

In questo saggio è trattata la gestione della didattica e della valutazione negli allievi BES in fase di ospedalizzazione anche da un punto di vista legislativo.

La gestione didattica dei BES in fase di ospedalizzazione

Prof. Michele Tarantino

Tutti i diritti riservati.

Il presente testo può essere utilizzato liberamente per motivi di studio, didattica e attività di ricerca purché sia presente il riferimento bibliografico.



Con il termine bisogni educativi speciali (abbreviato con l'acronimo BES) si indica l'insieme di tutti gli allievi che necessitano di didattica personalizzata o individualizzata al fine di fare fronte alle esigenze psico-didattiche adeguatamente certificate. Con tale termine ci si riferisce quindi ad un'ampia gamma di disturbi che vanno dal disturbo dell'attenzione, alla difficoltà di memorizzazione fino ad arrivare a difficoltà sociali, economiche o altri fattori esterni che possono influenzare il normale percorso di apprendimento. All'interno dei BES trovano collocazione anche gli allievi diversamente abili, che per la loro natura non possono eseguire tutti i compiti assegnati agli altri allievi ma necessitano di un supporto costante da parte di professionisti. Tutti gli allievi devono essere inclusi nel gruppo classe e pertanto bisogna predisporre tutti gli strumenti compensativi e misure dispensative atte per la loro integrazione.

L'inclusione sociale è uno tra gli obiettivi della politica di coesione dell'Unione Europea che sostiene l'inclusione sociale delle persone disabili e delle persone più svantaggiate. Queste difficoltà di apprendimento richiedono quindi interventi educativi e didattici individualizzati con il fine di valorizzare tutte le diversità e di attuare un cambiamento di approccio rispetto al recente passato. Infatti, è solo con la legge n°170 del 2010 che si definisce il termine DSA. Con la direttiva ministeriale del dicembre 2012, l'educazione inclusiva viene estesa ad altre categorie di BES, con particolare riferimento anche ai neoarrivati in Italia (identificato con l'acronimo NAI).

Fino ad allora, l'unico modello previsto era quello della legge 104 del 1992, la cui tutela comprendeva solo ed esclusivamente le persone disabili certificate da apposita commissione medica. Questo cambio di prospettiva introduce nuove modalità di apprendimento anche temporaneamente. Per i bisogni educativi speciali non inseriti nella casistica contenuta nella legge 104/92 non è previsto il supporto dell'insegnante di sostegno ma l'attivazione di percorsi educativi e di apprendimento inclusivi che richiedono la partecipazione e la collaborazione di tutti i docenti del consiglio di classe.

Il concetto di inclusione ruota intorno all'idea di una scuola dell'accoglienza che agevoli nel processo formativo tutti gli alunni. Rientrano quindi nei BES una vasta gamma di difficoltà in quanto tutti gli studenti hanno lo stesso diritto all'istruzione e non possono essere di conseguenza esclusi dalle opportunità che la scuola fornisce, anche per brevi periodi. La legge 170 riprende quindi l'articolo 34 della Costituzione Italiana, che recita *“La scuola è aperta a tutti. L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite*



per concorso” e all’articolo 38 che afferma “[...] Gli inabili ed i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale. [...]”.

A tutti gli allievi BES viene quindi predisposto un piano didattico personalizzato (il cosiddetto PdP), gestito e creato dal consiglio di classe e sottoscritto dalla famiglia. Solitamente viene fornita copia della dichiarazione medica ai referenti BES della scuola, i quali interagendo con il coordinatore di classe o con i singoli docenti, aiuta la stesura del PdP stesso. Tutti i BES devono produrre obbligatoriamente una certificazione. Nel PdP sono predisposti le misure dispensative e gli strumenti compensativi atti a migliorare e l’apprendimento degli allievi e garantire l’autonomia dello studente. Il PdP, oltre a contenere gli strumenti compensativi e le misure dispensative deve contenere quindi le modalità di verifica dell’apprendimento più consone ad ogni singolo discendente; è un documento flessibile e deve essere verificato ed eventualmente aggiornato in itinere dai singoli docenti. Per ogni singolo allievo devono essere considerati i vari fattori legati all’ambiente, alle potenzialità del soggetto, ai problemi cognitivi e relazionali noti. Nel PdP devono essere presenti le strategie di intervento, gli strumenti compensativi e le misure dispensative per ogni disciplina e i criteri di valutazione degli apprendimenti. Il PdP può essere quindi interpretato come un patto di corresponsabilità tra i docenti che formano il consiglio di classe e il confronto con le famiglie. Ognuno, nel rispettivo ruolo ben definito (docenti, allievi e famiglie), si impegna a onorarlo: la scuola attiva interventi di identificazione precoce di casi sospetti, organizza attività di recupero mirato e in seguito all’eventuale mancato recupero comunica alla famiglia la possibile presenza di un disturbo specifico dell’apprendimento; la famiglia attiva l’iter diagnostico rivolgendosi all’azienda sanitaria locale che attiverà gli opportuni esami e colloqui per predisporre la certificazione diagnostica che sarà consegnata dalla famiglia alla scuola per il protocollo e successivo invio al consiglio di classe.

Una volta che i docenti e la scuola prendono atto del disturbo specifico, la scuola stessa deve attivare i provvedimenti compensativi e dispensativi atti ad associare una didattica e valutazione personalizzata (stesura del PdP). La programmazione del PdP quindi dovrà permeare il corpo docente di ogni classe, in modo che la gestione e la programmazione di passi significativi non sia delegata a qualcuno dei docenti in modo esclusivo ma sia generata da una partecipazione integrale del consiglio di classe. La normativa sui BES o più specificatamente nei DSA (disturbi specifici dell’apprendimento) individua nelle scuole i soggetti incaricati di mettere a punto forme didattiche e modalità di valutazione appropriate al successo formativo degli alunni con DSA. Tale funzione impone alle scuole di dotarsi di personale docente adeguatamente formato mediante periodici momenti di formazione e di autoaggiornamento al fine di organizzare una didattica personalizzata comprendente le misure dispensative e gli strumenti compensativi basilari. L’attivazione degli



interventi formativi a ciò necessari spetta agli Uffici Scolastici Regionali che dovranno lavorare in sinergia con i servizi sanitari locali, enti di formazione o università. Le istituzioni scolastiche possono organizzare percorsi di formazione, anche collegandosi in reti di scuole, mirate allo sviluppo professionale di competenze specifiche differenziate anche per ordini di scuola e grado.

Con il compito di attivare reti fra scuole e servizi al fine di attuare pienamente l'inclusione degli alunni con BES nel percorso formativo, gli uffici scolastici regionali in accordo con il MIUR istituiscono Centri Territoriali di Supporto (abbreviato dall'acronimo CTS), composti dal dirigente scolastico, da almeno tre docenti curricolari e di sostegno e da un rappresentante dell'USR, da un operatore sanitario e da docenti specializzati.

Nei bisogni educativi speciali, rientrano anche tutti gli allievi che per determinate condizioni psicofisiche, hanno necessità di assistenza medica continua e vengono pertanto ospedalizzati. A tal proposito anche l'articolo 3 della Costituzione Italiana, afferma che “[...] E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”. È quindi diritto fondato di tutti gli allievi all'istruzione anche in sede ospedaliera. Per quanto riguarda la scuola in ospedale italiana una prima significativa comunicazione ministeriale è la CM 345 del 1986, avente per oggetto “Scuole elementari statali funzionanti presso i presidi sanitari”. In questa circolare si riconosce l'importanza rivestita dall'attività didattica rivolta ai bambini ricoverati nelle strutture ospedaliere, sia dal punto di vista del diritto all'istruzione sia per quanto riguarda il contributo offerto al benessere psicofisico de bambino. Il testo arriva addirittura a raccomandare una ricognizione delle necessità territoriali anche allo scopo di accertare “l'eventuale necessità di nuove istituzioni per garantire il servizio scolastico laddove il numero dei ricoverati in età scolare lo giustifichi”. Questa circolare riconosceva inoltre, la specificità e la delicatezza del lavoro dell'insegnante ospedaliero, sostenendo la necessità di un'adeguata formazione del personale docente anche dal punto di vista dell'uso delle tecnologie (intese allo stato attuale anche come tecnologie informatiche e telematiche) e dei sussidi didattici. Essa inoltre offriva l'opportunità ai singoli circoli didattici sede di plessi ospedalieri di richiedere ulteriori fondi per il funzionamento di tali scuole. Diverse sono state le circolari ministeriali successivi ma è solo con l'anno 2003 che sono stati prodotti due documenti particolarmente significativi. Il primo di essi è un protocollo d'intesa tra MIUR e il Ministero della Salute volto alla “Tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età affetti da gravi patologie, attraverso il servizio d'istruzione domiciliare”. Con tale accordo i due Ministeri si sono impegnati a promuovere, sostenere e sviluppare iniziative volte a garantire la presa



in carico globale dei minori malati, sia sotto l'aspetto sanitario sia scolastico, assicurando la continuità dell'intervento didattico e medico-assistenziale.

L'erogazione di servizi scolastici di qualità costituisce il fattore più importante nella prevenzione delle conseguenze psicosociali negative a lungo termine. Le difficoltà vissute da bambini e ragazzi malati hanno spesso ripercussioni a lungo termine, sebbene queste varino in base al tipo di malattia e alle reti di sostegno che si possono attivare a favore del nucleo familiare e del singolo bambino o ragazzo malato. I benefici che derivano dalla possibilità di avere un'istruzione scolastica vanno ben oltre la dimensione cognitiva e sono oggi ampiamente documentati e condivisi dalla comunità scientifica.

Per quanto riguarda l'istruzione scolastica di bambini e ragazzi malati, esistono attualmente tre possibili soluzioni, che si applicano a contesti diversi e in diversi stadi della malattia. Se l'allievo è ricoverato per un lungo periodo o se è sottoposto a numerosi ricoveri ricorrenti nel corso dell'anno scolastico, il servizio scolastico viene erogato direttamente in ospedale attraverso i plessi scolastici ospedalieri se presenti nella regione.

La scuola in ospedale è gestita da insegnanti ordinari, che hanno ricevuto un certo livello di formazione specifica sul campo per lavorare in ospedale (dalla formazione sulle norme igieniche da rispettare in ambienti protetti alle competenze psico-sociali per interagire con gli allievi e le altre persone interessate). Gli insegnanti di scuola in ospedale dovrebbero essere inseriti all'interno della équipe curante e possono partecipare alle decisioni relative al benessere psico-sociale dell'allievo su indicazione dei genitori. Il compito principale è quello di creare un ponte di collegamento e di ristrutturare linee di continuità e di sviluppo tra la vita quotidiana del giovane paziente e la sua scuola di appartenenza in modo da non farlo sentire escluso e integrarlo nella vita scolastica, così come sancito anche dalle direttive europee.

La semplice presenza della scuola in ospedale diviene un indicatore di qualità per lo stesso servizio sanitario nazionale. Essa infatti riesce ad offrire uno spazio di normalità, capace di fornire rassicurazione e contenimento dalle esperienze di dolore, isolamento e fragilità, vissute dal giovane malato. Così facendo, la scuola in ospedale consente di trasformare i vissuti di malattia, potenzialmente destabilizzanti per l'equilibrio emozionale dell'adolescente e del nucleo familiare, in occasione di crescita e sviluppo personale. Negli ultimi dieci anni, il trattamento ospedaliero di malattie croniche e a lungo termine sta cambiando radicalmente grazie alle nuove scoperte scientifiche. Si sta infatti passando dalla cura ospedaliera a sistemi di cura erogabili a casa o in *day Hospital*. All'interno di questo quadro, la soluzione per garantire continuità ai processi educativi è



rappresentata dalla scuola domiciliare. La scuola a domicilio può essere assicurata dagli stessi insegnanti di scuola in ospedale oppure da insegnanti della scuola di appartenenza dell'allievo. Questa soluzione è quella indicata anche dall'attuale normativa italiana anche se presenta alcuni limiti applicativi. Anche nel caso della scuola domiciliare, comunque, gli aspetti psico-pedagogici risultano di grande importanza: l'insegnante della scuola domiciliare non può certo essere colui che va a casa dell'allievo ripetendo la lezione.

Gli aspetti comunicativi e relazionali tra i ragazzi e l'insegnante e con i compagni di classe rivestono una importanza fondamentale nel gruppo e per le relazioni sociali, proprio al fine di strutturare efficacemente ogni successivo percorso didattico attraverso il dialogo e il confronto. I processi di apprendimento non dipendono da dinamiche che si realizzano in modo isolato nella mente del singolo individuo ma sono basate su sistemi che hanno origine e destinazione sociale. La chiave per fornire un'efficace scuola a domicilio è quindi quella che riguarda la capacità di strutturare relazioni, creando progetti condivisi tra alunno malato e compagni di classe, basati su processi comunicativi efficaci a tutti i livelli ed è per questo che le tecnologie informatiche e telematiche rivestono un ruolo cruciale, non solo per la didattica, ma anche per le relazioni stesse se pur a distanza.

Un gran lavoro di ricerca, tutt'ora ancora in fase sperimentale e di continua evoluzione e studio da parte di pedagogisti e psicologici, è stata svolta da Concetta Polizzi, ricercatrice presso l'Università degli Studi di Palermo, nel campo delle scienze psicologiche e pedagogiche. Nel suo lavoro del 2005. L'autrice ha svolto un laboratorio didattico con un gruppo di insegnanti di istruzione domiciliare, con lo scopo di riflettere sul senso e significato dell'accoglienza in tale contesto, elaborare una mappa dei bisogni reali degli insegnanti ed ipotizzare prassi didattiche ed operative. Il laboratorio ha seguito il modello *Labor* definito nella ricerca di *Perricone & Briulotta* del 2001 ed è stato articolato su tre fasi: comunicazione, operatività e ragionamento. La fase di comunicazione si è svolta recuperando le rappresentazioni degli insegnanti in relazione alla funzione del docente domiciliare. Questa fase ha condotto ad evidenziare subito due grandi esigenze: la prima di esse riguarda il bisogno di sviluppare specifiche competenze adatte alla gestione della propria emotività; la seconda si riferisce a all'esigenza di un riconoscimento del sé professionale, sia da parte degli attori coinvolti a casa (minore e famiglia), sia da parte della propria istituzione scolastica.

Per quanto riguarda la dimensione dell'operatività gli insegnanti hanno indicato quattro aree metodologiche cruciali: l'*assessment* (letteralmente valutazione), inteso come processo di conoscenza complessa dell'altro ed è capace di attivare percorsi educativi che si facciano carico della pluridimensionalità della persona; aspetti definiti di protezione, che va intesa nel senso



dell'attivazione di un sistema dinamico a tutela dell'alunno, costruendo assieme procedure finalizzate a metterlo in grado di gestire autonomamente le situazioni problematiche vissute; l'induzione di movimento, intesa come la capacità di attivare o riattivare nell'allievo dinamiche cognitive, emozionali, progettuali e relazionali; l'ascolto, inteso come un processo bidirezionale che chiama in causa una relazione con l'altro che si configura in buona parte come una relazione di aiuto volta a potenziare l'*empowerment* dell'alunno, ossia un processo di crescita personale. Questi aspetti sono considerati propedeutici ad ogni successiva possibilità di attivare processi di apprendimento nell'alunno.

Dal punto di vista normativo, un importante tentativo di mettere ordine nel campo dell'educazione domiciliare è rappresentato dal Vademecum sul Servizio di Istruzione Domiciliare, redatto nel dicembre 2003 nel corso del 1° Seminario Nazionale sul servizio di istruzione domiciliare organizzato dal MIUR a Viareggio. Tale vademecum specifica che 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 trenta 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.

L'attivazione del servizio di istruzione domiciliare potrà avvenire, successivamente al ricovero ospedaliero, solo in presenza di alcune gravi patologie (patologie onco – ematologiche, patologie croniche invalidanti, malattie o traumi acuti temporaneamente, malattie o patologie per le quali è richiesto un isolamento ambientale, ...). 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. Titolari della gestione del servizio di istruzione domiciliare sono gli Uffici Scolastici Regionali (USR) 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. Se nel territorio di competenza o nelle zone limitrofe non sono presenti docenti e formati sull'istruzione domiciliare, come specificato precedentemente, 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. 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. Solitamente le sezioni scolastiche presenti in ospedale si ritrovano in centri abitati di grandi dimensioni mentre nelle realtà provinciali bisogna ricorrere a personale docente interno.

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. Al fine di accelerare le procedure amministrative e rendere 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.

Una volta attivato il servizio, è necessario promuovere incontri tra il personale docente e quello della locale azienda sanitaria 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. 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. Potrà essere chiesta la collaborazione della scuola polo ospedaliera della regione in cui ha sede la struttura sanitaria priva di servizio scolastico. I docenti della classe dell'allievo, 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, bisogna tenere in considerazione sia il rapporto duale di insegnamento-apprendimento che richiede notevoli capacità attentive e quindi un carico orario ridotto. Fattori diversi che possono intervenire nella scelta delle discipline insegnate e del numero di ore è dettato anche dai fondi messi a disposizione



dall'amministrazione pubblica che non sarà trattato nel presente saggio, in quanto approccio meramente amministrativo-contabile e non didattico.

Per quanto riguarda l'approccio didattico, diversificato chiaramente per il tipo di patologia dell'allievo stesso, dovrà tenere conto di un insieme di informazioni che vanno dalle caratteristiche dell'intervento didattico domiciliare, alla durata della patologia stessa e dovrà tenere in considerazione eventuali disturbi già presenti nell'allievo stesso. Al fine di permettere l'inclusione di questi allievi e di facilitare l'apprendimento, le tecnologie informatiche giocano un ruolo decisivo in supporto agli allievi ospedalizzati. La didattica multimediale è decisiva nei processi formativi e di apprendimento dei discendenti. Strumenti di supporto allo studio forniscono la creazione di mappe concettuali o mentali, garantendo i collegamenti logici necessari; i concetti espressi nel testo possono essere schematizzati o riassunti in mappe digitali dove vengono annotati argomenti e informazioni primarie.

Questi programmi permettono di creare digitalmente mappe e spesso anche diagrammi, consentendo di arricchirli con diversi elementi multimediali, oltre ad immagini e video si possono inserire note vocali e personalizzare forme e layout dal punto di vista del colore e della disposizione di nodi e rami. Questo tipo di strumento viene utilizzato dai ragazzi delle scuole superiori, ma può essere utilizzato anche già nella scuola media. molto utili sono i software *Wolfram Alpha* e *GeoGebra* a disposizione in rete in modo del tutto gratuito, per far vedere ai ragazzi come le diverse variabili entrano in gioco nella risoluzione del problema, e come il cambiamento delle variabili indipendenti o vincoli agisce sul risultato finale. L'utilizzo di audiolibri o *E-Book*, disponibili in formato portatile PDF, possono essere letti da un sintetizzatore vocale o sono disponibili anche versioni lette da uno o più autori. Anche l'*E-Pub* è uno dei formati più diffusi nel mondo dell'editoria digitale ed è diventato uno standard specifico per la pubblicazione di *E-Book* che abbinano contenuto testuale e multimediale. A differenza di file in formato PDF, l'*E-Pub* è un formato aperto e interoperabile che consente al lettore di cambiare molte caratteristiche del testo come la grandezza e il font del carattere, così da permettere agli studenti con difficoltà o disabilità visive di personalizzare il layout e di adattarlo alle proprie esigenze. Per le lingue straniere possono essere utilizzati dizionari online e interattivi, che permettono con opportune associazioni di oggetti e parola di associare la giusta semantica alle parole straniere. Strutturando i documenti su collegamenti ipertestuali o usando strumenti di ricerca, gli allievi possono integrare i sostantivi con sinonimi e contrari.

La scelta di determinati strumenti compensativi deve essere svolta sul singolo discendente, valutando il grado di difficoltà, le debolezze e i punti di forza dell'allievo. Tra le altre caratteristiche



da tenere in considerazione c'è sicuramente la disinvoltura nell'utilizzo delle tecnologie informatiche: una scarsa attenzione o propensione verso l'utilizzo del calcolatore o di software specifici può comportare ulteriore stress per l'allievo, con possibilità di produrre risultati peggiori. È quindi il docente, assieme all'equipe che prende in cura l'allievo e se sono presenti, insegnanti di sostegno o educatori, che dovrà valutare in base alla disciplina gli strumenti tecnologici compensativi da adottare.

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 tramite opportune piattaforme e-learning, come ad esempio *Edmodo*. *Edmodo* è una piattaforma di *e-learning*, ideata nel 2008 da due responsabili informatici del distretto scolastico di Chicago e fornisce un ambiente operativo sicuro e semplice da utilizzare, dove studenti e professori, sotto l'occhio vigile dei genitori, possono continuare a cooperare anche al di fuori dell'ambiente scolastico e in orari differenti rispetto a quelli previsti dal calendario ministeriale. Sulla piattaforma *Edmodo* i docenti possono assegnare compiti e fornire spiegazioni, inviare schemi esplicativi e segnalare articoli di approfondimento relativi agli argomenti appena spiegati in classe. Da parte loro, gli studenti possono collaborare tra di loro in gruppi-studio, chiedere chiarimenti ai compagni di classe e ai professori e segnalare materiali di studio ai compagni di classe. In questo modo l'allievo, sempre tenendo conto delle sue capacità momentanee, può seguire l'andamento e considerarsi sempre parte attiva del gruppo classe, utile anche al miglioramento della patologia stessa. Dal punto di vista valutativo il MIUR raccomanda l'adozione di un portfolio delle competenze, anche se poi si suggerisce che questo debba essere compilato ed aggiornato dai docenti anziché essere autogestito dall'allievo stesso. Quando la salute migliora o nei momenti in cui alcune malattie sono in remissione o sotto il controllo dei farmaci specifici, l'allievo malato può rientrare a scuola. In alcuni casi, come per esempio nelle patologie oncologiche, questo rientro può avvenire dopo mesi o addirittura anni di assenza. Frequentare la scuola comporta benefici importanti che si estendono ben oltre l'aspetto prettamente curricolare, fornendo anzitutto la possibilità di stabilire relazioni tra pari, vivere nuove amicizie e ricevere sostegno sia in termini cognitivi, affettivi e relazionali. Per la famiglia la frequenza scolastica è associata ad un senso di normalità e quotidianità e proietta verso un futuro nuovo e pieno di speranze, dato che l'allievo che ricomincia a frequentare



la scuola non si percepisce più come un paziente, ma come un soggetto capace di funzionare regolarmente, dotato di parti sane che possono essere coltivate e possono riprendere a svilupparsi normalmente.

La gestione psico-pedagogica del rientro in classe appare determinante per la qualità di vita scolastica di chi è stato malato. È possibile che l'allievo sia timoroso di rientrare a scuola, ad esempio a causa di trasformazioni fisiche che ha subito oppure perché ansioso o depresso. Alcune ricerche provano che i bambini malati sono particolarmente sensibili e preoccupati di essere presi in giro o di subire forme di bullismo da parte dei loro compagni. È necessario quindi un intervento da parte dei docenti della classe, a parlarne prima del rientro a scuola dell'allievo, con tutto il gruppo classe, anche con la partecipazione di personale medico o psicologici per fronteggiare al meglio il rientro e mettere l'allievo stesso nelle stesse condizioni prima del subentro della malattia o patologia.

Anche gli insegnanti stessi non dovrebbero procurare stati di imbarazzo o tensione, come ad esempio fare togliere il cappello ad un ragazzo che ha subito interventi di chemioterapia. Quindi, la comunicazione è importante a tutti i livelli: dai docenti al personale scolastico per informare eventuali deroghe alle regole didattiche. È possibile che anche gli insegnanti possano sentirsi abbandonati a loro stessi. Alcuni esprimono timori e perplessità rispetto alla presenza in classe di bambini o ragazzi malati. Spesso non hanno conoscenze adeguate sulla malattia e non ricevono alcuna indicazione su come gestire eventuali problemi di carattere medico. Talvolta possono sentirsi impreparati di fronte al difficile compito di gestire le dinamiche socio-emotive del ritorno a scuola, le domande dei compagni, le preoccupazioni e le vulnerabilità di chi è stato malato e della sua famiglia.

È quindi di fondamentale importanza informare i docenti, anche con interventi di personale esterno alla scuola e specializzato, che può informare il corpo docente, durante riunioni formali come, ad esempio, il Collegio dei Docenti o corsi di aggiornamento specifici per trattare il caso. Tali corsi il più delle volte vengono proprio attivati alla presenza del caso di ospedalizzazione per formare il personale docente ed eventualmente non docente, alla gestione del caso stesso.

Il modo migliore per gestire questo tipo di situazioni consiste nel facilitare il rientro a scuola dell'alunno malato per mezzo di uno specifico progetto educativo. Un progetto di questo tipo potrebbe prevedere, ad esempio, che il medico curante riaccompagni il bambino in classe e lo aiuti a rispondere alle domande dei compagni; che egli incontri gli insegnanti, fornendo alla scuola le indicazioni essenziali per la gestione della malattia e i recapiti diretti del reparto che lo ha in cura. Con i bambini più piccoli l'uso di strumenti "mediazionali" come fotografie, il gioco con materiale sanitario e persino l'uso di bambolotti di pezza si è rivelato molto utile. In ogni caso, è importante ricordarsi che



bambini e ragazzi diversi vorranno condividere informazioni differenti con i loro compagni. Il bambino o ragazzo malato e la loro famiglia dovranno sempre avere l'ultima parola e il controllo sulle informazioni che si deciderà di fornire alla classe e alla scuola.

La comunicazione rimane sempre il miglior rimedio per la re-integrazione in classe e il confronto con i docenti e con il dirigente scolastico può sicuramente trovare la soluzione migliore. Nei casi in cui sia necessario, lo studente può sostenere in ospedale anche le prove scritte ed orali degli Esami di Stato conclusivi del primo e del secondo ciclo di istruzione. Tale richiesta va appositamente documentata e valutata sia da parte della sezione ospedaliera sia da parte della scuola di provenienza dello studente ospedalizzato. A tale proposito i Dirigenti scolastici acquisiranno per tempo la certificazione sanitaria dell'ospedale che attesti l'impossibilità a riprendere a frequentare la scuola anche per sostenere l'esame e avranno cura di segnalare per tempo ogni singola situazione al fine di predisporre gli eventuali provvedimenti di competenza di questo Ufficio ed ogni procedura per assicurare il regolare svolgimento degli esami di Stato di fine primo e secondo ciclo.

La normativa più recente in merito è l'articolo n°22 del DPR 62 del 2017 che afferma per gli alunni e le alunne, le studentesse e gli studenti che frequentano per periodi temporalmente rilevanti corsi di istruzione funzionanti in ospedali o in luoghi di cura, i docenti che impartiscono i relativi insegnamenti trasmettono alla scuola di appartenenza elementi di conoscenza in ordine al percorso formativo individualizzato attuato dai predetti alunni, ai fini della valutazione periodica e finale. Nel caso in cui la durata di ospedalizzazione sia prevalente rispetto a quella della classe di appartenenza, i docenti che hanno impartito gli insegnamenti effettuano lo scrutinio stesso, anche acquisendo tutti gli elementi necessari e confrontandosi con il consiglio di classe della scuola di provenienza.

In conclusione, ogni allievo che necessita di ospedalizzazione o assistenza sanitaria domiciliare che non può frequentare normalmente la scuola di appartenenza, dovrà produrre apposita certificazione medica che esaminata dal consiglio di classe tramite i referenti BES del plesso scolastico, provvederanno ad attribuire all'allievo un programma didattico personalizzato inserendo tutti gli strumenti compensativi necessari al raggiungimento della formazione e dell'educazione, così come previsto dalla legislazione vigente e dalla Costituzione Italiana.

Rimane sempre il fatto, che oltre alla legislazione vigente, il contatto umano rimane sempre un aiuto alla cura e al reinserimento nel gruppo classe e si rifà sempre al buon senso dell'insegnante, che in primis deve essere un educatore.



Riferimenti bibliografici e sitografici

URL: <http://www.treccani.it/vocabolario/apprendimento/>

URL: https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=34

URL: https://www.senato.it/1025?sezione=122&articolo_numero_articolo=38

URL: https://www.senato.it/1025?sezione=118&articolo_numero_articolo=3

URL: http://rivista.edaforum.it/numero23/LLL23_Capurso.pdf

URL: <https://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2004/vademecum.shtml>

URL: <https://www.fastweb.it/social/edmodo-cos-e-e-come-funziona-la-piattaforma-di-elearning-sociale/>

URL:

<http://usr.istruzione.lombardia.gov.it/wp-content/uploads/2018/05/MIUR.AOODRLO.11858.21-05-2018.pdf>

URL: <http://usr.istruzione.lombardia.gov.it/20180521prot11858/>



Autori vari. Concorso a cattedra 2018. 24 CFU per l'accesso a concorsi a cattedre e percorsi FIT. Edises. Napoli. 2018.

Woolfolk A. Educational psychology, London: Pearson Education. 2010.

Polizzi Concetta. I modelli: la prevenzione del burnout negli insegnanti dell'istruzione domiciliare. Perricone. 2005.

Polizzi Concetta, Morales MR. Aladino e la sua lampada. Il servizio "Scuola in Ospedale", una forma di tutela del minore. Roma: Armando, p. 138-154.

Perricone Briulotta G. Percorsi e metodiche di intervento in psicologia dell'educazione. Armando, Roma. 2001.

Capurso M., Bambini malati cronici a scuola. Difficolta di apprendimento, vol. 12, 1. 2006, p. 51-70.



Resta connesso e informato sui prossimi eventi, corsi e seminari:

Web

www.profmicheletarantino.com

Email

profmicheletarantino@gmail.com

Telefono

[349 83 54 521](tel:3498354521)

Facebook

[@micheletarantinodocente](https://www.facebook.com/micheletarantinodocente)

Instagram

[@profmicheletarantino](https://www.instagram.com/profmicheletarantino)

Hai bisogno di un modulo personalizzato? Non esitare a contattarmi!