Torre del Lago, 15/09/2022

### 

***REGOLAMENTO D’ISTITUTO***

***PER ISTRUZIONE DOMICILIARE (ID) E SCUOLA IN OSPEDALE (SIO)***

Il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca mette a disposizione due tipologie di servizi scolastici, SCUOLA IN OSPEDALE (SIO) e ISTRUZIONE DOMICILIARE (ID), affinché venga riconosciuto ai bambini e alle bambine, agli alunni e alle alunne, agli studenti e alle studentesse, il diritto di apprendere nonostante la malattia. (DPR n.122 del 22-06-2009)

Questi percorsi scolastici sono validi a tutti gli effetti e mirano a realizzare piani didattici individualizzati e personalizzati secondo le esigenze specifiche, per garantire a tutti la possibilità reale di fruizione all’istruzione e all’apprendimento anche a domicilio o presso luoghi di cura. Lo scopo principale è quello di aiutare i degenti in età scolare a intraprendere un percorso cognitivo, emotivo e didattico che permetta di mantenere i legami con il proprio ambiente di vita scolastico.

**ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE:**

* L’attivazione del servizio di ID può avvenire in presenza di ***gravi patologie*** (→ patologie onco-ematologiche, traumatiche o cronico-invalidanti) ***o*** ***patologie che richiedono terapie prolungate*** anche conseguenti ad un periodo di ospedalizzazione e tali da impedire la normale vita di relazione.
* Il servizio di ID può essere erogato nei confronti di alunni iscritti a scuole di ogni ordine e grado sottoposti a terapie che ne impediscono la frequenza scolastica per ***30 giorni anche non continuativi*** durante una parte dell’anno scolastico. Il servizio è erogato anche per periodi temporali non continuativi, qualora siano previsti cicli di cura ospedaliera alternati a cicli di cura domiciliare, oppure siano previsti e autorizzati, dalla struttura sanitaria, eventuali rientri a scuola durante i periodi di cura domiciliare.
* Il servizio di Istruzione Domiciliare deve essere ***richiesto dalla famiglia***.
* E’ necessaria un’idonea e dettagliata ***certificazione sanitaria*** rilasciata dal medico ospedaliero (C.M. n.149 del 10/10/21) e dai servizi sanitari nazionali → ESCLUSI medico di famiglia, aziende o medici curanti privati.
* L’ID è svolta dagli ***insegnanti della classe*** di appartenenza dell’alunno, ***in orario aggiuntivo***, saranno ore eccedenti il normale servizio e retribuite a parte. In mancanza di questi, l’ID può essere affidata ad altri docenti della stessa scuola che si rendono disponibili.
* Per gli ***alunni con L. 104/92*** l’ID potrà essere garantita dall’***insegnante di sostegno***, assegnato in coerenza con il progetto individuale ed il piano educativo individualizzato (PEI).
* Per la ***scuola primaria*** sono previste un massimo di ***4/5 ore settimanali*** in presenza.
* Per la ***scuola Secondaria di I grado*** sono previste un massimo di ***6/7 ore settimanali*** in presenza.
* Il Consiglio di Interclasse di Primaria o il Consiglio di Classe di secondaria di I grado dell'alunno elabora un ***progetto formativo*** indicando il numero dei docenti coinvolti, le discipline a cui dare la priorità e le ore di lezione previste. Tale progetto dovrà essere approvato dal Collegio Docenti e dal Consiglio d’Istituto, per poi essere inserito all’interno del PTOF.

**RIFERIMENTI NORMATIVI “Scuola in Ospedale” e “Istruzione Domiciliare”**

- Nota MIUR prot. n. 7736 del 27/01/2010

- Legge 13/07/2015, n.107

- DL 13/04/2017, n. 62

- DL 13/04/2017, n. 63

- Linee di Indirizzo Nazionali sulla Scuola in Ospedale e l’Istruzione Domiciliare adottate con Decreto del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca del 6/06/2019, n.461

- DL 7/08/2019, n. 96 “ Disposizioni integrative e correttive del DL 13/04/2017, n. 66, recante:

< Norme per la promozione dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell’art.1, commi 180 e 181, lettera c) della Legge del 13 luglio 2018, n. 107>”. Il servizio SIO e ID è trattato agli articoli 15 e 16.

***Presentazione progetto di Istruzione Domiciliare***

***A.s. 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_***

# 1) DATI DELLA SCUOLA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CODICE MECCANOGRAFICO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PROVINCIA: |  |  |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA:      PLESSO/SEDE | |  |  |
| SCUOLA: □ STATALE | | □ PARITARIA |  |
| ORDINE DI SCUOLA:    □ PRIMARIA □ SECONDARIA DI I GRADO | |  |  |
| DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO: | |  |  |

# 2) INFORMAZIONI SUL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

|  |
| --- |
| IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE SI SVOLGERÀ PRESSO:  □ DOMICILIO DELL’ALUNNO  □ OSPEDALE DOVE NON È ATTIVO IL SERVIZIO SCOLASTICO  □ DOMICILIO TEMPORANEO - SPECIFICARE:  □ CASA FAMIGLIA □ CASA ALLOGGIO □ STRUTTURA RIABILITATIVA  □ RESIDENZA PROTETTA □ ALTRO - SPECIFICARE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| IL PROGETTO:  □ È INIZIATO NEL CORRENTE A.S.    □ PROSEGUE DALLO SCORSO A.S. |

# 3) DATI RELATIVI ALL’ALUNNO

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A: |
| CLASSE FREQUENTATA: |
| ORDINE DI SCUOLA:  □ PRIMARIA □ SEC. I GRADO |
| L'allievo è in condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica di cui alla legge 5 febbraio 1992 n. 104?  □ SI □ NO |
| ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO ASSEGNATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| L'ALUNNO È STATO RICOVERATO:  □ SI □ NO |
| CERTIFICATO MEDICO EMESSO DA:  □ OSPEDALE □ MEDICO SPECIALISTA (SERVIZIO PUBBLICO) |
| PATOLOGIA DICHIARATA NEL CERTIFICATO: |
| □ IL CERTIFICATO MEDICO INDICA CHE L'ALUNNO NON POTRÀ FREQUENTARE LA SCUOLA PER ALMENO 30 GG ANCHE NON CONTINUATIVI  □ LA SCUOLA HA ACQUISITO LA RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER L'ISTRUZIONE DOMICILIARE  □ IL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE È INSERITO NEL PTOF D’ISTITUTO |
| DATA PREVISTA DI AVVIO DEL PROGETTO DI ID: GG/MM/AAAA |
| DATA PREVISTA DI TERMINE DEL PROGETTO DI ID: GG/MM/AAAA |
| DURATA PREVISTA (NUMERO DI SETTIMANE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NUMERO ORE DI INSEGNAMENTO PREVISTE A SETTIMANA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE (possibile barrare più caselle):    □ docenti del Consiglio di Classe/team docente  □ docente di potenziamento  □ docente di sostegno  □ altri docenti della scuola  □ educatore  □ altre figure SPECIFICARE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Possono essere richiesti contributi relativi **esclusivamente** alle ore aggiuntive di insegnamento prestate dai docenti. **Non** potranno essere assegnati finanziamenti per finalità diverse, quali: ore di programmazione, coordinamento del progetto, ore prestate da educatore comunale, spostamenti per raggiungere la sede dove si svolge l’intervento di ID, acquisto materiali, etc …

**4) DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

(in questa sezione è possibile indicare più opzioni)

|  |
| --- |
| MODALITÀ PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DIDATTICI    □ LEZIONE IN PRESENZA    □ ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Eventuali ulteriori informazioni sul progetto di ID |

**DISCIPLINE INDIVIDUATE DAL CONSIGLIO DI CLASSE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCENTE** | **DISCIPLINA** | **N. ORE IN PRESENZA** | **N. ORE ON LINE CON LA CLASSE \*** | **N. ORE ON LINE INDIVIDUALI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTALE ORE** |  |  |

**\*** Si prevede una connessione online con la classe nella mattinata, compatibilmente con lo stato di salute di ……. e con i suoi impegni legati alla terapia.

La distribuzione del monte ore domiciliare potrà subire variazioni correlate al divenire della situazione dello studente; in caso di difficoltà nell’espletamento di tutte le ore programmate.

I docenti di ………. e ……………. si dichiarano disponibili a far pervenire materiale relativo ai rispettivi contenuti attraverso i colleghi che svolgeranno lezioni domiciliari, o con modalità online, ritenendo più opportuno l’uso delle ore a disposizione per l’istruzione domiciliare per le altre materie.

Si dichiarano disponibili per l’istruzione domiciliare i docenti: ……………………………..

DATA Il Dirigente scolastico

Carlo Bartolozzi

##### 