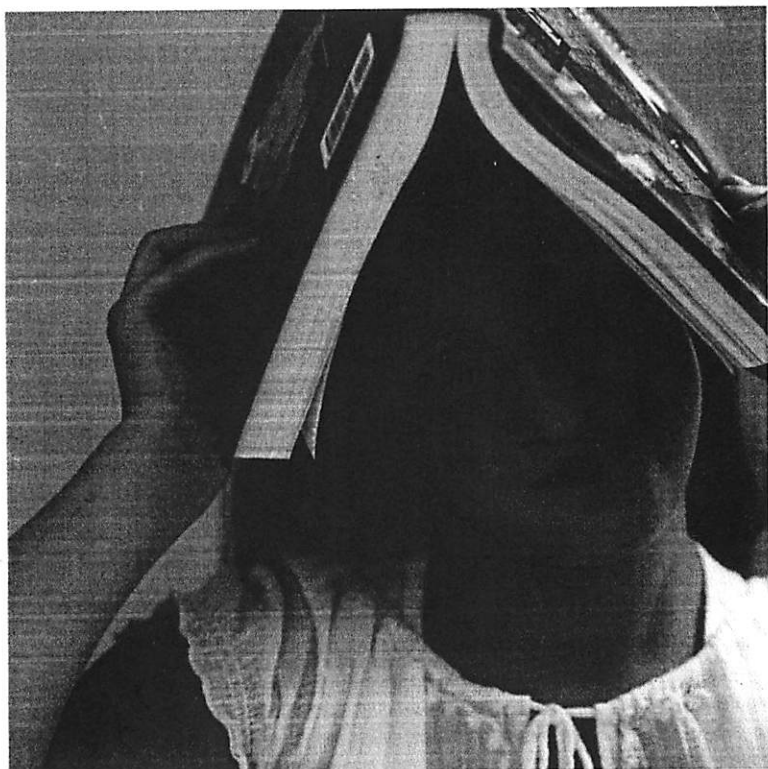


Domenico Milito

(a cura di)

# Scuola in ospedale e istruzione domiciliare

*Problematiche educativo-didattiche  
e socio-sanitarie*



ANICIA

# Indice

|  |    |
|--|----|
| Presentazione<br>di <i>Domenico Milito</i>   | 9  |
| Capitolo primo<br><b>Formazione, persona, democrazia tra conformazione,<br/>rischio, emancipazione</b><br>di <i>Giuseppe Spadafora</i>   | 11 |
| Capitolo secondo<br><b>Cause e incidenza delle neoplasie<br/>nella prima e seconda infanzia</b><br>di <i>Giovanni Schinzari</i>  | 21 |
| Capitolo terzo<br><b>Le pari dignità nelle condizioni di diversità:<br/>scuola in ospedale e scuola aperta</b><br>di <i>Cesare Pitto</i>   | 29 |
| Capitolo quarto<br><b>Il servizio di scuola in ospedale e di istruzione domiciliare:<br/>compito ineludibile per la scuola dell'autonomia per garantire<br/>il diritto allo studio e la prevenzione della dispersione scolastica</b><br>di <i>Angiolina Porziano</i> | 49 |
| Capitolo quinto<br><b>Comportamento degli adulti e allievi ospedalizzati</b><br>di <i>Giuliana Carosi</i>  | 65 |
| Capitolo sesto<br><b>Progetto HSH@NetWork e docenti ospedalieri<br/>della Regione Calabria: resoconto di un'esperienza<br/>e presentazione della piattaforma</b><br>di <i>Rosalba Borrelli</i>   | 79 |
| Capitolo settimo<br><b>Scuola in ospedale e Istruzione domiciliare:<br/>tipizzazioni, tecnologie, didattica e formazione del personale</b><br>di <i>Domenico Milito</i>  | 89 |

## Capitolo ottavo

### **Gli operatori delle scuole in ospedale della Regione Calabria presentano le loro esperienze**

- |   |     |
|---|-----|
|   | 99  |
| • Circolo Didattico – Cetraro<br>Vitalina Scavella - Anna Roveto                                    | 99  |
| • 5° Circolo Didattico “S. Pertini” - Cosenza<br>Rosalba Borrelli                                   | 101 |
| • 3° Circolo Didattico – Catanzaro<br>Elda Gulli  | 107 |
| • Reparto di ematologia ed oncologia pediatrica<br>Ospedale “Pugliese” di Catanzaro<br>Maria Rubino | 109 |
| • Scuola Media Statale “Manzoni” – Catanzaro<br>Anna Guido  | 111 |
| • 6° Circolo Didattico- Lametia Terme<br>Andrea Milano  | 112 |
| • Scuola Media Statale “Manzoni” - Reggio Calabria<br>Paola Viola                                   | 115 |
| • 3° Circolo Didattico “Pascoli” – Reggio Calabria<br>Marcello Casile                               | 118 |

## Capitolo nono

### **Le scuole si raccontano: vissuti e didattica lungo i percorsi di Istruzione Domiciliare**

- |  |     |
|--|-----|
|  | 121 |
| • Istituto Comprensivo - Belcastro<br>Ida Talarico   | 121 |
| • 6° Circolo Didattico- Lametia Terme<br>Anna Guadagno                                       | 122 |
| • Direzione Didattica “Marvasi” Cittanova<br>Angela Maria Colella                            | 124 |
| • Istituto Comprensivo - Feroletto Antico<br>Maria Antonietta Torchia                        | 125 |
| • 3° Circolo “Don Milani”- Lamezia Terme<br>Giulia Costanzo                                  | 128 |
| • Istituto Onnicomprensivo – Mileto (VV)<br>Angela Carotenuto                                | 130 |
| • Istituto Comprensivo Territoriale - Marina di Gioiosa Jonica (RC)<br>Maria Teresa Murdocca | 131 |

|  |            |
|--|------------|
| • Istituto Comprensivo - Sellia Marina (CZ)<br>Maria Antonietta Arcuri – Elisabetta Castellano – Loredana Scarfone | 134        |
| • Circolo Didattico “Morello” - Bagnara Calabria<br>Antonino Giunta  | 136        |
| • Istituto Comprensivo – Mongrassano (CS)<br>Angelo Velio Sorcale  | 136        |
| • Istituto Comprensivo “B. Telesio”- Spezzano della Sila<br>Marina Del Sordo                                       | 138        |
| • S.M.S. “A. Scopelliti” – Rosarno (RC)<br>Vincenzo Muratore   | 140        |
| • S.M.S. “A. Manzoni” - Lamezia Terme<br>Maria Ropito  | 142        |
| • Istituto Comprensivo “Don Milani” - Crotona<br>Giuseppe Pascuzzi   | 144        |
| <b>Bibliografia</b>  | <b>146</b> |

Capitolo settimo

## Scuola in ospedale e istruzione domiciliare: tipizzazioni, tecnologie, didattica e formazione del personale

di Domenico Milito\*

La scuola in ospedale è ormai una realtà istituzionale che nel nostro Paese va via via consolidandosi e diffondendosi in un contesto caratterizzato da un radicale processo di cambiamento e da incisivi fattori innovativi anche a livello politico-istituzionale.

Basti pensare alla riorganizzazione della Pubblica Amministrazione e alla redistribuzione dei pubblici poteri effettuate mediante un iter che, muovendo dalla sede legislativa, è sfociato nella prima riforma della Costituzione della storia della Repubblica.

Tale scenario ha visto la scuola trasformarsi da istituzione il cui operato era fondato sui principi del centralismo, del verticismo burocratico e della rigidità dei modelli organizzativi a realtà appartenente al territorio, la cui ragion d'essere è improntata alla sussidiarietà, al decentramento, all'autonomia e alla flessibilità.

È così che l'istituzione scolastica è stata posta nelle condizioni di corrispondere alla fondamentale esigenza di favorire il successo formativo degli alunni, consentendo loro da un lato di raggiungere gli obiettivi e gli standard fissati a livello nazionale e dall'altro di soddisfare i loro specifici bisogni riflettenti, tra l'altro, le istanze espresse dalle famiglie e dal contesto socio-economico-culturale di appartenenza.

L'istituzione scolastica ha esteso il suo raggio di azione al di là dei confini tradizionali, rivolgendosi ad un'utenza per certi versi atipica; grazie all'autonomia funzionale, di cui è dotata, opera a tutto campo per garantire il soddisfacimento del diritto allo studio: non solo, quindi, le rinomate scuole carcerarie, bensì maestri di strada (per contenere la dispersione scolastica nelle zone ritenute a rischio come quelle appartenenti ad alcune metropoli meridionali) e, *dulcis in fundo*, scuole in ospedale e istruzione domiciliare.

Per la verità nemmeno le scuole in ospedale sono tanto recenti, giacché esse sono state avviate ad opera di alcuni Comuni sin dagli anni Sessanta del

---

\* Dirigente Scolastico - Direttore del Seminario di formazione "Scuola in ospedale e Istruzione Domiciliare: problematiche educativo-didattiche e socio-sanitarie".

secolo scorso nelle Città dotate di grandi strutture ospedaliere, come Genova con il Gaslini, e sono andate sempre più diffondendosi anche per effetto della normativa comunitaria che le ha riconosciute indispensabili ai fini dell'erogazione del servizio formativo agli allievi in particolari condizioni di salute.

A livello nazionale la scuola in ospedale è stata proiettata verso il superamento degli aspetti di isolamento e di episodicità, tendendo alla sua trasformazione in servizio permanente rivolto agli alunni ammalati attraverso una didattica specifica in sostituzione di quella ordinaria grazie alla Circolare Ministeriale n. 345 del 1986.

La vera svolta, comunque, è avvenuta successivamente con la Circolare Ministeriale n. 353 del 1998, che, recependo le indicazioni provenienti dalla normativa internazionale, nel quadro di una logica interistituzionale di intesa fra diversi ministeri e nell'ottica dell'autonomia organizzativa, didattica, di ricerca e sviluppo delle istituzioni scolastiche, ha prefigurato l'opportunità di trasformare l'attività didattica negli ospedali in interventi continui e incisivi all'interno di una struttura appositamente organizzata.

Il testo normativo, richiamando il principio della diversificazione del servizio scolastico, ha affermato la cultura della solidarietà e del sostegno a favore dei più deboli.

Si è venuta ad affermare, così, in maniera sempre più forte, un'organizzazione interistituzionale, che, assicurando una sinergia di funzioni, professionalità e competenze diverse, ha potuto allargare l'orizzonte dell'ambiente di apprendimento oltre la classe, ponendo al centro del processo formativo l'allievo quale soggetto titolare dei diritti costituzionalmente sanciti.

Certamente, insegnare nella Scuola in ospedale è alquanto impegnativo poiché si ha a che fare con alunni degenti e l'impegno della scuola, intesa come istituzione deputata a favorire l'istruzione, è maggiore dovendosi fare carico anche delle problematiche che, a livello esistenziale, investono i piccoli fruitori del servizio in una particolare fase della loro vita.

Del resto, non è pensabile interrompere per qualsiasi situazione, anche la più drammatica, il processo di educazione e di formazione; gli allievi impossibilitati alla normale frequenza devono essere considerati persone in grado, sempre e comunque, di affrontare e sostenere i disagi implicati dal ricovero (sovente con patologie gravi) e dal distacco, dal calore e dall'intimità della casa e della famiglia.

È molto importante rompere il muro di isolamento e aiutare il paziente a ritrovare, a poco a poco, i contatti con il mondo esterno attraverso attività consuete come quella scolastica, percepita non come coercitiva, ma foriera della possibilità di uscire dalla condizione di malattia, contribuendo ad evitare, nei limiti del possibile, i disagi che essa comporta.

La presenza della scuola nell'ambito ospedaliero ha, dunque, una funzione estremamente importante, perché consente al bambino/ragazzo di vivere una situazione più vicina alla normalità, rappresentando un momento di aggregazione e di socializzazione di cui si ha estremamente bisogno.

Ciò significa non perdere occasione per promuovere l'istruzione negli alunni lungodegenti, recuperare i ritardi cognitivi caratteristici di quelli ricoverati per brevi periodi o per periodi saltuari, programmare gli interventi per gli alunni curati in day hospital o con convalescenze domiciliari, personalizzare la dimensione dell'accoglienza, garantire la prestazione di docenti appartenenti ai diversi ordini e gradi di scuola, programmare il raccordo con le scuole di provenienza.

È in tal modo che la scuola organizza la progettazione delle attività educativo-didattiche, tenendo presente contestualmente l'elemento cognitivo e quello emotivo-affettivo, che, correlati, favoriscono i processi apprenditivi e di sviluppo dell'allievo.

Ogni azione educativa proposta tende, perciò, a stimolare in lui l'interesse, la curiosità, la creatività, la motivazione ad apprendere e lo aiuta a ritrovare una dimensione affettiva e ludica estremamente rassicurante.

Si tratta, in buona sostanza, di promuovere una progettualità organizzativa, didattica e metodologica improntata a processi brevi, personalizzati e, soprattutto, flessibili.

La strategia prevalente, in quanto ritenuta funzionale al soddisfacimento dei bisogni formativi di alunni con particolari stati d'animo date le precarie condizioni di salute, è la ricerca-azione, che si configura, ormai, come modo di operare ampiamente diffuso, caratterizzando le scuole in ospedale come "laboratori per l'innovazione nella didattica e nell'organizzazione".

Chiaramente la chiave di volta dell'esperienza è rappresentata dal livello di professionalità dei docenti in possesso di un'adeguata preparazione teorica da cui discendono le ragioni di fondo del loro concreto operare.

Sul versante della programmazione una delle teorie presupposte come efficaci è quella che ispira la programmazione per mappe concettuali; essa, considerando nucleo centrale di sviluppo della mappa l'alunno stesso, permette di intervenire assumendo come fattori specifici di riferimento otto blocchi tematici specifici (scheda anagrafica, aspetto fisico, la famiglia, la casa, la città e/o il paese, le attività giornaliere, le regole di comportamento, le mie competenze e le mie conoscenze).

Tali punti focali vengono trattati adeguatamente rispetto allo stato emotivo-affettivo e socio-relazionale del bambino e ai suoi livelli cognitivi e intellettivi.

Certamente va ricercata la sintonia con la programmazione educativa e didattica dell'istituzione in cui rientra la scuola ospedaliera, nonché con quella della scuola di provenienza.

Per quanto riguarda le strategie e le tecniche di intervento, esse sono riconducibili alle teorie scientificamente fondate e formalizzate da alcune correnti di pensiero della psicologia contemporanea; ci si riferisce, in particolare, all'analisi sperimentale del comportamento, all'analisi cognitivo-comportamentale e alla teoria dell'apprendimento sociale.

Tali teorie rappresentano un valido supporto alla progettazione di un percorso fortemente personalizzato in grado di coniugare le mete e gli obiettivi dell'intervento, i passi istruzionali, le risorse disponibili, i sistemi di controllo e di verifica con le reali condizioni affettivo-emotive, cognitivo-intellettive e socio-relazionali dell'alunno ricoverato.

Per effetto della variabilità del periodo di degenza dell'alunno, l'attività didattica si articola in fasi gerarchicamente sequenziali: *assessment*, formulazione degli obiettivi, ricorso a tecniche individualizzate d'insegnamento, costante monitoraggio e valutazione delle attività in via di svolgimento allo scopo di verificarne l'adeguatezza in riferimento agli obiettivi formulati.

Nell'ambito delle modalità utilizzate per analizzare e valutare il comportamento di un soggetto e i fattori che lo influenzano (*assessment*), i docenti si avvalgono di *test* di *performance* e dell'osservazione diretta dell'alunno (procedure dirette); effettuano, altresì, la raccolta di informazioni tramite gli "agenti di mediazione" rappresentati da genitori, medici e insegnanti della scuola di provenienza (procedure indirette).

Per una tempestiva raccolta di informazioni di varia natura (da quelle strettamente anagrafiche, medico-sanitarie, familiari, sociali, educative) sono ritenuti validi determinati strumenti tra cui la scheda anagrafica, il disegno, la conversazione con l'alunno, la conversazione dell'alunno con il gruppo classe, lo scambio di informazioni con i medici e con il personale socio-sanitario e riabilitativo presente nei reparti, il colloquio con i genitori.

La scheda anagrafica, oltre che per la rilevazione dei dati personali dell'alunno, è adoperata come mezzo didattico ritenuto funzionale a:

- instaurare con l'alunno un primo rapporto di conoscenza;
- porgere domande specifiche (nome, cognome, luogo e data di nascita, luogo e scuola di provenienza, classe frequentata, tipologia di ricovero, ecc...) anche al fine di valutare il livello di comprensione e di padronanza lessicale, oltrechè, chiaramente, la disponibilità a relazionarsi con gli altri mantenendo un certo equilibrio emotivo;
- sondare abilità connesse con la scrittura quando l'alunno riesce a compilare personalmente la scheda;
- suscitare interesse facendo usare all'allievo il computer.

L'elaborazione di un disegno coincide quasi sempre con il momento successivo alla compilazione della scheda.



Tale attività (così come il gioco), rivolta soprattutto agli alunni della scuola dell'infanzia e delle prime classi della scuola primaria, riesce a fare esprimere le emozioni e a "rielaborare" l'ansia e la frustrazione provocate dal ricovero.

Ai fini della programmazione degli interventi risulta preziosa l'attività di *assessment* con i genitori; tramite loro, infatti, è possibile acquisire informazioni circa l'ambiente familiare e la scuola di appartenenza.

Il colloquio, al di là della valenza psicologica di sfogo e di supporto di cui hanno bisogno le figure parentali nel momento in cui affrontano il ricovero del piccolo in ospedale, assume un valore valutativo e orientativo del processo educativo-didattico.

Va, altresì, considerato che il più delle volte i genitori entrano in ansia e riescono difficilmente a controllare un atteggiamento di tipo iperprotettivo, che influisce sull'equilibrio psicofisico del bambino e, quindi, sulla sua motivazione ad apprendere e ad impegnarsi nell'attività didattica.

Imprescindibili sono i contatti con i docenti della classe di provenienza per armonizzare le attività da sviluppare nell'arco di tempo previsto con quanto da loro programmato.

L'analisi del disegno, l'osservazione sistematica del comportamento dell'alunno, l'attenzione rivolta alla conversazione libera tra i compagni, le risposte date dall'alunno alle domande guidate poste dal docente, le informazioni acquisite dagli incontri del docente con i medici, la psicologa e i genitori sono tutti elementi in base ai quali il docente ospedaliero formula gli obiettivi didattici da sviluppare con l'alunno e decide quali attività intraprendere.

Si reputa importante evidenziare che in una situazione di "non normalità" di apprendimento e di insegnamento si intraprendono e si consolidano pratiche educative basate sulla flessibilità organizzativa in cui il protagonismo è assunto tanto dal gruppo dei docenti (*team teaching*) quanto dal gruppo dei discenti (*team learning*).

Il *tutoring* nell'ambito del gruppo di apprendimento è quasi sempre svolto dall'alunno ricoverato da più tempo o, comunque, soggetto a ricoveri periodici.

La tecnica del cosiddetto "mutuo soccorso" si determina soprattutto nell'ambiente dell'uso delle tecnologie educative.

Un forte movente per l'esplicazione della funzione di *tutor* è rappresentato dal piacere di dare indicazioni e istruzioni in ordine all'uso di programmi di videoscrittura, di grafica e dei CD multimediali disponibili.

Proprio l'uso delle tecnologie educative facilita l'emergere dell'interesse e della motivazione ad apprendere.

Vi è poi la telematica che permette di adottare due importanti modalità di intervento didattico: la tele-lezione e l'attività cooperativa finalizzata all'apprendimento collaborativo.

La tele-lezione avviene mediante il coinvolgimento dell'alunno ricoverato in una lezione tenuta a distanza da un insegnante in un'aula allestita con le necessarie apparecchiature che ospita, volta per volta, la classe corrispondente a quella frequentata dall'allievo.

L'azione del docente è esplicitamente condotta per via telematica, riproponendo lo schema classico in cui c'è chi fa lezione e chi ascolta con possibilità di intervenire, magari assistito dal *tutor*, che, nella fattispecie, è l'insegnante fisicamente vicino all'allievo ricoverato.

Mediante lo stesso canale è possibile attivare la lavagna condivisa.

L'attività cooperativa, finalizzata all'apprendimento collaborativo, è la seconda modalità di intervento che, richiamandosi alle teorie della "cooperazione educativa", richiede l'organizzazione e l'allestimento di un ambiente didattico funzionale all'interazione di tutti i partecipanti nell'ottica di una crescita collettiva del gruppo.

L'azione dell'insegnante si concretizza nel progettare, allestire e far funzionare un impianto didattico basato sul protagonismo di coloro che devono apprendere.

Non si ha, quindi, un'azione diretta ed esplicita di insegnamento da parte del docente quanto piuttosto di facilitazione nei confronti degli allievi.

La collaborazione fra allievi fuori e dentro l'ospedale è facilitata anche dall'uso della posta elettronica e dalla realizzazione cooperativa di prodotti didattici (elaborati, testi a più mani e attività prefigurate nell'ambito di progetti educativo-didattici in comune con partner locali e nazionali).

L'attività proposta è costantemente monitorata con lo scopo di verificare l'efficienza dei processi e la congruità fra i livelli di partenza degli alunni e gli obiettivi formulati.

Terminato lo stato di ricovero dell'allievo, alla famiglia e alla scuola di provenienza è rilasciata tutta la documentazione prodotta assieme all'attestato di frequenza.

Per la valutazione della qualità del servizio è proposto ai genitori un questionario da cui desumere l'indice di gradimento rispetto ai parametri relazionali, organizzativi e didattici.

L'insegnante referente della scuola in ospedale periodicamente relaziona al Collegio dei docenti in ordine al funzionamento organizzativo e didattico, nonché sui risultati raggiunti e predisponde un *report* da inserire nella relazione annuale, prodotta in adesione a quanto stabiliscono la Carta dei servizi in vigore presso l'istituzione scolastica e il Piano dell'Offerta Formativa.

Il comune cittadino si chiede come sia possibile attivare il servizio educativo-didattico presso le strutture ospedaliere.

La prima considerazione da fare è che oggi rispetto a ieri le procedure sono facilitate.

In effetti, da quando le scuole hanno acquisito l'autonomia funzionale, l'attivazione di posti di insegnamento nei presidi ospedalieri dove siano presenti degenti in età scolare dipende esclusivamente dalla discrezionalità (sempre vincolata dal soddisfacimento del pubblico interesse) e dalla loro capacità progettuale.

Qualora non siano sufficienti le risorse professionali di cui già si dispone, interviene l'Ufficio Scolastico Provinciale (che gestisce l'organico su delega dell'ufficio Scolastico Regionale) a cui va rivolta la specifica richiesta corredata dal relativo progetto.

Un discorso a parte merita l'**istruzione domiciliare**, intesa come servizio rivolto a soggetti in età scolare impediti alla normale frequenza dopo un periodo di ospedalizzazione non inferiore a trenta giorni (anche non continuativi), le cui famiglie ne facciano espressa richiesta.

Vi è da evidenziare che l'istruzione domiciliare riflette un'opportunità formativa praticata in Italia per effetto di una normativa secondaria alquanto recente, posta in essere a seguito di un dibattito di respiro europeo e internazionale.

Si pensi, per esempio, alla Carta Europea per il diritto allo studio dei minori malati in ospedale e a domicilio, approvata a Barcellona nel 2000 dall'Associazione Europea dei Pedagoghi Ospedalieri (HOPE), i cui punti salienti sono stati focalizzati, successivamente, nel Protocollo d'Intesa stipulato il 27 settembre 2000 tra il Ministero della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale.

Tale Intesa, concernente la "tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione e al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati", stabilisce la necessità di garantire l'attuazione del diritto allo studio ai soggetti ospedalizzati, istituendo corsi di studio per le scuole di ogni ordine e grado e *organizzando*, altresì, *percorsi di istruzione domiciliare* nei casi in cui la patologia impedisca la normale frequenza scolastica per almeno 30 giorni.

Ne consegue che l'avvio dell'istruzione domiciliare è diventato un obbligo per ogni istituzione scolastica (prescindere dal grado e livello, esclusa la scuola dell'infanzia) in cui sia iscritto un allievo impossibilitato alla normale frequenza, dopo un periodo di ospedalizzazione, anche non continuativo, superiore a 30 giorni, così come precisa la normativa appena richiamata.

Ricorrendo tale circostanza, le risorse umane da mobilitare sono da reperire tra quelle esistenti presso l'istituzione scolastica, che fa leva su ogni possibile altra opportunità: per esempio, si possono utilizzare spezzoni per il completamento di orario calcolato a livello settimanale e plurisettimanale, come pure è da ritenere scontata l'utilizzazione del fondo d'istituto per la remunerazione delle eventuali ore prestate aggiuntivamente rispetto all'orario contrattualmente dovuto.

Il progetto per la realizzazione dell'istruzione domiciliare non può che essere fortemente interistituzionale; infatti, concorrono la scuola, la famiglia, l'ente comunale (l'ente provinciale se l'allievo frequenta la secondaria superiore), la regione (in virtù della sua normativa sul diritto allo studio) e l'ufficio scolastico regionale chiamato a distribuire le quote di finanziamento, attingendo al budget a tal uopo destinato dalla normativa in vigore, che, da qualche tempo, viene ricavato (come precisato prima) dalle risorse annualmente stanziare per l'attuazione della Legge n 440/97.

È scontato che il contributo dell'Ufficio Scolastico Regionale per ogni singolo progetto risulta alquanto contenuto; esso serve ad integrare quanto la scuola presuppone di spendere ricorrendo al contributo finanziario garantito dagli altri soggetti istituzionali a supporto dell'ipotesi progettuale e certamente utilizzando anche il fondo d'istituto.

Bisogna considerare, poi, che in alcune regioni la distribuzione del funzionamento ministeriale avviene con effetto *ex post*, giacché esso viene quantificato sulla base del numero complessivo dei progetti presentati durante l'intero anno scolastico alla scuola-polo incaricata di vagliare i progetti e di applicare i parametri prefissati.

Ciò perché la circolare ministeriale n. 149 del 10 ottobre 2001, identificando le "scuole-polo regionali", ha assegnato loro il compito di coordinamento delle iniziative relative alle problematiche riguardanti l'istruzione domiciliare, le scuole in ospedale e la formazione del personale impegnato in tali ambiti.

Per quanto concerne specificamente le modalità operative, anche nel caso dell'istruzione domiciliare ci si trova di fronte ad una didattica fortemente innovativa.

Infatti, si ricorre al sistema *blended e-learning*, caratterizzato da una procedura "mista"; cioè, in parte si effettuano gli interventi in presenza presso il domicilio dell'allievo per alcune ore alla settimana e in parte si attiva il collegamento con la classe di appartenenza attraverso le tecnologie informatiche e telematiche.

A tale scopo le scuole-polo regionali detengono un congruo quantitativo di personal computer portatili che vengono dati in comodato d'uso alle famiglie degli studenti.

Passando alle questioni connesse con la formazione del personale docente in attività di servizio presso le scuole ospedaliere e impegnato nell'istruzione domiciliare bisogna subito precisare che l'argomento merita una particolare riflessione.

L'Amministrazione Centrale ha investito molto su tale versante, assegnando ad ogni Ufficio Scolastico Regionale le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione di iniziative mirate (anche di tipo residenziale) a soddisfare specifiche esigenze formative espresse territorialmente.

Proprio grazie a tali risorse è stato possibile realizzare in Calabria il seminario regionale intitolato "Problematiche psico-oncologiche negli interventi educativi e psicopedagogici per l'integrazione degli alunni ospedalizzati", svolto a Cosenza nella Casa delle Culture nei giorni 15 e 16 novembre 2002, nonché il seminario residenziale sul tema "Scuola in ospedale e istruzione domiciliare: problematiche educativo-didattiche e socio-sanitarie" tenuto ad Amantea (CS) nei giorni 16 e 17 dicembre 2006, i cui atti riguardano la presente pubblicazione.

Iniziative formative di carattere nazionale, invece, sono state organizzate e gestite direttamente dal nostro Ministero. Fra le tante, è da menzionare quella riguardante il Progetto *HSH@NetWork* ampiamente illustrata nel contesto di una relazione presentata durante questi lavori seminariali.

Il Progetto *HSH@NetWork* ha provveduto alla formazione di circa 300 docenti appartenenti alle 70 scuole di ogni ordine e grado presenti nelle diverse strutture ospedaliere dislocate su tutto il territorio nazionale.

In quella occasione i docenti hanno acquisito ed implementato le competenze in campo informatico e telematico in funzione di una didattica interattiva.

In tale contesto è da inquadrare anche l'adesione di 75 Direzioni Sanitarie e amministrative degli ospedali individuati dal nostro Ministero per la realizzazione in ogni scuola ospedaliera del cablaggio in rete *wireless* (collegamento in radio frequenza) o *wired* (via cavo).

L'impegno dell'Amministrazione Centrale nel campo della formazione registra ora un ulteriore passo in avanti con la programmazione del Seminario nazionale di studio e produzione intitolato "Diritto allo studio e servizio d'istruzione domiciliare: prospettive e sviluppo tra innovazione e continuità".

L'iniziativa, nella fase iniziale, risulta caratterizzata dall'attivazione, sin dal maggio 2007, di un Forum propedeutico (<http://scuolainospedale.istruzione.it/forum/>).

Il Forum stato ideato per approfondire il dibattito e per elaborare contributi rivolti ai gruppi seminariali di lavoro, costituiti per aree tematiche.

Scopo delle tre giornate residenziali viterbesi (26, 27 e 28 settembre 2007) è quello di coinvolgere 120 operatori provenienti dal mondo della scuola in una proficua riflessione e nell'elaborazione propositiva circa un "servizio finalizzato a promuovere il benessere e la crescita della persona, pur in situazione di difficoltà e risulta in costante espansione su tutto il territorio nazionale".

Il seminario promuoverà anche l'analisi e il confronto della complessa prestazione professionale del docente che effettua il servizio di istruzione domiciliare.

Nella giornata conclusiva saranno sottoposte all'attenzione del Ministro Beppe Fioroni alcune proposte in vista della revisione delle

“linee-guida per il servizio d’istruzione domiciliare” al fine di renderle più coerenti con i processi innovativi in atto.

Si tratta di un’opportunità sicuramente destinata ad offrire ulteriori strumenti per continuare ad impegnarsi lungo un itinerario sperimentale (basato su una proficua esperienza illustrata, se pur succintamente, nel presente intervento), che in tanti considerano innovativa e all’avanguardia.

## Bibliografia

- Chiappetta Cajola L., *Handicap e valutazione. La funzione di controllo e di regolazione nel processo formativo degli allievi disabili*, Anicia, Roma, 1998;
- Cottoni L. (2001), “Il ruolo del docente di sostegno”, in *La relazione di aiuto*, Corso di formazione per Docenti di sostegno realizzato dal MIUR, CSA di Pesaro Urbino, Area Sostegno, Pesaro-Urbino.
- Cottini L., *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Carocci editore, Roma, 2006;
- Rosso-G. Tartara, *Ci sono anch’io-Le TIC per l’accoglienza e l’integrazione*, Carocci Faber, Roma, 2006.
- Milito D., *Aggiornamento dei docenti e autonomia*, Erickson, Trento, (1999).
- Milito D., *Progettare in rete la qualità della scuola*, Anicia, Roma, 2004;
- Milito D., *Apprendere con...*, rivista bimestrale per i docenti, Anicia, Roma
- Notti A. M., *Strumenti per la ricerca educativa*, EDISUD, Sa, 2002
- Notti A. M – Coggi C., *Docimologia, Pensa multimedia*, Lecce, 2002
- Notti A. M., *Modelli statistici per la ricerca educativa*, Pensa Multimedia, Lecce, 2003

## Gli operatori delle scuole in ospedale della Regione Calabria presentano la loro esperienza

Regione Calabria



**Direzione Didattica - Cetraro**  
**Vitalina Scavella e Anna Roveto**

“Siamo alla nostra prima esperienza d’insegnamento nella scuola in ospedale ed operiamo presso il servizio “Scuola in Ospedale” del Presidio Ospedaliero di Cetraro A.S. n.1 Paola, afferente al Circolo didattico di Cetraro, in cui si stanno effettuando anche percorsi d’istruzione domiciliare con alunni con gravi patologie.

Questi itinerari d’istruzione e formazione ospedaliera e domiciliare si configurano, a nostro avviso, come significative opportunità di arricchimento della professionalità docente, particolarmente sotto il profilo psicopedagogico, all’interno di una organizzazione scolastica flessibile, che sollecita itinerari di riflessione, di innovazione e di ricerca metodologico-didattica verso strategie di personalizzazione e di diversificazione di percorsi di apprendimento.

Questi ultimi, certo, devono presentare sempre l’aspetto della ludicità e risultare “attraenti”, in coerenza con uno degli obiettivi presenti negli obiettivi di Lisbona.

Questo, naturalmente, per contribuire ad attenuare lo stato di disagio e di sofferenza derivanti dalla malattia.

Quello che noi cerchiamo di creare con i bambini e le bambine è un clima di fiducia e di stima reciproca, un clima collaborativo e amichevole, stimolando il dialogo, la conversazione, la discussione.

Essenziale è il coinvolgimento attivo delle famiglie, il raccordo con la scuola di provenienza, l’interlocuzione con gli operatori sanitari e con gli

enti locali ed il supporto del dirigente scolastico, che con noi condivide le problematiche in un'ottica di cooperazione e collaborazione.

Queste giornate di formazione, alle quali siamo liete di partecipare, si configurano come significative opportunità di confronto e di condivisione delle "buone" pratiche metodologico-didattiche e conferiscono senso e significato al nostro essere docenti nei percorsi d'istruzione ospedaliera.

Riguardo alla nostra esperienza d'insegnamento nella scuola in ospedale, per dimostrare la valenza di tale scuola, vogliamo citare il caso di un bambino che settimanalmente frequenta la struttura.

Il bambino in questione ha cinque anni; egli, inizialmente, affrontava con ansia e paura gli esami di routine e scaricava la sua rabbia, una volta finita la terapia, con atteggiamenti aggressivi verso la madre. Siamo riuscite ad integrarlo nel laboratorio scolastico ospedaliero e a ottenere il suo sorriso. Ora, quando l'infermiera viene a prelevarlo per gli esami la segue tranquillamente senza versare più una lacrima, a volte anche senza la presenza della madre. Una volta eseguiti gli esami, corre subito nella sezione allestita in ospedale e riprende motivato e sereno il lavoro sospeso.

La scuola di Cetraro intende documentare le esperienze didattico-metodologiche che sta effettuando nei percorsi d'istruzione ospedaliera e domiciliare. Contiamo, infatti, di pubblicare nel sito web della scuola, che vi invitiamo a visitare all'indirizzo [www.ddcetraro.it](http://www.ddcetraro.it), un percorso esperienziale dal titolo "Essere docenti nella scuola in ospedale".

Questo lavoro coinvolgerà alcuni specialisti di musicoterapia, di clownterapia e terapia del sorriso, che, a breve, saranno presenti in ospedale con le associazioni del territorio cetrarese ampiamente coinvolte insieme al Comune. A proposito di ciò, abbiamo ospitato una ricercatrice dell'Università di Firenze che ha illustrato a noi docenti e a tutti gli operatori ospedalieri l'importanza delle terapie sopracitate ritenute indispensabili per il bambino ospedalizzato.

Per quanto riguarda i collegamenti web tra la scuola in ospedale e la scuola dell'infanzia e primaria del circolo abbiamo ancora alcuni problemi che dovrebbero essere risolti a breve. Si auspica in tal senso che con i collegamenti web sia superata ogni eventuale forma di autoreferenzialità scolastica ospedaliera, creando un sistema efficace di interscambio con la scuola, le famiglie e il territorio nell'ottica di una "dimensione formativa integrata".



L'impianto progettuale di questa opera risulta ispirato ad un'idea di fondo, che è quella di raccordare l'impostazione teorica della problematica riguardante l'educazione e l'istruzione degli alunni in particolari condizioni di salute, ricca di idee e di principi scientificamente fondati, alla prassi didattica che da essa ricava senso e significato.

Per questo motivo illustri accademici e ricercatori impegnati nelle scienze dell'educazione e nelle scienze mediche (Cesare Pitto, Giovanni Schinzari, Giuliana Carosi, Giuseppe Spadafora) hanno offerto un importante contributo; contestualmente, agli operatori delle scuole ospedaliere è stato affidato il compito di illustrare le loro esperienze professionali, mentre a quelli impegnati nell'istruzione domiciliare è toccato disquisire sui vissuti e sui percorsi formativi posti in essere a seguito dei progetti appositamente elaborati.

Sicuramente di rilievo risultano gli obiettivi perseguiti, tra cui quello di partecipare incisivamente al dibattito di respiro nazionale riguardante la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare e di dare voce a quanti, concretamente, si adoperano per erogare il servizio formativo in circostanze particolari.

Ad un vasto pubblico, costituito da esponenti del mondo politico-istituzionale, del volontariato, del privato-sociale e ai genitori sono stati illustrati, per l'occasione, elementi informativi utili e indispensabili rispetto a quanto le istituzioni scolastiche, dotate di autonomia funzionale, realizzano a livello progettuale e organizzativo nell'affrontare determinate emergenze e intervenendo in luoghi tradizionalmente ritenuti impropri, se non del tutto estranei, allo scopo educativo.

Dai contenuti del testo è possibile desumere che situazioni di criticità non solo non inibiscono l'erogazione del servizio formativo, ma addirittura ne stimolano le inesplorate potenzialità, tanto da aspirare a raggiungere (attraverso la ricerca, la sperimentazione e adeguate forme di riqualificazione del personale in servizio) livelli fortemente innovativi e di eccellenza.

Il tutto supportato dall'uso delle più sofisticate tecnologie in funzione di una didattica d'avanguardia e senza perdere mai di vista il carattere di umanità che deve sempre contraddistinguere la relazione educativa.

*Domenico Milito*, dirigente scolastico dal 1981, è impegnato nell'associazionismo dei docenti e dei dirigenti scolastici. È docente a contratto di Didattica delle disabilità nel corso di laurea in Scienze della Formazione presso l'Università di Salerno. I suoi interessi di studio e di ricerca sono rivolti alle problematiche di politica scolastica e a quelle più strettamente educative e metodologico-didattiche.

Per queste edizioni ha pubblicato: *La didattica modulare nei suoi itinerari di progettazione e di autovalutazione* (2001); *La didattica speciale per il decondizionamento e l'integrazione* (2002); *Problematiche psico-oncologiche negli interventi educativi e psicopedagogici per l'integrazione degli alunni ospedalizzati* (2003); *Progettare in rete la qualità della scuola* (2004). Tra le altre pubblicazioni ritenute significative sono da annoverare: *Il diritto allo studio - dall'uguaglianza delle opportunità all'uguaglianza degli esiti formativi*, Laboratorio Edizioni, Cosenza (1989); *L'inserimento e l'integrazione degli handicappati nella famiglia, nella scuola, nel mondo del lavoro e nella società*, Jonia, Cosenza (1997); *Aggiornamento dei docenti e autonomia*, Erickson, Trento, (1999). *Organizzazione della didattica e gestione delle risorse umane nella scuola dell'autonomia*, Jonia, Cosenza (2005).

È direttore della rivista bimestrale "Apprendere con..."

ISBN: 978-88-7346-470-9



9 788873 464709

€ 19,00