

Seminario regionale per il miglioramento del servizio della Scuola in Ospedale (SIO) e di Istruzione Domiciliare (ID)

27 novembre 2019

Padova

Prof.ssa Tiziana Catenazzo

Dirigente IC Peyron Scuola Capofila Nazionale SIO-ID

D.M. 461 del 6 giugno 2019
Linee di indirizzo nazionali
sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per il Sistema educativo di Istruzione e di Formazione
Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione



LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

**SULLA SCUOLA IN OSPEDALE
E L'ISTRUZIONE DOMICILIARE**



**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULLA SCUOLA IN OSPEDALE (SIO)
E L'ISTRUZIONE DOMICILIARE (ID)**

INDICE

1. Premessa	2
2. Finalità delle Linee di indirizzo	3
3. Le finalità del servizio di scuola in ospedale e di istruzione domiciliare	4
3.1 Scuola in ospedale.....	4
3.2 Istruzione domiciliare.....	4
3.3 Rapporto fra SIO e ID	4
4. Strutture e servizi coinvolti	5
4.1 Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR)	5
4.2 Gli Uffici Scolastici Regionali (USR)	5
4.2.1 Istruzione domiciliare.....	6
4.2.2 Scuola in ospedale.....	6
4.3 Il Comitato Tecnico Regionale.....	6
4.4 La scuola polo regionale e la rete di scopo	6
4.5 I docenti ospedalieri.....	7
4.6 Le istituzioni scolastiche.....	7
5. Le fasi procedurali	8
5.1 Il Servizio scolastico ospedaliero.....	8
5.2 L'attivazione del servizio di istruzione domiciliare	9
6. Metodologie e strumenti	11
7. Il portfolio delle competenze individuali, la valutazione e gli esami di Stato.....	12
7.1 Il portfolio dello studente	12

<https://scuolainospedale.miur.gov.it/>

Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare

- Aggiornamento alla nuova realtà scolastica (normativa, sociale, tecnologica)
- Ampliamento delle patologie per l'Istruzione Domiciliare
- Esplicitazione strutture e servizi coinvolti
- Delineate le fasi procedurali

Strutture e servizi coinvolti

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR)

Gli Uffici Scolastici Regionali (USR)

- Individuano le scuole-polo regionali a cui il MIUR ripartisce le somme assegnate a ciascuna Regione. Provvedono a esaminare e monitorare costantemente le necessità formative degli alunni ospedalizzati e a domicilio; a sostenere il miglior funzionamento delle sezioni ospedaliere e la coerenza dell'andamento dei flussi ospedalieri e delle risorse assegnate; supportano le scuole per i raccordi necessari in seguito a ospedalizzazioni o progetti di istruzione domiciliare in Regioni diverse da quella di iscrizione dell'alunno. Promuove la costituzione di una rete tra tutte le scuole con sezioni ospedaliere di ogni ordine e grado, con capofila la scuola polo regionale, al fine di garantire il coordinamento tra le diverse sezioni ospedaliere e l'omogeneità del servizio.
- Al Comitato tecnico regionale costituito presso l'Usr perverranno le richieste di finanziamento dei progetti di istruzione domiciliare da parte delle scuole: le richieste saranno valutate, in termini di completezza e regolarità della documentazione, ai fini dell'approvazione e della successiva assegnazione delle risorse. Poiché le richieste avanzate potrebbero essere molteplici e non tutte presentate all'inizio dell'anno scolastico, i Comitati tecnici regionali provvederanno a definire criteri di priorità degli interventi, anche in considerazione delle risorse finanziarie disponibili.

Istruzione domiciliare

- Titolari della gestione del servizio di istruzione domiciliare sono gli Uffici scolastici regionali competenti per territorio, i quali provvedono al coordinamento e al monitoraggio delle diverse attività.
- Attraverso il Comitato tecnico regionale, gli USR stabiliscono la finanziabilità dei progetti presentati dalle singole scuole, anche in considerazione delle risorse finanziarie disponibili.
- Per un'allieva e un allievo temporaneamente in assistenza sanitaria domiciliare, con prestazioni domiciliari, la scuola attiva un progetto di istruzione domiciliare e, a seguito dell'approvazione dei competenti organi collegiali, comunica l'attivazione all'USR, che procede, nel limite delle risorse disponibili e sulla base delle indicazioni del Comitato tecnico regionale, ad assegnare eventuali contributi economici.

La scuola polo regionale e la Rete di scopo

- La scuola polo favorisce la diffusione di pratiche educative innovative ed efficaci in tutte le scuole del territorio, in diretta collaborazione con gli istituti scolastici dove sono presenti le sezioni di scuola ospedaliere. Svolge un'azione di sensibilizzazione e rappresenta lo "sportello informativo" sul territorio, con il ruolo di supportare e formare le scuole, e quante si avvicinano per la prima volta a questa realtà. È affidataria delle dotazioni tecnologiche a supporto dell'istruzione domiciliare ed è incaricata della gestione amministrativo-contabile delle risorse.
- La scuola polo regionale partecipa alla Rete di scopo nazionale delle scuole polo regionali che opera per la condivisione delle buone pratiche e lo sviluppo di iniziative territoriali di formazione dei docenti. La Rete costituisce un fondamentale punto di raccordo e confronto tra le diverse realtà delle Scuole polo regionali aderenti, garantisce una costante interlocuzione con il MIUR e contribuisce al miglioramento generale del servizio.

Linee di indirizzo per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare

ESTRATTI

Le nuove Linee di indirizzo per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare innovano aspetti significativi del Servizio, per un migliore impegno delle scuole a sostegno dei bambini e ragazzi malati.

Finalità delle Linee di indirizzo

Le presenti Linee di indirizzo intendono ampliare e integrare il precedente documento: *“Il servizio di istruzione domiciliare. Vademecum ad uso delle scuole di ogni ordine e grado”* (2003).

In questi anni si è rilevato, infatti, che le richieste di presa in carico di alunni ospedalizzati e di progetti di ID risultano in continuo aumento, a seguito anche di maggiore attenzione, sensibilità e competenza da parte di tutti, soprattutto delle scuole e del personale sanitario. In merito alle possibilità e alle condizioni per l'attivazione dei progetti, è opportuno e necessario, dopo oltre dieci anni, avvalersi della ormai piena autonomia scolastica e del nuovo e diverso quadro di riferimento normativo.

- Sono confermati gli elementi fondamentali di gestione del servizio di scuola in ospedale e istruzione domiciliare, rispondenti a criteri di efficacia e qualità del pubblico servizio scolastico, quali:
- a) garantire l'integrazione dell'intervento della scuola ospedaliera con quello della classe di appartenenza e con l'attività didattica di istruzione domiciliare dello studente;
- b) ricontestualizzare il domicilio-scuola, in modo da garantire allo studente la massima integrazione con il suo gruppo classe; a tal fine è indispensabile l'individuazione di strategie didattiche e relazionali adeguate al contesto;
- c) diffondere la conoscenza delle opportunità offerte dalla scuola in ospedale e dall'istruzione domiciliare, considerato che potrebbe interessare, senza preavviso e con urgenza, qualsiasi contesto scolastico;
- d) garantire omogeneità nell'erogazione del servizio su tutto il territorio nazionale, attraverso indicazioni di dettaglio per una corretta e completa applicazione nel rispetto della normativa vigente.

I docenti ospedalieri

- I docenti ricoprono un ruolo molto complesso, che richiede grande capacità di adattamento sia dal punto di vista della flessibilità metodologica-didattica sia rispetto alla dimensione relazionale con l'alunno e alla cooperazione con figure professionali diverse. I docenti non svolgono un lavoro terapeutico, quanto piuttosto, attraverso le relazioni che vivono con gli studenti ogni giorno e l'attività didattica proposta, permettere a questi alunni, nonostante la temporanea malattia, di vivere esperienze positive all'interno di un contesto in cui si sentano accolti e valorizzati, sostenuti nel percorso scolastico e di cura, accompagnati e stimolati ad apprendere. L'arricchimento e la diversificazione del percorso formativo sono finalizzati a garantire a tutti gli alunni uguali opportunità di crescita culturale anche grazie a interventi che utilizzino strategie multimediali e informatiche (postazioni mobili, audiovisivi, strategie di cooperazione attiva con i compagni). Vista la complessità del ruolo del docente ospedaliero, la necessità che sviluppi costantemente la sua azione professionale nel contesto in cui opera, considerate le esigenze peculiari dei singoli alunni ospedalizzati, è necessario prevedere percorsi di formazione continua, a livello nazionale e regionale, che si innestino in una formazione a livello universitario specifica per l'insegnamento nelle sezioni ospedaliere e nei percorsi di istruzione domiciliare.

Le istituzioni scolastiche

- ***Ciascuna istituzione scolastica è tenuta a mettere in atto ogni forma di flessibilità del percorso scolastico, a fronte di disagi socio-sanitari e/o economici.***
- Pertanto, nel caso di alunni, iscritti a scuole di ogni ordine e grado, i quali, a causa di gravi patologie, siano sottoposti a terapie domiciliari o in regime di *day hospital* che impediscono la frequenza regolare della scuola per un periodo non inferiore ai 30 giorni (anche non continuativi), le istituzioni scolastiche, su richiesta della famiglia supportata da certificazione medica rilasciata dal medico ospedaliero o comunque dai servizi sanitari nazionali, attivano progetti di istruzione domiciliare. Il progetto è elaborato dal consiglio di classe e approvato dagli organi collegiali competenti.
- Ogni volta che si rende necessario, il Dirigente scolastico può richiedere di avere accesso alle risorse del MIUR e trasmettere la richiesta, corredata dalla necessaria documentazione al competente Comitato tecnico regionale, che procederà alla valutazione della stessa, ai fini della successiva assegnazione delle risorse. Il parere del Comitato è necessario, solo ed esclusivamente, al fine dell'accesso al contributo economico per la realizzazione della ID e prescinde dalla possibilità di attivare il progetto.



World Health Organization 7 aprile 1948

L'obiettivo dell'OMS, come precisato nell'atto costitutivo

È il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di **salute**, definita come condizione di **completo benessere fisico, mentale e sociale**, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità.

Primo documento a sancire il diritto alla salute tra i diritti fondamentali dell'essere umano

Bisogna aspettare la Conferenza mondiale sui diritti dell'uomo nel 1993, Vienna, perché sia dichiarato che

“i diritti della donna fanno parte dei diritti della persona umana”.

Amartya Sen e Martha Nussbaum, nella loro **teoria delle capacità** (Capabilities) sostengono che nella società moderna le nostre capacità emotive e cognitive trovano **realizzazione in modo erratico**;

Gli esseri umani hanno capacità più molteplici e variegata di quelle che la scuola, il lavoro, gli organismi della società civile e l'organizzazione politica consentono loro di mettere in atto



Martha Nussbaum



Amartya Sen

Distinzione tra *to cure* e *to care* *disease* e *illness*

- *To cure*: rimediare, risanare...guarire
- *To care*: avere attenzione, prendersi cura
- *Disease*: malattia oggettiva, affezione patologica, guasto dell'organismo
- *Illness*: malattia soggettiva, afflizione esistenziale, stato di sofferenza
- Alterne separazioni e unioni nella storia umana. Oggi rischio di una sempre maggior scissione tra i due concetti

Distinzione tra *to cure* e *to care - disease* e *illness*

- quindi se *to cure* e *disease*
sono di competenza medico – sanitaria
 - *to care* e *illness*
sono di competenza sociale

➤ laddove per sociale s'intende il sapere e l'intervento di molteplici "aventi interesse" (stakeholders) e un convergere di tutte le politiche sui fattori determinanti il benessere individuale e collettivo

➤ **I DUE PROCESSI NON SONO SEPARABILI NÈ
DISTINGUIBILI**

PERO' se reti sanitarie e socio-sanitarie...

- Il concetto di rete è utile per molteplici tipologie di nodi a cui possiamo pensare in un quadro di relazioni sociali.
- Il **primo** tratto distintivo:
 - I nodi possono essere persone e le loro reti sono quelle familiari, amicali, religiose, culturali, sportive.
 - I nodi possono essere famiglie o gruppi di persone.
 - I nodi possono essere *cluster* di professionisti, che costruiscono reti professionali.
 - I nodi possono essere costituiti da istituti, ovvero sistemi sociali organizzati, come la scuola, le imprese, le aziende non profit, le aziende e le istituzioni pubbliche.

CON IL VARIARE DELL'IMMAGINE SOCIALE
VARIA ANCHE L'AUTOPERCEZIONE DELLA
MALATTIA ED IL LIVELLO STESSO DI
SOFFERENZA



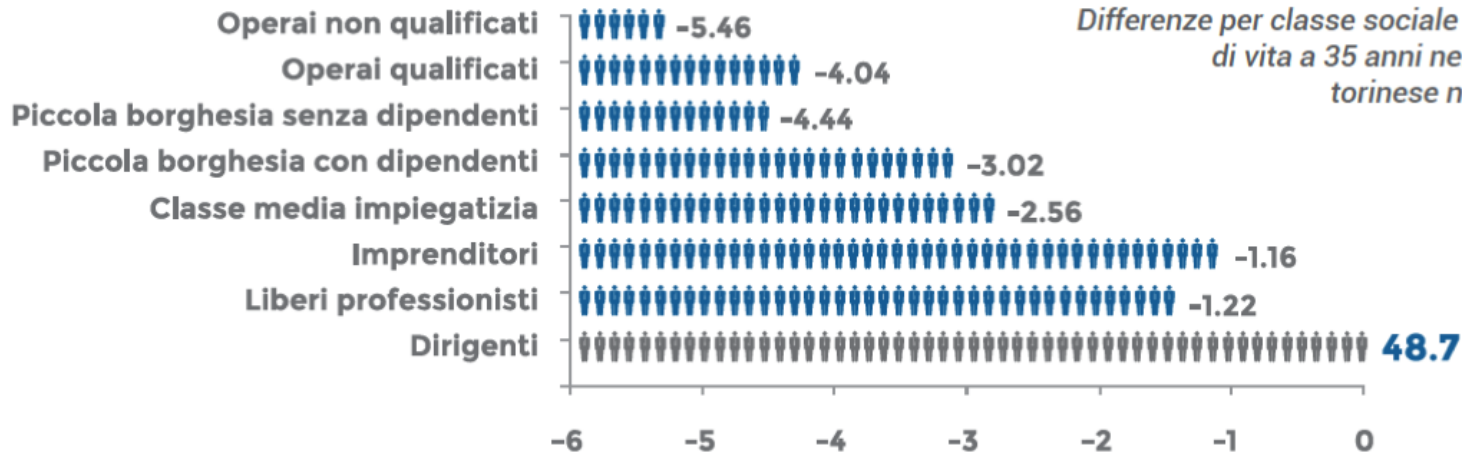
In Italia il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio



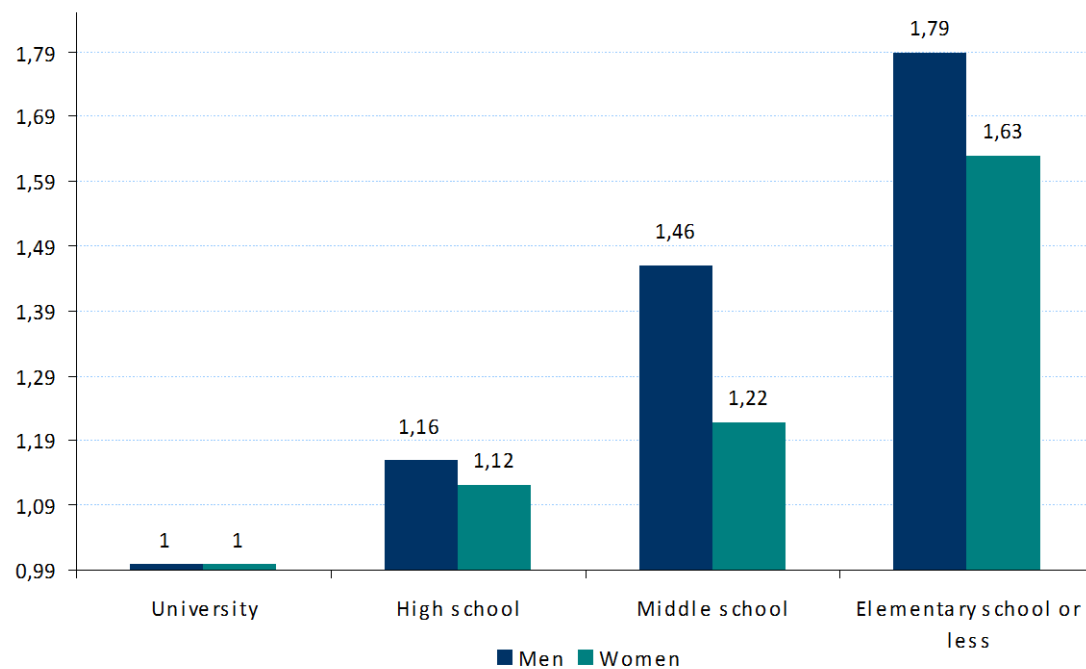
5 ANNI E MEZZO



è la differenza nella speranza di vita tra operaio e dirigente



Disuguaglianze per istruzione nella mortalità in Italia 1999-2007 (RR standardizzati per età)



Diseguaglianze di mortalità a Torino, 2000-2004, in relazione a diversi indicatori sociali

RR	Istruzione	Condizione professionale	Classe sociale	Reddito	Qualità abitazione
I	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
II	<i>1.25</i>	<i>1.37</i>	<i>1.06</i>	<i>1.10</i>	<i>1.10</i>
III	<i>1.40</i>	<i>1.54</i>	<i>1.28</i>	<i>1.22</i>	<i>1.34</i>
IV	<i>1.50</i>	<i>2.05</i>	<i>1.37</i>	<i>1.39</i>	<i>1.50</i>

I= più avvantaggiato

IV = meno avvantaggiato

Quindi la scuola è parte essenziale e costitutiva dei processi determinanti e

Se ne deve desumere che
anche il **decorso** delle malattie
e la loro **prognosi** sono in
correlazione con l'**istruzione** e
l'apprendimento
(forse l'unica correlazione
statisticamente significativa)

Quindi la **Scuola in Ospedale**
costituisce la **non interruzione**
di un indispensabile **processo**
di sviluppo comunque rivolto
al benessere
psichico e fisico
che non sono disgiungibili

ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA REALTA' DELL'ADOLESCENTE

Zurigo, un gruppo di ricercatori ha sintetizzato un prodotto chimico sperimentato con successo su 128 volontari

Ecco lo spray della fiducia

E' a base di ormoni, annulla la diffidenza e aumenta l'autostima

LUIGI BIGNARDI

ROMA — Un gruppo di ricercatori svizzeri dell'Università di Zurigo ha riuscito a sintetizzare un prodotto chimico che, se inalato, da un lato incentiva il rapporto umano in quelle persone che hanno poca stima di sé e dall'altro predispone fortemente a porre più fiducia nel prossimo di quanto si faccia normalmente. Lo ha dimostrato un esperimento realizzato da un gruppo di 128 volontari.

A ciascuno di essi è stata data, in modo virtuale, una notevole somma di soldi da investire, del cui esito sarebbero dipese le sor-



mentare la fiducia nei rapporti tra i comi. Se si inalasse ancora in attività dopo circa 50 minuti e la sua funzione termina dopo 2 ore circa. Antonio Damasio, neurobiologo dell'Università di Iowa (Usa) teme per le applicazioni pratiche nell'uso dell'ormone, se questo dovesse essere immesso sul mercato senza restrizioni. E ha sottolineato: «Cosa potrà succedere in futuro se i politici decidessero di spruzzare sulla gente dell'ossitocina durante un comizio? Allo stesso modo i teologi delle più diverse religioni potrebbero convincere la gente che la propria è quella giusta». E quali ri-

RISPOSTE SOCIALI PREFABBRICATE CON SOLUZIONI IDENTIFICATORIE DI MASSA ALTRETTANTO CONTRADDITTORIE

La parola cancro ha un potere significativo che trascende l'aspetto biologico della malattia tumorale e la sua carica **fantasmatica e perturbante** coinvolge profondamente **l'emotività** delle persone, non solo dei pazienti e dei familiari **ma anche degli oncologi.**

Condensa in sé l'immagine di evento catastrofico, di malattia che in assoluto “non si vorrebbe avere”.

Che cos'ha di diverso un malato di tumore rispetto ad altri ?

**Ha una malattia che è la cattiva coscienza
della medicina,
lo scandalo che rammenta al trionfalismo
della scienza medica, con i suoi miraggi di
prevenzione e cura,
la precarietà della vita.**

Apprendimento linguistico Hart 2003

- **a tre anni, tra bambini americani di classi sociali diverse, esiste un divario di circa 30 milioni di parole.**
- I figli dei professionisti sentono in media 2.153 parole all'ora rispetto alle 616 dei bambini appartenenti a famiglie seguite dai servizi sociali. Inoltre, due terzi di tutte le frasi rivolte ai bambini svantaggiati nel loro contesto familiare sono scoraggianti. I figli dei professionisti sono incoraggiati dieci volte di più di quanto non siano scoraggiati.

STATUS SOCIO-ECONOMICO E LITERACY

2.153 PAROLE/ORA
32 INCORAGGIAMENTI
5 PROIBIZIONI
1.100 VOCABOLI
UTILIZZATI DAI
BAMBINI

**STATUS SOCIO-
ECONOMICO ALTO**

1.251 PAROLE/ORA
12 INCORAGGIAMENTI
7 PROIBIZIONI
700 VOCABOLI
UTILIZZATI DAI
BAMBINI

**STATUS SOCIO-
ECONOMICO MEDIO**

616 PAROLE/ORA
5 INCORAGGIAMENTI
11 PROIBIZIONI
500 VOCABOLI
UTILIZZATI DAI
BAMBINI

**STATUS SOCIO-
ECONOMICO BASSO**

Fonte: Hart B, Risley TR. The early catastrophe. The 30 million of word gap by age 3. American educator 2003

- **in Italia un minore su dieci è povero.** Secondo l'ISTAT, che ragiona in termini di povertà assoluta e di povertà relativa, nel 2014 i minori in condizioni di **povertà assoluta** erano 1.045.000 (il 10% della popolazione di riferimento), mentre parlando di **povertà relativa** sempre con riferimento al 2014, i minori che in Italia vivono in questa condizione ovvero in famiglie che possono permettersi un livello di spesa modesto e comunque inferiore alla linea mediana nazionale (fissata nel 2014 in 1.698 euro per una famiglia di 4 persone), sono numericamente di poco inferiori ai 2 milioni, quasi 1 su 5, pari al 19% della popolazione generale

- l'età pediatrica compresa nel range di età da 0 a 18 anni.
- Di fatto a livello ospedaliero e universitario, “oltre il 40% dei minori 5-14 anni e la grande maggioranza (quasi l'85%) di quelli 15-17 anni viene invece ricoverato in reparti per adulti”, con in più la solita disparità tra nord e sud, dove persiste ancora troppa “migrazione sanitaria”, tanto che i ricoveri pediatrici sono circa il 50% in meno che al nord. Si può perciò affermare che “l'attuale situazione assistenziale in ospedale altera il diritto dell'adolescente a ricevere la “*care*” più adeguata e nel luogo più vicino alla sua abitazione”.

VIDEO