattici che favoriscano la comunicazione attraverso diversi linguaggi e la progettualità interdisciplinare.
Per attivare momenti di comunicazione a distanza, chat, videoconferenza, aula virtuale per la costruzione di pagine web condivise, è disponibile il sito portale tematico realizzato con la collaborazione del Polo Didattico e di Ricerca di Crema dell'Università degli Studi di Milano **http://scuolainospedale.indire.it.**
E'inoltre disponibile un indirizzo di posta elettronica, cui inviare quesiti concernenti il servizio di istruzione domiciliare e la scuola ospedaliera:
scuolainospedale@istruzione.it.

Risorse finanziarie

Gli interventi nel settore in questione sono stati finanziati dal MIUR attraverso i fondi di cui alla legge n. 440/97, ripartiti fra gli Uffici Scolastici Regionali, con le CC.MM. nn. 149/01, 84/02 e 56/03.
Tali risorse finanziarie non costituiscono, però, le uniche fonti di finanziamento, in quanto possono concorrere alla realizzazione dei progetti di istruzione domiciliare, in ogni ambito territoriale regionale, anche altri soggetti istituzionali, quali Comuni, Province e Regioni, con specifici impegni di spesa .
I fondi previsti dalla Legge n. 285/97 o dalle leggi regionali sul diritto allo studio, per esempio, potrebbero essere destinati, attraverso la definizione di intese e accordi di programma tra autorità scolastiche, Regioni ed Enti Locali, alla realizzazione di interventi nel settore.

Il percorso educativo

Il percorso seguito con l'istruzione domiciliare, i progressi educativi realizzati ed i prodotti dell'alunno verranno a costituire un portfolio di competenze individuali, che accompagnerà l'allievo al suo rientro a scuola e durante tutto il percorso scolastico.
Il portfolio è compilato ed aggiornato a cura rispettivamente del docente o dei docenti domiciliari e dei docenti della classe di provenienza, anche sulla base della relazione degli insegnanti ospedalieri.
Qualora non tutte le materie possano essere oggetto di istruzione domiciliare, è opportuno che la scuola che ha preso in carico l'alunno preveda anche attività di insegnamento a distanza.

LE PATOLOGIE GRAVI, I MEZZI DIAGNOSTICI E GLI STRUMENTI TERAPEUTICI IN RAPPORTO ALLE MODIFICATE CAPACITA' SCOLASTICHE E RELAZIONALI DELL'ALUNNO MALATO

Dott.ssa Fiorina Giona
Ematologia-Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia
Università "La Sapienza" - Roma

L'obiettivo che si propongono la Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare è quello di offrire dei momenti di normalità a bambini e adolescenti che sono affetti da patologie che impediscono loro una normale vita quotidiana.

Quali patologie considerare per l'attivazione dell'istruzione domiciliare?

Le patologie da considerare per l'attivazione della scuola domiciliare, dopo un periodo di ospedalizzazione, sono:

1. *Patologie onco-ematologiche*
2. *Patologie o procedure terapeutiche che richiedono terapia immunosoppressiva prolungata*
3. *Patologie croniche invalidanti*
4. *Malattie o traumi acuti temporaneamente invalidanti*

Tra le *patologie onco-ematologiche*, quelle di più frequente riscontro nei bambini sono:

- Leucemie acute e linfomi
- Neoplasie del tessuto nervoso (medulloblastoma, neuroblastoma, retinoblastoma)
- Neoplasie del rene e del fegato (tumore di Wilms, epatoblastoma)
- Neoplasie dei tessuti duri e molli (osteosarcoma, rabdomiosarcoma)

La *terapia immunosoppressiva* viene utilizzata sia come trattamento di alcune patologie, quali l'aplasia midollare grave (rarissima patologia in cui il midollo osseo non produce più i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine), sia dopo trapianto di midollo osseo o d'organo (rene, fegato, etc.).

Le *patologie croniche invalidanti*, che possono colpire diversi organi o tessuti, comprendono malattie frequenti o rare (335 gruppi con 500 patologie), che possono essere a loro volta congenite o acquisite. Tra le malattie croniche invalidanti che comprendono anche gli handicap, le più comuni sono:

- Malattie delle ghiandole endocrine (diabete), della nutrizione e del metabolismo
- Malattie del sangue e degli organi emopoietici (talassemia, emofilia) e disturbi immunitari
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (epilessie, malattie degenerative)
- Malattie dell'apparato cardiocircolatorio (cardiopatie) e respiratorio
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie dell'apparato genito-urinario
- Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo
- Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- Malattie infettive (toxoplsmosi congenita)
- Disturbi post-traumatici

Tra le *malattie o traumi acuti temporaneamente invalidanti* i traumi (fratture ossee, trauma toracico, politraumatismi), le ustioni, gli interventi chirurgici (cardiaci e addominali).

Quali problematiche sono legate a queste patologie?

Il decorso della malattia, le indagini diagnostiche, le procedure terapeutiche provocano nel bambino o nell'adolescente problematiche, sia organiche che psicologiche, che ne condizionano lo stato. Queste problematiche dipendono dal tipo di patologia. Nelle malattie oncoematologiche, momenti psicologici particolari sono legati alle fasi che richiedono un'ospedalizzazione e che comportano una limitazione della vita di relazione e un isolamento temporaneo. Il momento della scoperta della malattia (diagnosi); il momento in cui, dopo un periodo di benessere, ricompare la malattia (recidiva); il periodo, di durata variabile in cui la malattia ha il sopravvento (fase avanzata) provocano nel bambino o nell'adolescente sentimenti diversi (quali paura, disorientamento, rabbia, delusione, ansia e depressione) che condizionano l'umore del bambino e che possono provocare sintomi simili a quelli della malattia di base. I sintomi di una malattia oncoematologica, possono essere sistemici o locali e di entità variabile. I più frequenti sono: facile stancabilità, malessere generale, dolori ossei diffusi, febbre, emorragie, infezioni, linfoadenomegalie (nelle leucemie acute). Questi sintomi, che scompaiono quando la malattia è sotto controllo, possono ricomparire nella recidiva con le stesse caratteristiche o con caratteri di maggiore gravità. Nella fase avanzata, oltre ai sintomi dovuti alla progressione della malattia, sopraggiunge una progressiva debilitazione fisica che può portare all'allettamento del piccolo paziente.

Nelle patologie croniche invalidanti, ai sintomi e/o alle manifestazioni della malattia, che variano a seconda dell'organo colpito, si aggiungono le problematiche psicologiche di dipendenza e di limitazione della vita di relazione dovute anche ai trattamenti a cui sono sottoposti i piccoli pazienti (terapie curative, terapie mediche di supporto, terapie riabilitative)

Quali indagini diagnostiche vengono utilizzate?
Le indagini a cui vengono sottoposti i pazienti variano nel tipo e nella frequenza in base al tipo di patologie. Possono essere suddivise in due gruppi:

Indagini diagnostiche NON invasive	Indagini diagnostiche invasive
Indagini radiologiche (Radiografie, TAC, RMN, SPECT, angiografie) Indagini ecografiche Indagini scintigrafiche	Prelievi di sangue venoso Agoaspirato midollare e/o biopsia ossea Puntura lombare Inserzione e manutenzione catetere venoso centrale

Quali terapie vengono utilizzate?
Le patologie oncoematologiche possono richiedere: un *trattamento chemioterapico* e/o un *approccio chirurgico* e/o un *trattamento radiante*. Questi trattamenti possono essere usati da soli o in combinazione, in base al tipo di neoplasia, all'estensione e alla fase della malattia. La *chemioterapia antiblastica* può essere somministrata con varie modalità: per via endovenosa breve o in infusione continua, per via intramuscolare, per os, per via intratecale. I farmaci possono essere impiegati in monochemioterapia o in associazione: ad alte dosi (i cosiddetti cicli), nella fase di attacco della malattia e nel consolidamento della risposta ottenuta, oppure, a dosi convenzionali. La durata e l'intensità del trattamento dipendono dal tipo di patologia e dalla fase di malattia.
La *radioterapia* può essere impiegata, con modalità diverse (convenzionale, iperfrazionata, accelerata, brachiterapia), sia nella fase iniziale della malattia, per ridurre la massa, sia come consolidamento per prevenire eventuali localizzazioni da malattia (come si verifica nella LAL).
L'*approccio chirurgico* può essere riservato sia per fare la diagnosi (biopsia) che per eradicare la massa (escissione completa).
La *terapia immunosoppressiva* (cortisone e ciclosporina) viene utilizzata sia nei trapianti (d'organo o di midollo osseo) che in alcune patologie, quali l'aplasia midollare grave (rarissima patologia in cui il midollo osseo non produce più gli elementi figurati del sangue circolante). Il periodo di trattamento può variare in base o alla risposta o al rischio di rigetto o di reazione contro l'ospite (graft-versus host disease-GVHD).
Il *trapianto di midollo osseo* è una procedura complessa in cui è prevista, dapprima, una chemioterapia associata o meno a radioterapia e, successivamente, infusione di cellule staminali che possono provenire da fonti diverse. In base al tipo di donatore, si possono distinguere diversi tipi di trapianto: *trapianto autologo*, in cui il ricevente è anche il donatore; *allogenico*, in cui il donatore è diverso dal ricevente e può essere un familiare o un donatore volontario o il sangue di cordone ombelicale. Nel caso del trapianto allogenico, per evitare che le cellule del donatore attacchino quelle del ricevente, si somministra al paziente trapiantato terapia immunosoppressiva per un periodo di tempo di 6-12 mesi.

Quali sono gli effetti collaterali delle terapie?
Gli effetti collaterali e le complicanze degli approcci terapeutici utilizzati possono essere acuti (precoci), a medio termine o tardivi (a lungo termine).
Gli effetti collaterali precoci della *chemioterapia* sono: nausea e vomito, febbre, cefalea, mucosite, diarrea, ritenzione idrica con irritabilità, malessere generale, debilitazione fisica, alopecia. Le complicanze precoci più frequenti sono: le emorragie, dovute a riduzione del numero delle piastrine e che in alcuni casi richiedono trasfusioni di piastrine, anemia che, se grave, richiede trasfusioni di globuli rossi, ed, infine, le infezioni (batteriche, fungine e virali, anche da germi normalmente alberganti sulla nostra cute o colonizzanti le nostre mucose), causate dalla riduzione delle difese immunitarie.
Le complicanze precoci del ***trattamento chirurgico***, quali dolore localizzato, infezioni e sanguinamento della ferita, sono di durata e intensità limitate.
Le complicanze a breve termine della ***terapia immunosoppressiva*** sono: ritenzione idrica con gonfiore, ipertensione, alterazione della funzionalità renale e rischio di infezioni (batteriche, fungine e virali).
Le complicanze a medio termine delle terapie sono rappresentate dalle modificazioni nell'aspetto fisico: ipertricosi, aumento della ritenzione idrica con gonfiore, alopecia, menomazioni chirurgiche.
Conoscere le complicanze a lungo termine dei trattamenti è importante per tutti i docenti, dal momento che un numero sempre crescente di bambini e adolescenti riesce a guarire da una neoplasia. Tra le complicanze più frequenti, causate dalla chemioterapia ad alte dosi associate alle punture lombari medicate e alla radioterapia, soprattutto nei bambini più piccoli, si possono riscontrare: una riduzione della capacità di concentrazione, un deficit delle funzioni cognitive, alterazioni endocrine con ritardo nello sviluppo, persistenza di handicap fisici. Una complicanza temibile non solo della chemio e/o radioterapia, ma anche della terapia immunosoppressiva è rappresentata dallo sviluppo di neoplasie secondarie.

Quali precauzioni bisogna adottare?
E' importante sapere che il bambino o l'adolescente leucemico o con altra patologia oncologica non è un bambino che infetta chi gli sta accanto, anzi, sono le persone che hanno contatto con il bambino che possono rappresentare dei potenziali portatori di infezioni. A causa delle difese immunitarie molto basse, è necessario che le persone che incontrano il bambino o l'adolescente seguano alcune regole, in modo da

riducrre il rischio infettivo: lavarsi le mani prima di venire in contatto con l'alunno; indossare, se possibile, un camice pulito; evitare di incontrare l'alunno se portatori di infezioni anche lievi (per esempio, l'herpes labialis), non introdurre materiale didattico non pulito; valutare bene la situazione di un alunno sofferente (anche contattando i medici curanti).

Come può funzionare la scuola?

Lo scopo della scuola domiciliare è quello di contribuire al benessere del bambino o dell'adolescente in situazioni critiche. Stimolare il bambino nel contesto della malattia, contribuendo alla sua crescita culturale ed emotiva, aiutare il bambino nel reinserimento nella scuola d'origine, aiutare il bambino a raggiungere una maggiore indipendenza e ad incrementare l'interazione con l'ambiente, adattare l'intervento ad ogni bambino cercando di far leva su interessi specifici, assumere un atteggiamento vitale di proiezione verso il futuro sono le modalità di approccio che possono aiutare un bambino malato. Questo obbiettivo può essere realizzato con maggiore facilità se il docente ha una conoscenza aggiornata della situazione clinica del discente che può essere ottenuta attraverso l'interazione con i medici curanti Indipendentemente dalla patologia, bisogna tener presente che la capacità di concentrazione è limitata nel tempo; inoltre, la durata delle lezioni può modificarsi nel corso del tempo, in base allo stato fisico del discente.

L'accoglienza e l'approccio

L'accoglienza si attiva in un luogo fisico
LA CASA
OFFRE UNA SERIE DI POSSIBILITA' CHE VEICOLANO DIVERSI SIGNIFICATI E CONTESTUALIZZANO LA TIPOLOGIA E LA FISIONOMIA DELLA RELAZIONE

LA CASA
DA CONTENITORE
spazio di intersezione che veicola diverse possibilità che contestualizzano l'accoglienza
A CONTENUTO
Nel senso che i messaggi che la casa veicola orientano le letture e le percezioni che ognuno ha dello spazio e della relazione sia dal punto di vista cognitivo che affettivo

LA CASA
I contenuti definiscono a loro volta la tipologia dell'istruzione domiciliare
SPAZIO DEL QUOTIDIANO
SPAZIO DELL'OSPITALITA'
SPAZIO ISTITUZIONALE-FORMALE

L'istruzione domiciliare/Accoglienza:
Un'esperienza di crisi evolutiva non normativa
Rischio come equilibrio disfunzionale
Per il minore
Per l'operatore
Per la famiglia
Modello di intervento fondato su:
Attraversamento del Rischio
Percorso a tre fasi integrate

Attraversamento del rischio
Destrutturazione della condizione di rischio
Fase 1
MINORE
Rischio:
Considerare l'istruzione come spazio altro rispetto alla quotidianità
Ipervalorizzazione del ruolo istituzionale dell'operatore
Elementi impliciti:
Senso di intrusione, violazione dello spazio di vita
paura della perdita di costruire legami altri che come quelli dell'ospedalizzazione si interrompono

Attraversamento del rischio
Destrutturazione della condizione di rischio
Fase 1
FAMIGLIA
Rischio:
Delega
Barriera difensiva
Elementi impliciti:
Senso di intrusione, violazione dello spazio di vita
Insicurezza, scarso senso di autostima
Rifiuto dell'altro?
OPERATORE
Rischio:
Polarizzazione sul ruolo tecnico professionale
Polarizzazione sul ruolo di caregiver
Elementi impliciti:
Difficoltà a integrare parti di sé, ruoli e funzioni diverse
Paura della perdita di un legame che si potrà sviluppare

Attraversamento del rischio
Gestione della crisi
(compiti evolutivi)
Fase 2
MINORE
Compito evolutivo:
Ristrutturare il proprio spazio di vita quotidiana per dare posto all'altro
Tollerare l'idea dell'assenza fisica dell'altro
FAMIGLIA
Compito evolutivo:
Prendere posto nell'accoglienza
"Riconoscere posto" all'altro nella propria quotidianità
OPERATORE
Compito evolutivo:
Tollerare l'idea della conclusione dell'esperienza
Convincersi che il valore della relazione permane al di là del qui ed ora

Attraversamento del rischio
Sostegno alla ricerca
delle risposte ai compiti
evolutivi
Fase 3
MINORE
Attivare supporto ludico, promuovendo situazioni che chiamano in causa spazi diversi dell'istruzione vera e propria
Proporsi come supporto alla creazione di possibili collegamenti tra l'istruzione domiciliare e lo spazio/tempo altro
FAMIGLIA
Ricerca e individuazione di spazi, contesti, situazioni in cui coinvolgere la famiglia nell'intervento
Avviare una serie di situazioni in cui ci si promuove come supporto informativo, relazionale nella gestione del bambino
OPERATORE
Attivare momenti di metacognizione, supervisione e di counseling

Il paradigma dell'accoglienza

LE CATEGORIE FONDANTI

- Relazione d'aiuto
- Rischio fisiologico
- Approccio tridimensionale

GLI ASSIOMI

L'accoglienza:

- Deve sviluppare benessere
- È una condizione di rischio
- È uno spazio di intersezione relazionale
- Si identifica con l'istruzione domiciliare

PAROLE CHIAVE

- Aiuto
- Stress
- pluridimensionale

Il paradigma dell'accoglienza

I CRITERI

Livelli e tipologie di fattori dello sviluppo, dei fattori della mediazione, supporto.....

I PROCESSI

- Mediazione
- Supporto
- Protezione
- Assessment

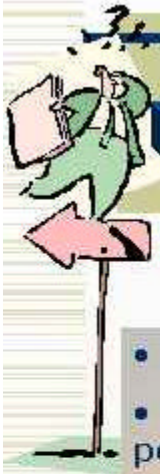
VERIFICA E VALUTAZIONE

Monitoraggio dello sviluppo dei fattori

.... e allora per l'attraversamento:

Il Patto e la sua Operazionalizzazione

AREA	SETTORE	INDICATORE	ESEMPLIFICAZIONE DI PATTERN COMPORTAMENTALI
L'accoglienza	**Il patto**	La **Negoziazione** e il reticolo dei suoi fattori: • garantire • riconoscere • donare • decentrarsi • attivare il bricolage dell'esperire quotidiano	Lavorare su: • l'integrazione e il coinvolgimento della famiglia nel processo dell'istruzione domiciliare • l'integrazione e il coinvolgimento dell'operatore nel processo della quotidianità familiare • la condivisione • l'assessment



E allora...quali aree di intervento

- Le aspettative
- Le rappresentazioni e percezioni
- I modelli
- La contestualizzazione dell'istruzione domiciliare nella dinamica familiare
- Il progetto dell'istruzione domiciliare

Aspetti applicativi e procedurali

- la narrazione
- l'osservazione
- la progettazione in una prospettiva "concertativa"

Modalità e/o strumenti

L'insegnante comincia a narrarsi: la presentazione telefonica, telematica, ecc..

Es. "sono Valeria, l'insegnante che deve venire da voi per occuparsi di Mario. ***Come vi raggiungo?*** E ora posso parlare con Mario? ...senti Mario, sono... vuoi che porti qualcosa in particolare per lavorare insieme?"

L'intervista narrativa realizzata contemporaneamente per il minore e per la famiglia

Es. "sempre, quando all'interno di una famiglia si inserisce una persona che non ne ha mai fatto parte, ci aspettiamo delle cose... proviamo a dire che cosa ci aspettiamo dall'insegnante che arriva a casa per *l'istruzione domiciliare*"

Modalità e/o strumenti

I diari per il monitoraggio del percorso

Per l'operatore: il diario di bordo

Per la famiglia: il diario

Per il minore: il diario di bordo

Es. "proverò ad individuare le difficoltà incontrate oggi..., durante..."

Es. "proviamo signora a ricordarci via via del percorso che faremo"

Es. "Mario, vogliamo provare a raccontare ciò che via via faremo"

Modalità e/o strumenti

Per la costruzione del progetto concertativo:

Stabilire attraverso i diversi incontri gli elementi del progetto dell'istruzione domiciliare, fornendo inizialmente grandi aree di riferimento (contenuti, modalità, finalità, condizioni di fattibilità)

Es. "proviamo insieme ad individuare ciò che ci piacerà apprendere, approfondire... e magari pensiamo anche a come potremo farlo e in quale spazio della casa...; la mamma la vogliamo mandare ad occuparsi delle sue cose o la facciamo lavorare con noi, sempre, a volte?"

..... Ma questo lo possiamo fare,tu che dici...?"

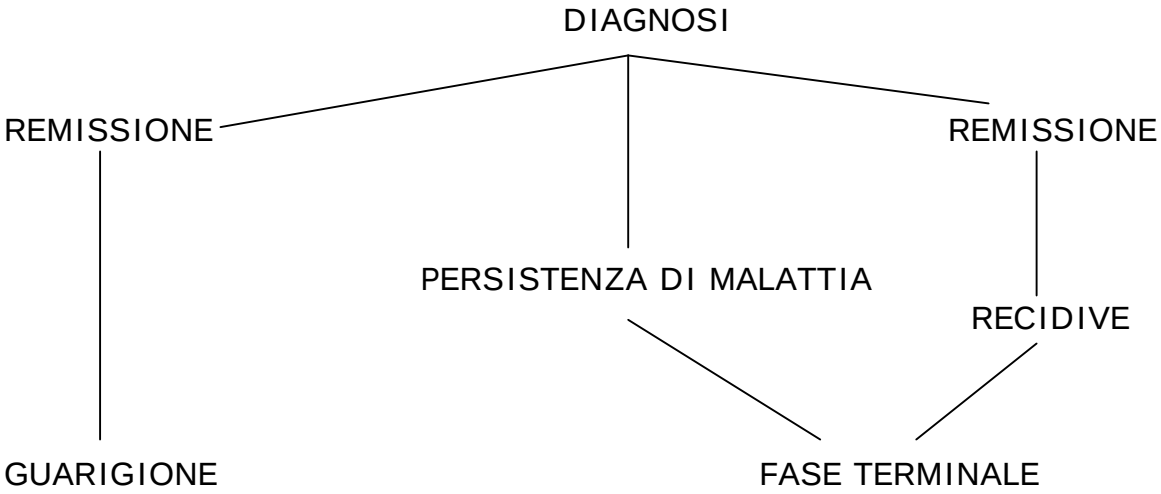
Lo operatore nell'accoglienza

Un adattamento di laboratori che prevedono il ruolo dell'insegnante in una logica pluridimensionale che lo porta a condurre il "gioco" ma ad essere anche uno dei giocatori

E allora, quale formazione per l'insegnante che "agisce" l'accoglienza
.... del e non per l'operatore
....mista: FAD-presenza
...fondata sul percorso dai bisogni espliciti a quelli impliciti
esperienziale
... modelli, tecniche e procedure
.. per la lettura dell'esperienza e delle difficoltà
... osservazione
... narrazione

Le dinamiche familiari in situazioni di malattie oncoematologiche

Nello schema sono riportate le fasi delle malattie onco-ematologiche



RELAZIONE PRIMARIA

ONCOLOGO ⟺ FAMIGLIA

RELAZIONE SECONDARIA

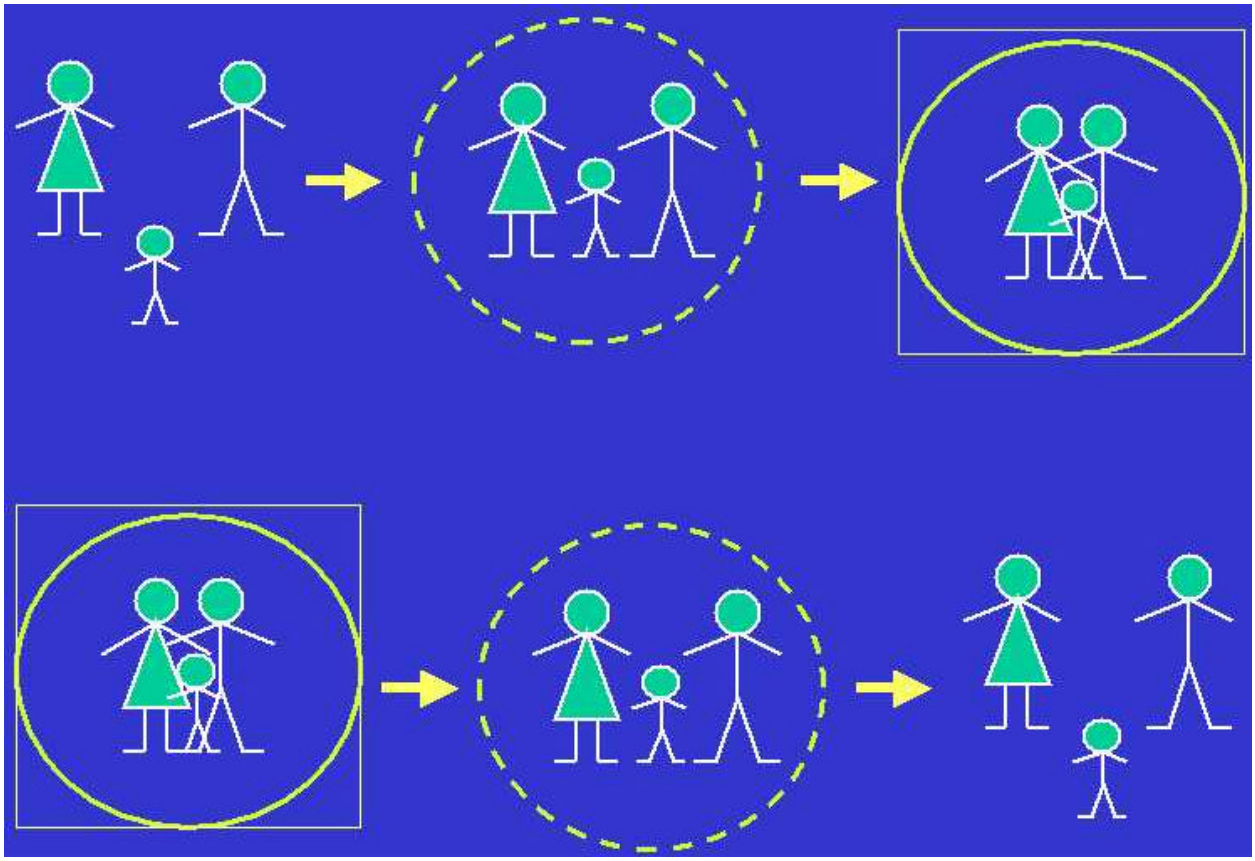
PSICOLOGO ⟺ FAMIGLIA
SCUOLA ⟺ FAMIGLIA

In tali situazioni si genera ANGOSCIA DI MORTE

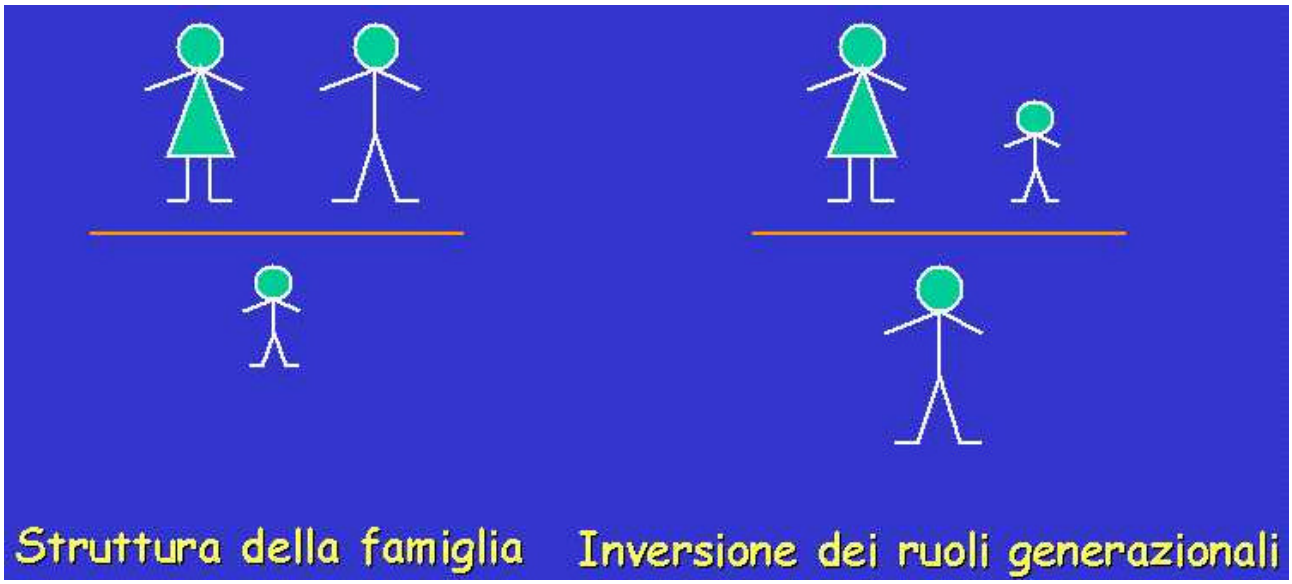
Meccanismi di difesa familiare
Spazio negato → Alterazione della struttura familiare ← Tempo statico

Inversione dei ruoli generazionali
Adultismo
Infantilismo
Orfanilità

Compromissione dei confini individuali
Fusione
Cristallizzazione



Nello schema sono riportate le fasi di "chiusura" della famiglia verso l'esterno e il successivo ritorno alla normalità.



Nello schema viene rappresentato un fenomeno di adultismo con inversione di ruoli generazionali. Il bambino "prende il posto" del padre al fine di tranquillizzare i genitori.

In passato

Uso di protocolli meno aggressivi

⇩

"Paralisi" delle relazioni come meccanismo di difesa della famiglia di fronte all'angoscia della diagnosi

Nel presente

Uso di protocolli più aggressivi

⇩

"Paralisi" delle relazioni familiari come induzione coatta prodotta dal trattamento

DEGENZA PROLUNGATA

Frammentazione del nucleo familiare — Isolamento dall'ambiente esterno

Dipendenza dall'equipe curante

↓

Supporto psicologico per accogliere e contenere le angosce della famiglia e potenziare le risorse individuali

La scuola può essere elemento di supporto, di normalità, di continuità con il mondo esterno.

Off-therapy
Ritorno alla vita normale
Possibile depressione di uno dei genitori

Guarigione
Difficoltà di tutta la famiglia di separarsi dal centro e per l'ex paziente di riconoscersi nel nuovo stato di persona guarita.

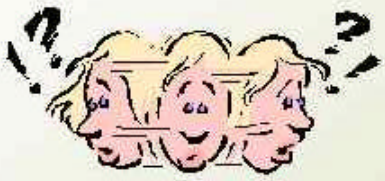
La prevenzione del burn-out

AGENTI STRESSOR NELL'ISTRUZIONE DOMICILIARE/ACCOGLIENZA

Barriera protettiva labile in quanto relazionale

Assenza di confini/ "contagio" emotivo

Identità "diffusa"



Disorientamento

Contestualizzazione dell'intervento educativo didattico in uno spazio non istituzionale

Senza reti di protezione

AGENTI STRESSOR NELL'ISTRUZIONE DOMICILIARE/ACCOGLIENZA

Sentirsi pervaso dalla sofferenza altrui

Sostenere un carico pesante: la sofferenza

Soffocamento/ asfissia

Non disinvoltura nell'approccio con l'altro

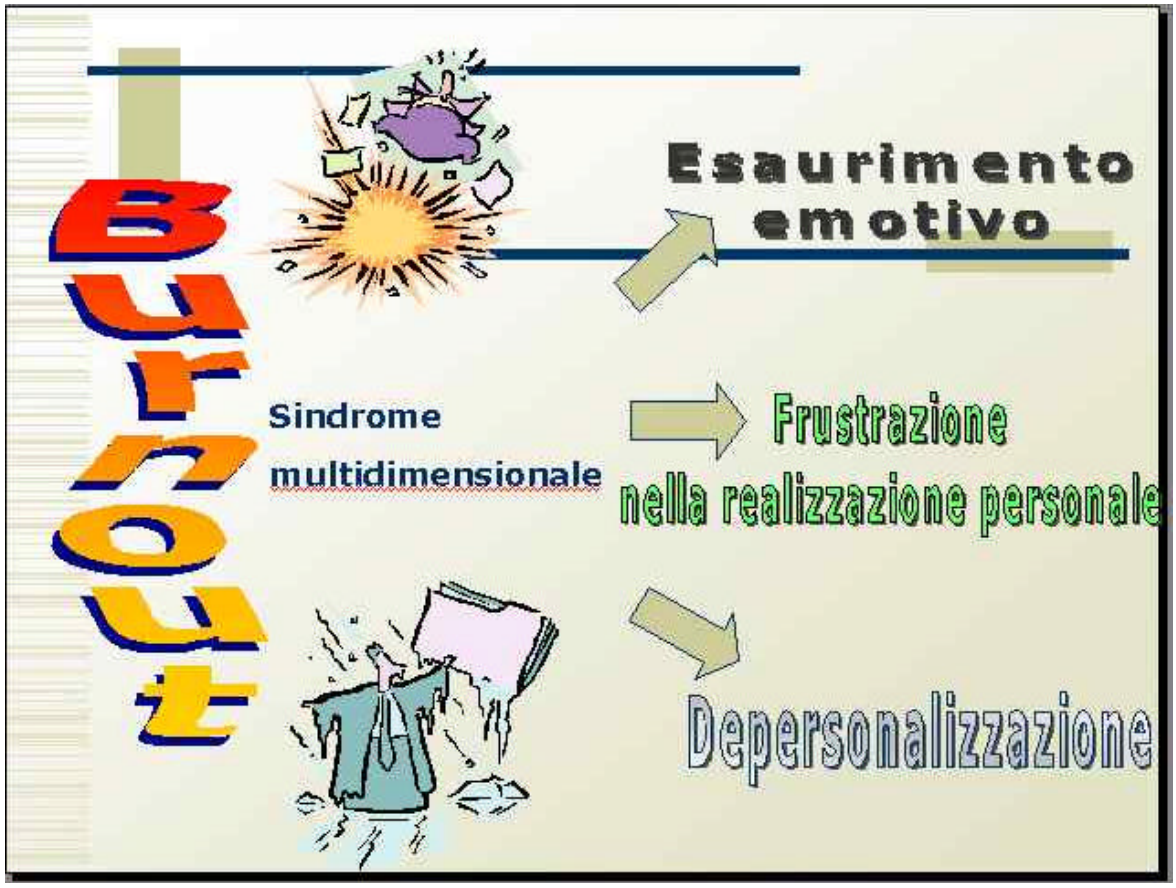
L'Operatore è l'ospite "desiderato": Da chi ? Da tutti?.....

Ansia: Piacerò a tutti?

AGENTI STRESSOR
NELL'ISTRUZIONE DOMICILIARE/ACCOGLIENZA
Confusione sul posto che l'istruzione domiciliare ha nella propria vita
Mediare tra mandato istituzionale e aspettative
"Scissione" dell'operatore
Identità del bambino non ben definita
"Scissione" del bambino

AGENTI STRESSOR
NELL'ISTRUZIONE DOMICILIARE/ACCOGLIENZA
Improvvisazione dell'intervento
Impossibilità di previsione e carenza del controllo personale
Rigidità, fissità di modelli, piani d'azione
Vuoto di significato
Necessità di ridefinire il significato dell'istruzione
Solitudine, isolamento

AGENTI STRESSOR
NELL'ISTRUZIONE DOMICILIARE/ACCOGLIENZA
Ansia da prestazione
Lettura distorta dell'esperienza
Richiesta di competenze variegate ed elevate
Senso di estraneità
Difficoltà a riconoscere la gratificazione
L'operatore come terzo elemento


Burnout
Esaurimento emotivo
Sindrome multidimensionale
Frustrazione nella realizzazione personale
Depersonalizzazione

Gestire gli stressor per prevenire il burnout....

La formazione

Modello I.R.F (G. Perricone)

Risorse di coping individuali:

- Capacità di problem solving
- Acquisizione di nuovi modelli di lettura e strategie
- Percezione di controllo

Risorse organizzative e di comunità

- Empowerment sociale
- Competenza della comunità

Benessere relazionale

Il modello I.R.F. una formazione per la trasformazione dell'operatore

I.R.F. intervento-ricerca-formazione

- Focalizza sull'operatore punteggiando sull'alunno e,dunque, viene presa in carico la totalità soggettiva dell'operatore che diventa il "parametro" a cui si riferisce la gestione della relazione con l'alunno.

R.A. ricerca-azione

Focalizza sull'alunno punteggiando sull'operatore e dunque, viene presa in carico la complessa realtà evolutiva dell'alunno che costituisce il nucleo di riferimento.

I.R.F.

- la formazione si attiva all'interno e attraverso l'azione educativo-didattica, l'attivazione dei processi metacognitivi, lo sviluppo della motivazione intrinseca e della dinamica motivazionale
- consente di agire la propria formazione attraverso un percorso evolutivo caratterizzato da tre fasi in successione.

R.A.

- la formazione si sviluppa attraverso le informazioni e le simulazioni, il ricordo delle diverse azioni, l'orientamento allo sviluppo della motivazione dell'alunno
- si sviluppa per sequenze differenti, naturali e costruite che prendono in carico il lavoro con l'alunno non considerando il rapporto privilegiato tra la strategia, l'applicazione e il docente stesso.

I.

L'INTERVENTO

Il laboratorio naturale di scoperta

E' la fase al cui interno si lavora sul "potere" attivato nell'operatore dai modelli di riferimento consolidati, un potere che come quello del *leone* veicola nell'operatore certezze ma anche limiti.

R.

LA RICERCA

Il laboratorio naturale di ricerca

E' la fase che mette il soggetto in formazione nella condizione di scoprire modelli, strategie, ipotesi di intervento...attraverso un lento percorso come quello della *tartaruga*

F.

LA FORMAZIONE

Il laboratorio naturale di verifica

E' la fase che consente attraverso l'applicazione di nuovi modelli di ritornare sull'agire professionale, come il *gabbiano* che ritorna sempre allo storno, ponendosi di fronte ai vissuti e alla percezione di sé in termini di difficoltà e nuclei critici

I.R.F.
L'INTERVENTO
Nel laboratorio naturale di scoperta l'operatore dell'istruzione domiciliare riporta un'esperienza attivata con il minore e/o la famiglia
L'incontro con l'"altro"
L'analisi della domanda della famiglia e del minore
Un segmento dell'intervento educativo-didattico
L'esperienza viene analizzata e ripensata attraverso:
• Diario self-report orientato
• Quaderno di metacognizione

Il Diario Self Report
• Tipologia di esperienza
• Modello di riferimento
• Eventuali problematiche
• Possibili ostacoli
Il Quaderno di metacognizione
Modello
Aspetti metacognitivi
Risorse
Aree problematiche
Aree Deterrenti del cambiamento
Definizione Domanda formativa
Il Focus Group
Trasformare la domanda formativa:
Dai bisogni espliciti
a quelli impliciti

I.R.F.
LA RICERCA
Nel laboratorio naturale della ricerca
l'operatore "vive" un reticolo di spazi formativi
diversi e progetta...interventi...
Metodiche Laboratoriali (LA.E. – Labor)
Definizione di correttivi
Metodiche di assessment
Metodiche di valutazione di prodotto e di processo
Costruzione di modelli e progetti
Definizione di dispositivi, piani di azione
Operazionalizzazione dei modelli

E allora, si attiva un lento percorso a funzione conoscitiva ed esplorativa che, per un verso consente la costruzione di nuove rappresentazioni dell'agire professionale "protetti" da un contenimento che la metodologia della formazione assicura e, per altro consente di mettere in moto una centralità della dimensione esperienziale.
Così l'operatore.....può.....
Progettare specifiche esperienze
e/o specifici strumenti

LA FORMAZIONE

Nel laboratorio naturale di verifica l'operatore dell'istruzione domiciliare esperisce e valuta nuovi modelli, così come valuta i cambiamenti nel proprio profilo formativo.

I.R.F.

Gestione dell'esperienza educativo didattica progettata

Supervisione

Attivazione di un Setting della Consulenza

Con il supporto di monitoraggio realizzato attraverso strumenti di *self report:*

- nuclei critici
- punti forti
- emozioni
- persone
- scambi/relazioni

Attivazione di segmenti di microverifica per valutare punti forti e punti deboli e ridefinire i propri modelli

Dalla verifica dell'azione del soggetto in formazione, che ha costituito una forma narrativa, alla possibilità di una narrazione del soggetto "altra"

Il Focus Group

E' lo spazio-tempo privilegiato della formazione come trans-formazione e dunque, come percorso che, attraverso l'integrazione e la ridefinizione dell'esperire, consente il processo di individuazione del sé.

E allora, nell'approccio transformativo che caratterizza il modello I.R.F., l'operatore scrive e riscrive la propria storia cognitiva e affettivo-relazionale

La normativa

Circolare Ministeriale n. 56 del 4 luglio 2003

Dipartimento per i Servizi nel Territorio
Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio - Ufficio III

Oggetto: La scuola in ospedale e il **servizio di istruzione domiciliare**.
Esercizio finanziario 2003 Legge n. 440/97 - Iniziative volte al potenziamento ed alla qualificazione dell'offerta di integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale o seguiti in regime di day-hospital. Anno scolastico 2003/2004

PREMESSA

Anche per questo esercizio finanziario, la Direttiva n. 48 dell'8 maggio 2003, concernente l'utilizzazione delle disponibilità finanziarie del "Fondo per l'arricchimento e l'ampliamento dell'offerta formativa e per gli interventi perequativi", individua, fra gli interventi prioritari, le iniziative volte al potenziamento ed alla qualificazione dell'offerta di integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale o seguiti in regime di day-hospital.
Nell'ambito delle risorse finanziarie evidenziate dalla suddetta Direttiva, al paragrafo 4 lettera bb), è stata destinata da questa Direzione Generale la somma complessiva di € 929.622,00, per interventi a favore di alunni ospedalizzati, da ripartire fra codesti Uffici Scolastici Regionali.
L'importo menzionato è superiore rispetto a quello del precedente esercizio finanziario, in quanto, a seguito del monitoraggio effettuato da questo Ufficio nel settore in questione per l'anno scolastico 2002/2003, **è risultato in notevole sviluppo il servizio di istruzione domiciliare** per gli alunni già ospedalizzati. Con la presente circolare la Scrivente, che cura il coordinamento delle attività per la scuola in ospedale e per il servizio di istruzione domiciliare, intende fornire, così come avvenuto per i due precedenti anni scolastici, indicazioni operative per la realizzazione degli interventi in questione.
Le somme previste consentiranno alle scuole di ogni ordine e grado di arricchire ulteriormente l'offerta formativa nelle sezioni ospedaliere, **di erogare il servizio di istruzione domiciliare in misura adeguata alle richieste e di garantire l'esercizio dei diritti alla salute e all'istruzione**.
A tal proposito, risulterà rilevante l'attività che codesti Uffici Scolastici Regionali svolgeranno, onde favorire modalità di lavoro integrato e coordinare interventi sanitari, sociali e scolastici per il completamento di compiti e di attività delle rispettive componenti, al fine di assicurare un sistema di presa in carico globale del minore malato, a garanzia dell'ottimale coniugazione fra progetto didattico e terapeutico.
Sarà importante, inoltre, sensibilizzare gli Enti Locali, le Province e tutte le altre Istituzioni del territorio interessate alla materia, al fine di concordare, eventualmente, un programma di specifici interventi che preveda anche impegni finanziari da parte degli stessi. Il servizio didattico offerto si presenta come parte integrante del processo terapeutico e non risponde solo ad un diritto costituzionalmente garantito; esso contribuisce, infatti, al mantenimento e al recupero psicofisico degli alunni, tenendo il più possibile vivo il tessuto di rapporti dell'alunno stesso con il suo mondo scolastico ed il sistema di relazioni sociali ed amicali da esso derivanti.

RIPARTIZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE AGLI UFFICI SCOLASTICI REGIONALI E INDICAZIONI OPERATIVE

Il piano di riparto della menzionata somma complessiva di € 929.622,00, allegato alla presente e definito secondo criteri di ripartizione basati sul numero delle sezioni ospedaliere funzionanti, sul numero dei docenti operanti nel settore e sul **numero dei progetti presentati per**

l'erogazione del servizio di istruzione domiciliare, è stato trasmesso al Servizio per gli Affari Economico-Finanziari con nota n. 538 del 17 giugno 2003 ed indica le disponibilità finanziarie, per ciascun ambito territoriale regionale, da destinare alla realizzazione degli interventi predetti per il corrente esercizio finanziario.
Come già rappresentato con le precedenti circolari in materia (n. 149/2001 e n. 84/2002), e sentite le OO.SS. firmatarie del CCNL e del CCNI comparto scuola 1998/2001, nell'ambito dei fondi assegnati, ciascun Ufficio Scolastico Regionale riserverà una quota annua corrispondente ad € 258,00 (duecentocinquantotto/00) per ogni docente in organico nell'anno scolastico 2003/2004 nelle sezioni ospedaliere, da assegnare alle scuole funzionanti, appunto, con sezione ospedaliera. Tale somma verrà inserita nel fondo d'istituto per la retribuzione individuale di tali docenti, ai sensi degli artt. 27, 30 e 31 del CCNI comparto scuola 1998/2001, per la contrattazione integrativa a livello d'istituto.
La rimanente somma, sempre gestita da ogni Ufficio Scolastico Regionale, sarà finalizzata, sulla base di apposite e motivate richieste delle istituzioni scolastiche interessate, alla realizzazione di interventi non programmabili all'inizio dell'anno scolastico in tema di:

- **servizio di istruzione domiciliare per gli insegnamenti di ogni ordine e grado**;
- insegnamenti disciplinari delle aree di indirizzo per le scuole secondarie di secondo grado;
- altre esigenze relative ad iniziative culturali mirate a limitare il disagio scolast ico dovuto alla malattia.

Per quanto riguarda l'istruzione domiciliare, si ricorda che il servizio va erogato nei confronti di alunni iscritti a scuole di ogni ordine e grado, i quali, già ospedalizzati a causa di gravi patologie, siano sottoposti a terapie domiciliari che impediscono la frequenza della scuola per un periodo di tempo non inferiore a 30 giorni. Il servizio in questione può essere erogato anche nel caso in cui il periodo temporale, comunque non inferiore a 30 giorni, non sia continuativo, qualora siano previsti cicli di cura ospedaliera alternati a cicli di cura domiciliare. La patologia ed il periodo di impedimento alla frequenza scolastica devono essere oggetto di idonea e dettagliata certificazione sanitaria, rilasciata dalla struttura ospedaliera.
Al perseguimento degli obiettivi suddetti sono destinate anche le risorse finanziarie previste per le Regioni Basilicata e Molise, in ognuna delle quali, pur non essendo ancora presenti sezioni ospedaliere nell'anno scolastico 2002/2003, è stata individuata una scuola polo che ha curato la realizzazione di interventi educativo-formativi nel settore.

INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO

Relativamente alle risorse finanziarie assegnate ad ogni Ufficio Scolastico Regionale, potrà essere prevista una quota da destinare alla realizzazione di iniziative di aggiornamento in ambito regionale.
Allo scopo di assicurare una formazione sempre più mirata allo sviluppo di competenze specifiche, adeguate al complesso ambiente lavorativo del personale operante nel settore, si suggerisce di differenziare gli interventi fra coloro che già vi operano e coloro che intendono operarvi.
Per quanto riguarda i contenuti delle iniziative di aggiornamento e le metodologie formative, si rimanda alle tracce operative illustrate nella C.M. n. 84 del 22 luglio 2002.

CONCLUSIONI

Si ricorda che, per favorire la comunicazione fra gli Uffici centrali, quelli periferici e le istituzioni scolastiche, sono attivi un indirizzo di posta elettronica scuolainospedale@istruzione.it e un sito portale dedicato alla scuola in ospedale http://scuolainospedale.indire.it/. Inoltre, sul sito Internet *www.istruzione.it* , è presente un'area tematica dedicata al settore, contenente la normativa e la documentazione esistente sulla scuola in ospedale.
Nel rappresentare la disponibilità di questa Direzione Generale per qualunque supporto informativo, si prega di dare la massima diffusione alla presente circolare nel territorio di competenza e si richiama l'attenzione su quanto indicato nella direttiva generale del Ministro sull'azione amministrativa e sulla gestione per l'anno 2003, con riferimento all' "immediata assegnazione alle istituzioni scolastiche" da parte degli Uffici Scolastici Regionali "delle risorse

finanziarie [...] relativamente, tra l'altro, ai fondi per l'arricchimento e l'ampliamento dell'offerta formativa".
A tal riguardo, questa Amministrazione si riserva di trasmettere copia del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze concernente la variazione di bilancio per il trasferimento dei fondi in questione dal MIUR a codesti Centri di Responsabilità regionali.
Si rammenta, infine, la presenza delle scuole polo ospedaliere, individuate in ciascun ambito territoriale regionale, cui poter eventualmente accreditare in tempi congrui le risorse finanziarie previste, sempre gestite sulla base delle direttive di codesti Uffici Scolastici Regionali, al fine di ridurre i tempi tecnici per l'utilizzo dei fondi e di evitare eventuali riduzioni delle disponibilità di cassa e di competenza, a seguito di possibili provvedimenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze per il "raffreddamento" della spesa pubblica. Si confida nella consueta, fattiva collaborazione e si ringrazia.

IL DIRETTORE GENERALE
Bruno Pagnani

Protocollo di intesa del 24 ottobre 2003

Tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età, affetti da gravi patologie, attraverso il servizio d'istruzione domiciliare

Visti gli artt. 2, 32 e 33 della Costituzione della Repubblica Italiana;
vista la Carta europea dei diritti dei bambini degenti in ospedale, adottata dalla Risoluzione del Parlamento Europeo del 13 maggio 1986;
vista la legge 31 dicembre 1991, n.276 recante "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo" (New York 1989);
vista la Legge 5 febbraio 1992, n.104;
vista la legge 15 marzo 1997, n. 59, in particolare l'articolo 21 che, sancendo l'autonomia delle istituzioni scolastiche, consente alle stesse di interagire con le autonomie locali, i settori economici e produttivi, gli enti pubblici e le associazioni del territorio, nonché di perseguire, tramite l'autonomia, la massima flessibilità e tempestività e la valorizzazione delle risorse locali;
visto il decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n.275, con il quale è stato emanato il regolamento recante norme in materia di autonomia didattica e organizzativa delle istituzioni scolastiche ai sensi del citato articolo 21 della legge n.59/97;
vista la legge 28 agosto 1997, n. 285, recante disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, e in particolare l'articolo 4, comma l, lettera L);
vista la legge 18 dicembre 1997, n. 440, relativa all'istituzione del fondo per l'arricchimento e l'ampliamento dell'offerta formativa e per gli interventi perequativi;
visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, relativo al trasferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle Regioni e agli Enti Locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, in particolare il capo III concernente l'istruzione scolastica;
vista la circolare del Ministro della Pubblica Istruzione, 7 agosto 1998, n. 353 avente per oggetto il "Servizio scolastico nelle strutture ospedaliere";
vista la Legge quadro dell'8 novembre 2000, n. 328, per la realizzazione del sistema integrato d'intervento e servizi sociali;
vista la legge n. 53 del 28 marzo 2003 "Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale";
visto il Protocollo d'Intesa siglato in data 27/09/2000 tra il Ministero della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale in merito "alla tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'Istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati";
visto il Protocollo d'Intesa siglato in data 23/02/2001 tra il Ministero della Pubblica Istruzione, della Sanità e Beni Culturali e Ambientali;

viste le Direttive Ministeriali n 51 del 21/03/01 e n 53 del 15/5/2002, per l'utilizzazione delle disponibilità finanziarie del fondo istituito con la citata Legge n 440/97, che hanno individuato, rispettivamente per gli esercizi finanziari 2001 e 2002, fra gli interventi prioritari, iniziative volte al potenziamento ed alla qualificazione dell'offerta d'integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale, seguiti in regime di day hospital;
vista la Circolare del MIUR n. 149 del 10 ottobre 2001, con la quale sono state fornite indicazioni operative agli Uffici Scolastici Regionali, per l'anno scolastico 2001/02, ai fini della realizzazione di iniziative concernenti la scuola in ospedale ed il servizio di istruzione domiciliare;
vista la Circolare del MIUR n. 84 del 22 luglio 2002, avente le stessa finalità della citata C.M. n 149/01, con riferimento all'anno scolastico 2002/03;
vista la Circolare del MIUR n. 56 del 4 Luglio 2003, avente per oggetto: la scuola in ospedale e il servizio di istruzione domiciliare. E.f. 2003 - Legge 440/97. Anno scolastico 2003-2004;
visto il Piano Sanitario Nazionale 2002 - 2004, parte II, punto 4 "la Salute e il sociale", che prevede, tra gli obiettivi generali, la riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10% annuo e l'incremento di strutture socio-sanitarie alternative, quali l'ospedalità a domicilio ed in strutture residenziali funzionalmente collegate con gli ospedali,

premesso che:

- l'attività didattica, rivolta ai bambini e agli adolescenti ricoverati nelle strutture ospedaliere, o seguiti in regime di day-hospital o di istruzione domiciliare, 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;
- le esperienze in atto hanno dato un contributo decisivo al recupero della dispersione scolastica dovuta alla malattia e al reinserimento ottimale degli alunni nelle classi di provenienza;
- il servizio di istruzione domiciliare, già attivato per quegli studenti impediti alla frequenza scolastica a causa della malattia e sottoposti a cicli di cura periodici, e finalizzato ad assicurare il reinserimento dell'alunno nella classe di appartenenza, necessita di potenziamento al fine di ottimizzare l'offerta formativa;
- tale servizio è destinato a svilupparsi, in quanto, per effetto del menzionato Piano Sanitario Nazionale, verranno ridotti i tempi di degenza a favore dell'assistenza sanitaria domiciliare;
- il coordinamento degli interventi sanitari, sociali e scolastici è necessario per l'integrazione di compiti e di attività delle rispettive componenti, al fine di assicurare un sistema di presa in carico globale del minore malato;
- il progetto di ricerca "La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione", avviato dall'anno scolastico 2000-01, ha permesso l'attivazione di un portale telematico dedicato, utilizzabile per le attività didatt iche degli alunni che non possono usufruire del servizio scolastico ordinario a causa della malattia;
- le attuali tecnologie della comunicazione permettono, da una parte, di arricchire l'intervento didattico con metodologie particolarmente motivanti e, dall'altro, di non interrompere il percorso educativo e di ridurre la condizione di isolamento degli alunni malati, mediante collegamenti telematici con la scuola di provenienza,

si conviene quanto segue:

Articolo 1

Il MIUR e il Ministero della Salute - di seguito denominati parti - si impegnano a promuovere, sostenere e sviluppare iniziative volte a garantire la presa in carico globale dei minori malati, sia sotto l'aspetto sanitario che scolastico, assicurando la continuità dell'intervento. A tal fine le parti, nel pieno rispetto dei reciproci ruoli e delle rispettive competenze, ricercano e sperimentano modalità di raccordo interistituzionale, con l'obiettivo di garantire, nella misura massima possibile e contestualmente, il diritto alla salute e il dirit to all'istruzione, costituzionalmente garantiti. Il MIUR si impegna a coinvolgere le proprie strutture centrali e periferiche.

Articolo 2

Il MIUR si impegna a:

- sviluppare il servizio di istruzione domiciliare per quegli studenti che, già ospedalizzati per gravi patologie, non possono frequentare la scuola per lungo tempo, a causa di gravi patologie il cui decorso comporti, anche nella fase di degenza e cure domiciliari, necessità terapeutiche che, per complessità e durata, non siano temporaneamente compatibili con la frequenza scolastica;
- contribuire, con risorse finanziarie, nell'ambito dei fondi per l'ampliamento dell'offerta formativa di cui alla Legge 440/97, alla realizzazione del servizio di istruzione domiciliare; favorire l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare attraverso l'emanazione di appositi atti in materia;
- sostenere l'integrazione tra istruzione domiciliare e assistenza sanitaria dell'alunno malato, anche prevedendo incontri tra personale scolastico e sanitario;
- facilitare l'uso di strumenti telematici, al fine di coniugare l'istruzione a domicilio con l'istruzione a distanza, anche attraverso l'uso del portale telematico dedicato alla scuola ospedaliera;
- favorire iniziative di formazione congiunta tra personale scolastico e sanitario

Articolo 3

Il Ministero della Salute si impegna a:

sollecitare le Aziende Sanitarie, tramite le Regioni e le Province Autonome, affinché nell'ambito dell'assistenza sanitaria domiciliare venga dato ogni opportuno supporto per garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria ed istruzione domiciliare dei minori attraverso le seguenti azioni:

- l'attivazione del distretto sanitario affinché, con i propri servizi, qualora il piano di assistenza domiciliare definito e concordato con i servizi ospedalieri interessati indichi la temporanea incompatibilità con la frequenza scolastica, valutati i bisogni del bambino e della famiglia, coordini gli interventi sanitari e socio-assistenziali, al fine di definire con gli operatori scolastici il progetto di integrazione tra assistenza ed istruzione domiciliare;
- l'integrazione delle risorse tecnologiche messe a disposizione dal servizio scolastico e da quello sanitario;
- favorire iniziative di formazione congiunta tra personale sanitario e scolastico.

Articolo 4

Profili organizzativi

I profili organizzativi, afferenti all'attuazione del protocollo d'intesa, verranno curati dal MIUR, tramite la Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio, che assicurerà il necessario coordinamento con il Ministero della Salute, anche attraverso la costituzione di una segreteria tecnica.

Articolo 5

Organismo preposto all'attuazione del protocollo

L'attuazione della presente intesa è demandata ad un Comitato paritetico presso il MIUR, composto da tre rappresentanti designati da ciascuna parte firmataria, con compiti di indirizzo, coordinamento, monitoraggio e valutazione delle attività e delle iniziative realizzate. Il Comitato è, inoltre, incaricato di approfondire tematiche di comune interesse. Alle riunioni del

Comitato potranno essere invitati di volta in volta, e a seconda delle necessità, esperti provenienti dal mondo della scuola e della sanità, senza diritto di voto e senza alcun onere a carico delle Amministrazioni.

Articolo 6

Durata

Il presente protocollo di intesa ha validità di tre anni dalla data di sottoscrizione e può essere modificato in qualunque momento e rinnovato alla scadenza, salvo diverso avviso di una delle parti.

Roma, 24 ottobre 2003

Il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca — Il Ministro della Salute

F.to Letizia Moratti — F.to Girolamo Sirchia

Le procedure amministrative

Acquisizione agli atti della scuola:

1. Certificazione medica rilasciata dalla struttura Sanitaria Ospedaliera
2. Richiesta da parte dei genitori dell'alunno
3. Delibera degli OO.CC. della scuola di provenienza
4. Disponibilità di uno o più docenti ad effettuare il servizio di I.D.
5. Definizione del budget necessario all'attivazione del servizio
6. Inserimento del progetto di I.D. nel POF
7. Inoltro della documentazione e della scheda di progetto all'USR per la richiesta di finanziamento
8. Attivazione del servizio di istruzione domiciliare a seguito di accoglimento della richiesta da parte dell'Ufficio Scolastico Regionale

Il consiglio di classe allargato

L'alunno, in situazione di malattia, può trovarsi nella condizione di avere due punti di riferimento istituzionali: la scuola in ospedale e la propria scuola di provenienza. Al fine di una completa integrazione nell'operato dei due consigli di classe si consiglia:

- Di avere contatti preliminari e relazioni costanti con la scuola in ospedale
- Di programmare incontri tra gli insegnanti (dove possibile in presenza, altrimenti in videoconferenza) per la programmazione dei percorsi di collaborazione
- Di aggiornare le informazioni relative alle fasi della malattia, in rapporto alle modificate capacità di apprendimento
- Di cogestire i percorsi di comunicazione e di apprendimento
- Di attivare strategie efficaci di comunicazione e di interazione facilmente riutilizzabili in rete internet
- Di cercare di coinvolgere i compagni della classe di appartenenza dell'alunno malato anche al fine di una maturazione e crescita culturale reciproca
- Di cogestire con la scuola in ospedale le fasi di isolamento e del reinserimento a scuola dell'alunno
- Di condividere con la scuola in ospedale il momento della valutazione

Un possibile modello progettuale

Intestazione dell'Istituzione Scolastica

Scheda presentazione
Progetto istruzione domiciliare per l'anno scolastico …

NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE l'I.D.			
Denominazione			
Dirigente			
Indirizzo			**n°**
Codice postale	**Telefono**	**Fax**	
E-mail	**Sito web**		

L'Istituzione Scolastica richiedente l'I.D. ha un proprio Plesso Ospedaliero	SI	NO

Se SI indicare			
Docente referente ospedaliera			
Ospedale di riferimento			
Indirizzo			
Codice postale	**Telefono**	**Fax**	
E-mail	**Sito web**		

NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA D'ISTRUZIONE DOMICILIARE					
Sigla alunno		Residenza			
Richiesta scritta d'I.D. da parte dei genitori				**SI**	**NO**
Certificazione Sanitaria	**comprovante la grave patologia**			**SI**	**NO**
	comprovante il periodo di impedimento alla frequenza scolastica (superiore ai 30 giorni senza soluzione di continuità)			**SI**	**NO**
Periodo di assenza previsto	Dal…… al…….	Tot. Giorni…….. Tot. Mese……			
Ricoveri In Ospedali					
PREGRESSI	IN ALTERNANZA CON LA DEGENZA OSPEDALIERA	SUCCESSIVI			
Indicazioni di compatibilità dell'ospedale che ha in cura l'alunno circa l'orario giornaliero di istruzione domiciliare	ORE				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

ISTRUZIONE DOMICILIARE PROGETTO EDUCATIVO-DIDATTICO PER INTERVENTI PERSONALIZZATI	
Per la parte educativo-didattica	**Organo collegiale elaborante…… ……**

	Organo collegiale deliberante…… .
Per la parte amministrativo-contabile	**Organo collegiale elaborante……..** **Organo collegiale deliberante…… .**
Durata presumibile del progetto	

Risorse umane					N° ore giornaliere di impegno	**Monte ore settimanali**	**N° incontri**	Costo
N°	interne	esterne	miste	Discipline ed educazioni				
								?
								?
								?
								?

STRUMENTAZIONE[1]					
N°		Richiesta **ad Enti locali**		**Costo Affitto**	**Costo Acquisto**
		Si	No		
				?	**?**
				?	**?**
				?	**?**
				?	**?**
				?	**?**

SCHEDA FINANZIARIA RIASSUNTIVA

		Totale costo
n°…….. risorse umane	n°…… ore giornaliere di impegno	?
n° ……. Strumentazioni costo acquisto		?
n° ……. Strumentazioni costo fitto		?
SOMMA TOTALE PROGETTO		?

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA		
Dichiarazione di disponibilità dell'alunno della famiglia di ricevere l'Istruzione Domiciliare	**SI**	**NO**
Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 gg. Senza soluzione di continuità (C. M. n°56 del 10/10/2001)	**SI**	**NO**
Piano didattico delle attività a domicilio e modalità di valutazione delle attività sviluppate ed esiti formativi conseguiti	**SI**	**NO**
Percorso educativo personalizzato con indicazione degli standard minimi che si intendono raggiungere	**SI**	**NO**
Se alunno di scuola media indicare le aree disciplinari di intervento C.M.56 del 04/07/03	**SI**	**NO**

[1] Registrare il costo della strumentazione secondo se si intende acquistarla o fittarla

Il supporto informativo e gestionale

Il seguente modello di database e sue funzioni è in corso di progettazione. Per informazioni scrivere a scuolainospedale@istruzione.it

Scuola di provenienza
Modalità acquisizione-trasmissione dati

1. Acquisizione dati tramite Internet
2. Accesso al portale "Scuola in ospedale" tramite password
3. Procedure guidate per l'Immissione e la trasmissione dei dati del progetto all U.S.R.
4. Codifica dei dati personali nel rispetto della riservatezza e dell'identità personale;
5. Accesso riservato ai dati del progetto che deve essere approvato dall U.S.R. di competenza
6. Accesso alla banca dati di tutti i progetti autorizzati .

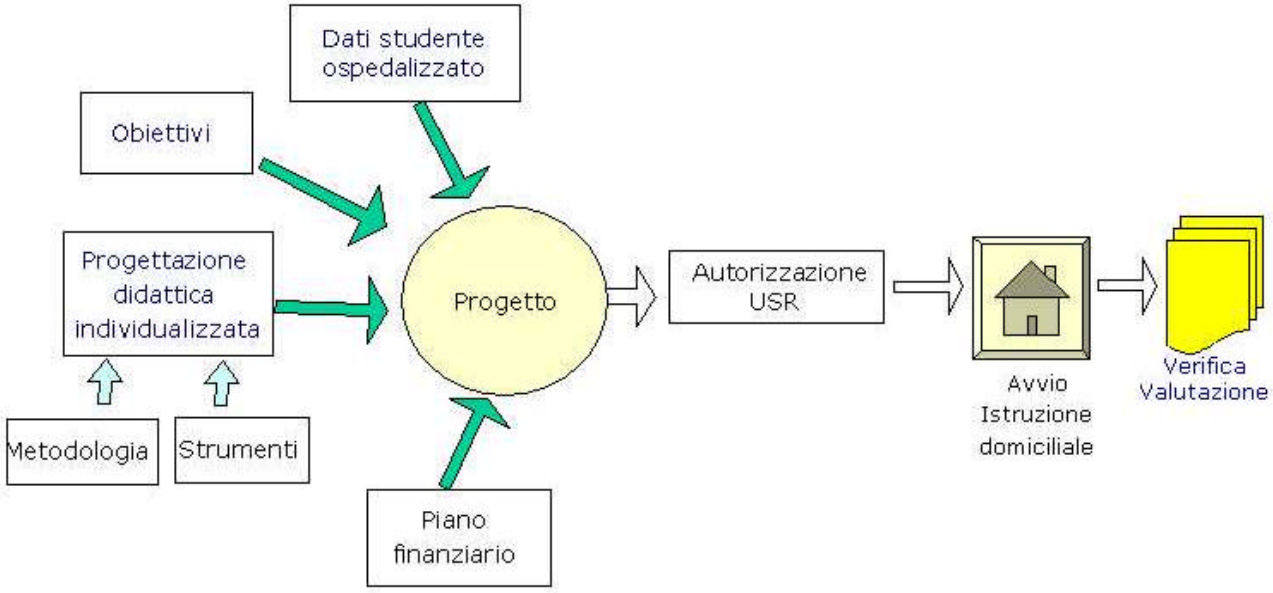
Ufficio Scolastico Regionale
Modalità acquisizione-trasmissione dati

1. Acquisizione dati tramite Internet
2. Accesso al portale "Scuola in ospedale" tramite password
3. Procedure guidate per l'Immissione dei dati del progetto trasmesso dalla scuola di provenienza
4. Accesso riservato ai dati del progetto che deve essere approvato dall U.S.R. di competenza.
5. Accesso alla banca dati di tutti i progetti autorizzati.

Accesso ai dati

1. Accesso riservato ai dati dei progetti che devono essere approvati dagli U.S.R. di competenza.
2. Accesso alla banca dati di tutti i progetti autorizzati.

Fasi procedurali dell'istruzione domiciliare



Studente ospedalizzato

Dati anagrafici	-Codifica identificativo -Età, sesso, residenza
Dati clinici	-Patologia (elenco) -Procedure terapeutiche (elenco)
Curriculum scolastico	-Tipo d'istruzione -Anno di corso -Valutazione globale attuale (es.:giudizio per materia, relazione)

Accesso ai dati
Scuole
Uffici scolastici regionali
Amministrazione centrale

Accesso alla banca dati di tutti i progetti autorizzati.

1. Informazioni disponibili con chiavi di ricerca
2. Informazioni catalogate su aree tematiche
3. Tabelle statistiche riassuntive delle variabili più significative riguardante il servizio di istruzione domiciliare (dati disaggregati a livello territoriale, es.:numero degli studenti ospedalizzati per tipo di istruzione, numero docenti coinvolti, numero operatori sanitari,ecc…)

Accesso ai dati
1 Area informativa riservata
Genitori – Alunni

1. Le modalità per usufruire del servizio di istruzione domiciliare
2. Possibili metodologie didattiche del caso
3. Obiettivi educativi
4. Obiettivi didattici
5. La figura parentale (Rapporti famiglia-docenti-operatori sanitari)
6. La normativa del servizio di istruzione domiciliare

Accesso ai dati
2 Area informativa riservata
Amministrazioni pubbliche, Enti territoriali, Associazioni di volontariato, Fondazioni, Aziende

1. La normativa del servizio di istruzione domiciliare
2. Erogazione e gestione dei finanziamenti.
3. Raccordi tra attività didattica e patologie cliniche
4. La formazione e aggiornamento degli insegnanti
5. Le figure professionali e parentali

Gli strumenti tecnologici e le infrastrutture

IL PORTALE http://scuolainospedale.indire.it

Accessibile anche da:
http://www.istruzione.it/news/scuola_ospedale/index.shtml
http://www.indire.it
http://www.istruzione.it/innovazione/progetti/index.shtml

COSA E'
Il portale è uno strumento di condivisione dedicato alla scuola in ospedale.

PER CHI
Per il mondo della scuola: docenti, dirigenti, ecc…
Per i docenti e dirigenti: come supporto alla formazione e all'aggiornamento e alla creazione di modelli didattici.
Per gli studenti: sia con l'accesso personale (parte pubblica) che con accesso mediato dall'insegnante.
Per i genitori.
Per le associazioni di volontariato.
Per gli operatori sanitari.
Per gli operatori psicopedagogici.
Per visitatori generici (tot. al 2 dicembre 2003: 19.482).

PERCHE'
Supporto all'attività organizzativa e all'attività di ricerca.
Supporto alla produzione di materiali da parte delle scuole.
Servizio finalizzato alla circolazione delle informazioni del settore.
Servizio finalizzato alla creazione di una comunità.

Inizio 2001 con prototipo.
Presentazione portale 31 maggio 2002.

<table>
<tr>
<td>PARTE PUBBLICA
Presentazione della struttura scolastica a tutti gli operatori del settore.</td>
<td>PARTE RISERVATA
Interazione tra le scuole in ospedale in collaborative learning.

COME REGISTRARSI
La registrazione deve avvenire compilando un modulo on line con successiva abilitazione dagli amministratori.</td>
</tr>
<tr>
<td>ESPERIENZE
Contiene progetti e materiali didattici realizzati da singole scuole o reti di scuole in orizzontale e in verticale.</td>
<td>FORUM
Strumento collaborativo asincrono (anche senza la presenza contemporanea di mittente e destinatario)
<table>
<tr><td>DOCENTI E DIRIGENTI

Dedicati alla preparazione di seminari e convegni.</td><td>STUDENTI

Utilizzabili ad argomenti a tema.</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td><table><tr><td>Dedicati alla discussione di problematiche organizzative, didattiche e pedagogiche.

Presidio di un animatore nominato dal comitato tecnico.</td><td>L'attivazione deve essere proposta dalle scuole.

Presidio di un animatore nominato dalla scuola.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>DOCUMENTI
Normative, video atti relativi a convegni e interviste.</td><td>CHAT
Strumento collaborativo sincrono (indispensabile la presenza contemporanea di più utenti in orari prestabiliti)
<table><tr><td>DOCENTI E DIRIGENTI

Dedicati alla preparazione di seminari e convegni.</td><td>STUDENTI

Comunicazioni svincolate da tematiche prestabilite con l'accesso consentito dai docenti.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>AREA DOCENTI
Strumenti per la didattica: software prodotto dalle scuole per le scuole</td><td>VIDEO CONFERENZA

Con diritto a difendersi da una intrusione invasiva.
<table><tr><td>DOCENTI E DIRIGENTI

Utilizzabile in web conference per consentire una presenza contemporanea di docenti e dirigenti.</td><td>STUDENTI

Video chat a tre punti: scuola in ospedale, scuola di provenienza e casa.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>AREA STUDENTI
Giochi interattivi e didattici, racconti, disegni, cartoline virtuali, viaggi virtuali, corsi per bambini.
Quest'area è stata creata per imparare giocando.</td><td>CORSI
Area elearning
<table><tr><td>DOCENTI
Possono essere sia fruitori che produttori</td><td>STUDENTI
Possono essere fruitori attraverso l'accesso dell'insegnante.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>CORSI</td><td></td></tr>
</table>

Corso Multimedia Corso ECDL (patente europea del computer) Corso Regole per il Web Risorse on line Corso di inglese	
ITALY NETWORK – SCUOLE IN RETE Scuole in ospedale in Italia.	
LINKS Collegamenti a progetti, associazioni, scuole in Italia e all'estero.	

Aree in costruzione:
Area enti locali
Sondaggi
Newsletter
Giornalino
Weblog
Sistema informativo e gestionale per il servizio di istruzione domiciliare

Intervento didattico con uso di ipermedia

Quando sono coinvolte le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione ***NON*** si deve rovesciare la consolidata prassi didattica che prevede l'Identificazione dei bisogni:

Formativi – Cognitivi - Psico-sociali

La strada da seguire sarà quindi:

1. Identificazione di obiettivi realistici;
2. Scelta di adeguati strumenti;
3. Scelta di adeguate strategie;
4. Scelta dei criteri di verifica e valutazione *(non dell'alunno ma dell'Intervento didattico)*

Infatti, rischio nell'uso delle TIC, è quello di partire dallo strumento e, solo successivamente, di identificare gli obiettivi.

Nel progettare un intervento di Istruzione Domiciliare si potrà scegliere di utilizzare le TIC avendone attentamente valutato il valore aggiunto :

1. Nei processi formativi
2. Nello strumentario didattico
3. Nella comunicazione
4. Nella condivisione

A titolo puramente esemplificativo, in un progetto di ID, si potranno identificare i seguenti bisogni:

1. carenza di motivazione nell'adesione al progetto didattico
2. carenza di socializzazione e permanere di isolamento sociale a causa della patologia in corso
3. necessità di potenziare le capacità logico-strutturali
4. necessità di potenziare le capacità espressive e l'autonomia operazionale
5. necessità di acquisire contenuti specifici

e si definiscono Obiettivi, Strumenti ed Azioni:

O(biettivi)	S(trumenti)	A(zioni)
Riduzione dell'isolamento	e-mail chat video conferenza	Partecipare in modo sincronico e/o diacronico alla vita della classe: Progetto HSH Portale Piattaforme http://scuolainospedale.indire.it
Acquisizione, recupero o potenziamento di contenuti disciplinari	Software applicativi (soprattutto autocorrettivi ed autovalutativi)	http://www.e-didateca.it/ http://sd2.itd.ge.cnr.it/
Compensazione di temporanee disabiltà fisiche e difficoltà di apprendimento	Software dedicato (Via Voice IBM, traslazione voce✍ testo e viceversa) attivazione delle modalità di accesso facilitato sui sistemi operativi WINDOWS	http://www.olografix.org/gubi/smau/
Condivisione	Utilizzo di Software con output condivisi: Pagine testuali (Word, Star Office) pagine html, (Frontpage, Dreamweaver, Contribute2) , filmati Flash mx 2004, Slide	Partecipazione a progetti didattico-formativi della classe (ipertesti – itinerari multimediali) Partecipazione a progetti didattico-formativi tra scuole in rete (ipertesti

	Powerpoint	– itinerari multimediali) Partecipazione a Forum protetti o web-log gestiti dalla scuola uso delle piattaforme
Riattivare la motivazione ad apprendere attraverso il canale della curiosità *(esca motivazionale)*	Software didattici (orientati all ' "Adventure " e al "G@me-learning ") Uso consapevole e guidato della rete	WWW……
Recupero dell 'autostima		

Modelli di intervento didattico per la scuola elementare

Premessa

L'Istruzione Domiciliare si inserisce in un contesto di progettazione di Istituto in quanto condiviso a livello di OO.CC.
Garantisce il diritto allo studio, mira al recupero della dispersione e all'attenuazione del disagio.
Ha come punto di partenza il contatto con la scuola in ospedale e la continuità con la classe di appartenenza

Eventuali collaborazioni e soggetti coinvolti

- Docenti classe di provenienza;
- Docenti in ospedale;
- Equipe medico-socio-psicopedagogica;
- Genitori;
- Enti locali.

Finalità

- Superamento del disagio attraverso l'integrazione dell'alunno nel mondo della scuola.
- Recupero dell'interesse per le attività di tipo cognitivo e della capacità di riorganizzare la propria quotidianità
- Riappropriarsi delle proprie potenzialità

Obiettivi educativi

- Favorire la capacità di relazionarsi con i coetanei
- Acquisire maggiore autonomia personale, sociale ed operativa

Obiettivi didattici trasversali agli ambiti disciplinari

- Acquisire un valido metodo di lavoro
- Sviluppare capacità operative, logiche e creative
- Sviluppare la capacità di comunicare anche a distanza pensieri, emozioni, contenuti in forma orale, scritta (anche via e-mail), pittorica e gestuale

Contenuti

Intesi come "contenitori" entro i quali l'alunno deve ricavare uno spazio per esprimersi e realizzarsi.
Possono essere correlati alla programmazione della classe di provenienza o altri (èquipe sociopsicopedagogica)

Strategie metodologico-didattiche

Metodologie supportate dall'uso delle tecnologie? SI NO
Se SI Quali? (in dotazione di chi? Quali risorse professionali competenti mobilitare? Quali fonti di approvvigionamento di risorse finanziarie per la remunerazione delle prestazioni?)

COME? (con interventi SINCRONI, ASINCRONI o MISTI?)

I materiali didattici vengono acquistati o appositamente prodotti? Oppure viene adottata una soluzione mista?

Altre strategie …

- Task analysis
- Brain storming
- Selezione dell'errore
- Presenza/assenza del rinforzo

Valutazione

Come strumento con cui l'insegnante riconsidera, in riferimento all'alunno
Punti di partenza e di arrivo
Processi di apprendimento
Difficoltà riscontrate
Interventi compensativi effettuati

Modelli di intervento didattico per la scuola media

DOMANDE:

1. Come fare un progetto di istruzione domiciliare da presentare all Ufficio Scolastico regionale? quali metodologie didattiche usare? come rapportarsi con le diverse figure professionali e parentali ?
2. Come scegliere gli insegnamenti e quante ore impartire?

RISPOSTE:

1. Alla prima serie di quesiti rispondiamo con i documenti allegati:

- certificazione medica a cura dell ospedale
- richiesta di servizio scolastico domiciliare (da parte dei genitori)
- scheda del progetto per l attuazione di interventi di istruzione domiciliare
- scheda rilevamento disponibilità docenti*
- scheda oraria ed attività svolte con l alunno*
- monte ore annuale°
- relazione finale del progetto di istruzione domiciliare

* documenti per uso interno alla scuola, ° documento per uso interno e da inviare all USR come consuntivo

A nostro avviso, è il confronto con i docenti della scuola in ospedale che può aiutare i docenti della scuola di provenienza a rispondere a queste domande. Loro, infatti, avendo lavorato con il ragazzo nel periodo di degenza ed essendosi rapportati con il personale sanitario, possono individuare i bisogni formativi del ragazzo (tra cui le discipline o le aree disciplinari) , anche in relazione alle sue capacità di concentrazione e di carico orario, legate alle condizioni psicofisiche del momento e pregresse. Per quanto riguarda il monte ore da destinare ai singoli progetti, ci sembra opportuno tenere presente che: a) il rapporto duale di insegnamento-apprendimento richiede notevoli capacità attentive e quindi un carico orario ridotto; b) dato che i fondi destinati a questo servizio non sono inesauribili, riteniamo preferibile dare questa opportunità ad un maggior numero di fruitori con un minore monte ore di attività educativo didattica.

INDICAZIONI PER LA STESURA DEL PROGETTO

La scheda "Progetto per l attuazione di interventi di istruzione domiciliare" e il modello di relazione finale sono da considerare vincolanti per quanto riguarda i capitoli proposti, mentre i singoli elementi e gli indicatori sono suggeriti al solo scopo illustrativo e di orientamento.

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

DENOMINAZIONE DELLA SEZIONE OSPEDALIERA

Al Dirigente scolastico…..

Ai docenti della scuola…..

A chi di competenza…..

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Con la presente si certifica che l'alunno…nato a…. il……, iscritto alla classe…..., è attualmente in cura presso la clinica di……. .

Per il trattamento a cui è sottoposto ……..stato di grave immunodeficienza…….. condizioni di immobilizzazione…..ecc., non potrà frequentare la scuola fino a……

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di insegnamento domiciliare, per quanto possibile, in riferimento alla C.M. 149 prot. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M. 56 prot. 591 del 4/07/2003.

In fede,

Il medico di reparto …..

Il docente ospedaliero……

Al Dirigente scolastico della

OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____ chiede che il proprio figlio possa fruire del servizio scolastico presso il proprio domicilio:

Città: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____

A partire dal giorno _____ e presumibilmente fino a _____

DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/A

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ tel. _____

Iscritto alla classe _____ della scuola media _____

di _____

Via _____ tel. _____

Fax _____ E-mail _____

Prima lingua straniera: _____

Seconda lingua straniera: _____

Firma

Progetto per l'attuazione di interventi di istruzione domiciliare

NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE l'I.D.			
Denominazione			
Dirigente			
Indirizzo			**n°**
Codice postale	**Telefono**	**Fax**	
E-mail	**Sito web**		

L'istituzione Scolastica richiedente l'I.D. ha un proprio Plesso Ospedaliero	***SI***	***NO***

Se SI indicare			
Docente referente ospedaliero			
Ospedale di riferimento			
Indirizzo			
Codice postale	**Telefono**	**Fax**	
E-mail	**Sito web**		

NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA D'ISTRUZIONE DOMICILIARE
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
- Dichiarazione di disponibilità dell'alunno della famiglia di ricevere l'Istruzione Domiciliare
- Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 gg. senza soluzione di continuità

1. Dati relativi all'alunno:

1.1Alunno	……..
1.2 Sede di svolgimento	Domicilio dell'alunno: via…….. Ospedale (*se privo di sezione scolastica*): ……
1.3 Durata	Dal ……. al…… *Dal ……. al …… **In caso di terapie domiciliari reiterate riportare tutti i periodi previsti*
1.4 Figure professionali coinvolte	Insegnanti del Consiglio di Classe e/o del Collegio dei Docenti di questa scuola Altri ……
1.5 Ore di attività previste per singole discipline	Monte ore settimanali Totale …… Materia……: n° ore/settimana…….. Materia……: n° ore/settimana…….. ecc.
1.6 Attività collegiali	Contatti tra coordinatori o eventuali consigli di classe congiunti, scuola ospedaliera – scuola di provenienza, da attuarsi dal vivo o in videoconferenza: - in entrata** n° ore….. - in itinere (*se necessario*) n° ore….. - in conclusione (*se previsto il rientro nella scuola ospedaliera*) n° ore…..
1.6 Finanziamento richiesto	Totale € ……. € ……. ad ora per insegnamento disciplinare

*** Per definire le potenzialità dell'alunno in relazione alle sue condizioni psicofisiche, delineare i suoi bisogni formativi, anche come continuità di quanto già attuato nella sezione scolastica ospedaliera.*

2. Descrizione del progetto

2.1 Obiettivi generali	a. Garantire il diritto allo studio b. Prevenire l'abbandono scolastico c. Favorire la continuità del rapporto insegnamento-apprendimento d. Mantenere rapporti affettivi con l'ambiente di provenienza e. Altro
2.2 Obiettivi specifici	*In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera*
2.3 Attività didattiche	a. Lezioni in presenza b. Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, sempre con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza con uso di ipermedia (*se il domicilio dell'alunno è dotato di strumentazione*

	telematica) c. Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (*chat, e-mail, ecc.*) d. Altro
2.4 Metodologie educative	a. Relazione di sostegno (counselling) b. Apprendimento individualizzato c. Apprendimento cooperativo a distanza d. Altro
2.5 Metodologie didattiche	a. Didattica breve …… …… b. Didattica modulare …….. …… c. Didattica per progetti …… ……

3. Attività di verifica e valutazione:

vedi relazione finale

Istruzione domiciliare
RILEVAMENTO DISPONIBILITÀ DOCENTI

Al fine di organizzare il servizio scolastico domiciliare, si invitano i docenti interessati a dichiarare la propria disponibilità

MATERIA	**DOCENTE**	**GIORNO**	**ORA (dalle - alle)**		***ORARIO* (curricolare / extra)**	

Istruzione domiciliare - Report individuale

ATTIVITÀ SVOLTE

Ore di insegnamento domiciliare prestate all'allievo/a:

Cognome: _____
Nome: _____

Residente a: _____ Prov. ____
Domiciliato presso: _____

Iscritto alla classe: 1ª – 2ª - 3ª media
Presso la scuola: _____
Con sede: _____

DATA	**ORE (dalle - alle)**		**MATERIA**	**ARGOMENTI svolti**	**DOCENTE (firma)**	**GENITORE (firma)**

I***struzione domiciliare – tabella riassuntiva***

ORE ANNUALI

ISTRUZIONE DOMICILIARE ***anno scolastico 2003/2004***					
GIORNO	***ORA*** **(dalle - alle)**	**DURATA**	**ORD/STRAORD**	**ALLIEVO/A**	**INSEGNANTE (firma)**

SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE SCUOLA MEDIA

RELAZIONE FINALE DEL PROGETTO

Scuola titolare del progetto:…

Alunno beneficiario:……

Docenti coinvolti:…..

Introduzione:

- Criteri adottati in riferimento alle modalità di definizione degli appuntamenti legati alle pratiche terapeutiche
- Iter scolastico effettivamente condotto
- Modalità di relazione tra le scuole coinvolte nel progetto (territoriale, domiciliare, ospedaliera)……..
- Condizioni di partenza dell'alunno: didattiche/relazionali/cliniche

Obiettivi proposti in fase di progettazione:……

Materiali e metodi:

- Discipline/ aree disciplinari coinvolte e monte-ore relativi…..:
- Durata del progetto…….
- Condizioni contestuali dell'incontro:

  -insegnante/alunno

  -insegnanti/alunno

  -insegnante/alunni (coinvolgimento di compagno/i di classe)

  -chi è presente in casa……

  -la persona presente interferisce nell'attività didattica sì/no

  -se sì, come……

  -il luogo dell'incontro era idoneo? Sì/no
- Metodologie didattiche adottate: didattica breve- modulare- per progetti
- Strumenti didattici: testi - computer- software- videoconferenza……
- Attività a sostegno della didattica (contatti tra coordinatori/ consigli di classe misti/altro)

Risultati:

Parametri	**Indicatori**
1 Apprendimento	Verifica degli obiettivi raggiunti
2 Metodologico-didattico	a. Motivazione allo studio b. Capacità di conservare informazioni c. Capacità di acquisire competenze d. Capacità di rielaborare i contenuti in forme comunicative più o meno complesse e. Capacità di trasferire le competenze nei vari ambiti disciplinari
3 Affettivo-relazionale (*da valutare nel momento del rientro a scuola*)	a. Capacità di reinserimento nella classe di appartenenza b. Grado di mantenimento dei rapporti socio-affettivi con il gruppo di appartenenza
4 Organizzativo	Tempestività e flessibilità nella programmazione degli interventi da parte della scuola
5 Tecnologico	Grado di adattabilità degli strumenti alle esigenze didattiche e relazionali

Conclusioni

- Valutazione del modello organizzativo
- Valutazione delle modalità di interrelazione tra scuole coinvolte
- Valutazione delle metodologie didattiche adottate
- Efficacia complessiva del progetto attuato

Modelli di intervento organizzativo e didattico per la scuola superiore

Progetto da presentare all'Ufficio Scolastico Regionale

Elementi utili:

1. Certificazione medica ospedaliera
2. Richiesta/assenso della famiglia
3. Responsabile del progetto
4. Situazione di partenza
5. Progetto educativo
   - *Destinatario/i*
   - *Obbiettivi*
   - *Metodologie*
   - *Fasi operative*
   - *Modalità di verifica e valutazione*
6. Rilevazione dei bisogni
   - *Risorse e tempi*
7. Piano dei costi
   - *Costo personale*
   - *Costo attrezzature*
     - ✍ *Finanziamento richiesto*
     - ✍ *Altri finanziamenti*

Progettazione:

1. Definizione di un progetto condiviso tra scuola, operatori sanitari e famiglia
2. In presenza di scuola in ospedale, questa concorda con la scuola di appartenenza il progetto e individua una figura tutoriale
3. In assenza di scuola in ospedale, è il consiglio di classe dell'alunno a presentare il progetto
4. In assenza di scuola in ospedale e nella impossibilità di intervento della scuola di appartenenza dell'alunno, sarà il coordinatore del servizio scolastico erogato in ospedale ad attivare il progetto mediante l'affidamento del ragazzo o ad una scuola territoriale corrispondente oppure attraverso la costituzione di un pool di scuole, con presentazione del progetto all'U.S.R

Realizzazione:

1. In presenza
2. Prevalentemente a distanza (ricaduta positiva sui docenti e sui compagni di classe)
3. Mista

Metodologie:

1. Coerenti con le scelte culturali del P.O.F.
2. Mirate ai saperi essenziali per conseguire in particolare le competenze richieste
3. Che prevedano ambienti simulati utilizzando il contesto virtuale
4. Che privilegino apprendimenti relativi alle aree disciplinari pur con valutazioni e verifiche nelle singole materie

Verifiche e valutazioni:

1. Che evidenzino i processi di apprendimento;
2. che consentano la declinazione delle competenze acquisite (*Portfolio formativo individuale*)

Il vademecum è stato realizzato con i preziosi contributi dei partecipanti ai lavori di gruppo, dei coordinatori e dei relatori presenti al 1° Seminario Nazionale sull'Istruzione domiciliare.
Un vivo ringraziamento a tutti, per aver consentito la produzione di questo documento che costituirà un utile punto di riferimento per gli operatori del settore.
Un grazie particolare alla Professoressa Giovanna Perricone e alla Dottoressa Concetta Polizzi per aver consentito la pubblicazione delle diapositive dei loro interventi.

Copyright 2003 MIUR – Stampato in proprio