

CONTRIBUTO TEORICO

Il pedagogista ospedaliero: una professionalità 'non-teaching' per la leadership e il coordinamento dei processi di cura in contesti pediatrici

The hospital pedagogist: a 'non-teaching' profession for the leadership and coordination of care processes in pediatric settings

Vanna Boffo, Università degli Studi di Firenze.
Marco Ceccarelli, Università degli Studi di Firenze.

ABSTRACT ITALIANO

Nell'ambito di un progetto di ricerca dottorale finanziato dal PNRR, è stato implementato uno studio di caso con metodologia mista presso l'Unità di Continuità Ospedale-Territorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer. L'indagine, protrattasi per un semestre, si è focalizzata sull'analisi delle diverse professionalità educative, formative e di cura operanti all'interno del contesto sanitario con l'obiettivo di delineare il ruolo di leadership pedagogica e le competenze ad esso afferenti. Queste ultime emergono come fattore cruciale per la gestione dei contesti scolastici ospedalieri, per l'efficace integrazione tra le dimensioni sanitarie ed educative, per la costruzione di partenariati territoriali e il supporto al reinserimento sociale post dimissione. Lo studio identifica il pedagogista ospedaliero come una nuova professionalità "non-teaching" di coordinamento e mediazione, essenziale per garantire la cura olistica e la continuità del progetto di vita del minore in contesti critico-complessi.

ENGLISH ABSTRACT

Within the framework of a doctoral research project funded by the PNRR, a mixed-methods case study was implemented at the Hospital-Community Continuity Unit of the Meyer University Hospital. The investigation, spanning a six-month period, focused on analyzing the various educational, training, and care professional roles operating within the healthcare context, with the objective of delineating the role of pedagogical leadership and its associated competencies. These competencies emerge as a crucial factor for the management of hospital-based educational settings, for the effective integration of clinical-healthcare and educational dimensions, for building community-based partnerships, and for providing structural support for post-discharge reintegration. The study identifies the hospital pedagogue as a new "non-teaching" professional role of coordination and mediation, essential for ensuring holistic care and the continuity of the minor's life project in critical and complex contexts.

Introduzione

La sanità contemporanea si confronta con la sfida sistematica della "continuità assistenziale", definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un modello di cura caratterizzato dalla successione ininterrotta di percorsi, prestazioni e processi assistenziali attraverso la sinergia tra servizi e professionisti, nonché un indicatore sensibile dell'efficacia del sistema sanitario (OMS, 2018).

Autore per la Corrispondenza: Vanna Boffo, Università degli Studi di Firenze; Marco Ceccarelli, Università degli Studi di Firenze.

E-mail: vanna.boffo@unifi.it; marco.ceccarelli@unifi.it

L'integrazione efficace tra ospedale e territorio è un elemento cardine che contribuisce a ridurre i disagi del paziente e dei familiari e a limitare i ricoveri ripetuti (OMS, 2018). Tuttavia, il superamento delle barriere organizzative richiede l'implementazione di meccanismi di coordinamento efficienti. La sfida si rivela particolarmente acuta dalla gestione del "paziente complesso" (Ministero della Salute, 2024b), definito da una interconnessione di complessità sanitaria (polipatologie, supporto tecnologico), assistenziale (perdita di autonomia) e ambientale (criticità del contesto abitativo e familiare).

In questo scenario, la gestione della cronicità, che assorbe il 70-80% delle risorse sanitarie globali, richiede un approccio transdisciplinare e interistituzionale (OMS, 2005). La gestione della dimissione ospedaliera di pazienti pediatrici affetti da fragilità e comorbilità complesse diviene quindi centrale, rendendo imperativa l'implementazione di modelli organizzativi che garantiscano la continuità non solo sanitaria, ma anche educativa e sociale.

A tal proposito, la letteratura pedagogica recente sottolinea l'urgenza di un dialogo generativo tra scienze mediche e scienze dell'educazione, per promuovere una visione integrata che superi la scissione tra cura del corpo e cura della persona (Zannini, 2008; Castiglioni, 2022).

Mentre alcuni settori educativi tradizionali, come evidenziato dalla *call for papers*, affrontano una "fuga dalla professione educativa" e una ridotta attrattività, contesti critico-complessi come quello sanitario evidenziano un bisogno emergente e opposto: la necessità di nuove figure professionali "non-teaching". Questi nuovi professionisti sono chiamati a operare con funzioni educative, formative e di cura all'interno di sistemi non primariamente educativi (Boffo, 2022).

La rilevanza di un'indagine sul ruolo pedagogico in ambito pediatrico risiede proprio in questa crescente complessità delle esigenze educative e terapeutiche dei minori ospedalizzati e delle loro famiglie. Emerge la necessità di definire con maggiore precisione il ruolo del pedagogista in un contesto critico-complesso come quello sanitario (Boffo, 2022).

È necessario qui operare una distinzione cruciale: sebbene la "Scuola in Ospedale" rappresenti una realtà storica consolidata e una cornice pedagogica riconosciuta che garantisce il diritto allo studio (Kanizsa, 2006), essa si focalizza sulla didattica scolastica. Manca tuttavia una formalizzazione della figura del "pedagogista ospedaliero" come professionista di sistema, distinto dal docente, capace di operare una leadership pedagogica sui processi di continuità educativa e di progettazione del proprio percorso di vita.

Il presente studio, partendo da un modello già sperimentato di formazione dei docenti della scuola in ospedale (Boffo, 2022), si propone di indagare le professionalità educative, formative e di cura che operano in contesti sanitari. La ricerca si colloca all'interno degli approfondimenti relativi alla Pedagogia del lavoro, alla Formazione continua e all'Educazione degli Adulti, rispondendo direttamente alla sollecitazione della call di esplorare le "Nuove professioni educative e formative nel campo del 'non-teaching'" e l'"innovazione nei servizi educativo-formativi".

L'AOU Meyer, sede dello studio di caso, rappresenta un osservatorio privilegiato per l'analisi di tali dinamiche. La ricerca, svoltasi nell'ambito di un programma di dottorato con una borsa PNRR, ha previsto un periodo di tirocinio semestrale (1° settembre 2024 - 28 febbraio 2025) presso l'UCOT.

L'obiettivo principale della ricerca è definire e delineare la figura professionale del pedagogista ospedaliero. Questo profilo è capace di mediare tra la dimensione educativa e quella sanitaria, al fine di garantire la cura più efficace per il minore ricoverato e il suo progetto di vita. Attraverso il coordinamento e la formazione del corpo docente da un lato, e la collaborazione interdisciplinare con il comparto sanitario e i servizi territoriali dall'altro, suddetto professionista mira a facilitare i processi di ricovero, degenza e dimissione.

Il focus della ricerca è la configurazione di una figura professionale di secondo livello, di matrice pedagogica, che coordini l'azione educativa in un'ottica di alleanza con tutti i soggetti coinvolti nello sviluppo sociale, emotivo e cognitivo del minore.

Gli obiettivi specifici della ricerca includono:

- Definizione di un nuovo modello politico ed organizzativo di cura in contesti sanitari;
- Miglioramento del benessere complessivo dei professionisti, dei minori e delle famiglie;
- Definizione operativa di una nuova figura professionale di secondo livello, il pedagogista ospedaliero;
- Studio delle relazioni del pedagogista con i professionisti sanitari, con le famiglie, con le scuole di provenienza e con il coordinamento scolastico;
- Armonizzazione del lavoro del personale scolastico.

Le tre domande di ricerca che hanno guidato lo studio, indagando i livelli macro, meso e micro, sono:

1. Qual è il ruolo del pedagogista nel contesto sanitario-ospedaliero per la cura più efficace e il reinserimento nel contesto di vita naturale?
2. Quali aspetti e caratteristiche del contesto organizzativo ospedaliero possono favorire e supportare il progetto di vita del minore prima, durante e dopo l'ospedalizzazione?
3. Quali sono le competenze di leadership del professionista dell'educazione che possono supportare i contesti critico-complessi come quello sanitario?

Metodologia di Ricerca

Il presente progetto di ricerca si configura all'interno del paradigma ecologico (Bronfenbrenner, 2002), con un approccio olistico, socio-costruttivista e critico-trasformativo. Adotta una metodologia di ricerca evidence-based con approccio misto, integrando metodi qualitativi e quantitativi (Creswell & Clark, 2018). Questo connubio facilita l'acquisizione di conoscenza superiore, permettendo di esplorare temi complessi difficilmente decifrabili con un solo approccio. La ricerca è di tipo empirico-osservativa, con un approccio descrittivo-interpretativo.

La metodologia privilegiata è stata lo studio di caso (Yin, 2018). Questa scelta è stata motivata dalla capacità di tale approccio di fornire una comprensione approfondita e contestualizzata di fenomeni complessi all'interno di setting reali.

Contesto di ricerca

Nel contesto dell'AOU Meyer, caratterizzato da elevata complessità organizzativa e relazionale, lo studio di caso si è rivelato pertinente per la sua natura flessibile, permettendo di investigare il ruolo pedagogico in un ambiente dinamico senza imporre categorie rigide. L'approccio olistico è stato cruciale per comprendere il paziente come parte di un sistema interconnesso (famiglia, équipe multiprofessionale di cura, servizi territoriali).

Si è trattato, in particolare, di uno studio di caso esplorativo, finalizzato a generare *insight* e ipotesi preliminari, data l'estrema peculiarità del fenomeno indagato e l'assenza di ricerche simili in ambito italiano. L'intenzione è di utilizzare questo studio come base per un futuro studio di caso multiplo, che permetterà di confrontare i risultati nel contesto più ampio dell'Unione Europea, al fine di migliorare la loro affidabilità.

La ricerca si è svolta presso l'Ufficio Continuità Ospedale Territorio (UCOT) dell'AOU Meyer. Fondato nel 1891, l'AOU Meyer rappresenta una delle prime istituzioni europee dedicate esclusivamente alla cura infantile. Riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel 1995, oggi è un punto di riferimento nazionale e internazionale. L'ospedale persegue una missione incentrata sulla cura pediatrica di qualità, la ricerca, la formazione e una visione di cura globale che integra la dimensione sanitaria ed educativa. L'analisi dei volumi di attività (2021-2023) mostra un trend in crescita per prestazioni ambulatoriali, accessi al pronto soccorso e interventi, con una significativa "attrazione extraregionale".

ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE



FIG. 1 ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE (AOU MEYER, 2025)

Il periodo di ricerca (settembre 2024 - febbraio 2025) si è concentrato su due strutture nevralgiche situate all'interno dell'ospedale:

- Il Family Center "Anna Meyer": Inaugurato in occasione del 130° anniversario, è una struttura innovativa progettata per rivoluzionare il modello di accoglienza di bambini e famiglie. Pone la famiglia al centro del processo di cura, offrendo supporto informativo e assistenziale. Al suo interno opera un'équipe di professionisti che gestisce molteplici servizi: accoglienza, psicologia ospedaliera, servizio sociale, mediazione linguistico-culturale, ospitalità per famiglie di pazienti extraterritoriali, Ufficio Relazioni con il Pubblico, la SIO e la continuità assistenziale.
- Il Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio: Questo servizio, dove si è svolto il tirocinio, si configura come un'interfaccia strategica tra ospedale, territorio e istituzione scolastica. Ha lo scopo di garantire la continuità del percorso assistenziale dei pazienti pediatrici, specialmente quelli con patologie croniche complesse. Le sue funzioni includono il mantenimento dei rapporti con le ASL e le strutture territoriali, la conduzione di riunioni periodiche per aree critiche (Terapia Intensiva Neonatale, Rianimazione), la compilazione della documentazione di handover, il coordinamento di incontri multiprofessionali e la formazione dei caregiver per la gestione domiciliare delle patologie. Il servizio gestisce anche la continuità del percorso educativo tramite il Referente Aziendale per la scuola ospedaliera.

TAB. 1: STRUMENTI DI RICERCA IMPIEGATI NELLO STUDIO DI CASO AOU MEYER

Strumento	Dettagli del Campione/ Dati	Descrizione e Funzione
Osservazione partecipante	800 ore totali (600 in sede)	Immersione <i>in vivo</i> semestrale con approccio etnografico.
Diario di bordo e Note	Quotidiano	Registrazione di dati fattuali, dinamiche relazionali e riflessività del ricercatore.
Anecdotal records	N = 154	Mappatura di eventi critici e verbalizzazioni chiave.
Griglie di osservazione	N = 92	Rilevazione strutturata su indicatori predefiniti (micro / meso / macro).
Analisi documentale	Statuto, Procedure, Mock Survey	Ricostruzione del quadro normativo e organizzativo formale.
Interviste semi- strutturate	N = 22 (Leader di cura)	Indagine su biografie professionali e percezione del contesto.
Focus Group	N = 6 (Sanitari)	Confronto sulla gestione delle dimissioni complesse (AOU Meyer vs AOU Careggi).

Data la natura esplorativa dello studio di caso multiplo, è stato adottato un campionamento non probabilistico di convenienza, selezionando partecipanti significativi e facilmente accessibili, con contatti facilitati dal tutor di tirocinio.

In questa prospettiva, la programmazione dei confronti con i diversi stakeholder è stata strutturata sulla base della loro rilevanza nella relazione educativo-terapeutica con il minore ospedalizzato e le sue famiglie. Sono state attenzionate le varie figure professionali di leadership all'interno del contesto ospedaliero e dei servizi territoriali ad esso correlati.

TAB. 2: PROFESSIONALITÀ E REALTÀ COINVOLTE NELLO STUDIO DI CASO AOU MEYER

	Realtà d'interesse	Ruolo
1	UCOT	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigente delle professioni sanitarie con funzioni di <i>bed management</i> • Direttrice del Family Center • Direttrice del Centro Salute Globale • Coordinatore Accoglienza • 2 Assistenti sociali • Coordinatrice Servizio di Psicologia Ospedaliera • Coordinatore URP • Coordinatrice Laboratorio Prevenzione e Promozione del Benessere nella Comunità • 4 Coordinatrici Infermieristiche ufficio continuità ospedale - territorio
2	Scuola in ospedale e servizi educativi ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> • Delegato USR Toscana SIO • 4 Dirigenti scuole polo di ogni ordine e grado • Responsabile Play Therapy AOU Meyer • 7 docenti ospedalieri di ogni ordine e grado • 3 tirocinanti SIO • Coordinatrice ABF • Coordinatore ARCA • 3 atelieriste ABF • Docente Volontaria Associazione Amici del Meyer
3	Area infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> • 10 coordinatrici infermieristiche di reparto • 3 formatori infermieristici a docenti per gestione casi complessi • Infermiera <i>Specialist</i>
4	Area medica	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario • Capo padiglione Maternità • 3 Dirigenti Sanitari • 2 Primari di TIN
5	Neuropsichiatria	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatrice infermieristica • Educatrice Professionale
6	Servizi comunali e regionali	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitatore percorso Scuola Salute ASL Firenze Centro • Coordinatrice Servizi 0-6 Comune di Firenze • 10 docenti ospedalieri con alunni cronico / complessi
7	Associazionismo e partecipazione dei genitori	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente Comitato di Partecipazione • 15 associazioni di genitori
8	Accoglienza per famiglie extraregionali	<ul style="list-style-type: none"> • 4 coordinatori di accoglienza presso 3 diverse organizzazioni

L'obiettivo principale è consistito nell'indagare approfonditamente sia i bisogni e le competenze che caratterizzano l'esercizio delle varie funzioni professionali a sostegno del paziente pediatrico, sia le dinamiche e le strutture organizzative dei servizi o istituzioni competenti. Tale analisi è finalizzata a definire con precisione il ruolo pedagogico in contesti pediatrici, concepito come un elemento di connessione e coordinamento tra i diversi saperi e discipline, quali educativa, medica, infermieristica, psicologica.

Lo studio finale ha coinvolto un totale di circa 100 partecipanti di cui 28 di essi consultati singolarmente e/o in piccoli gruppi. Nello specifico 22 professionisti intervistati individualmente e 6 partecipanti a un focus group. La totalità dei partecipanti ha ricoperto figure apicali e di leadership.

Per garantire la triangolazione metodologica, elemento cruciale nell'approccio misto, e per conciliare la profondità dell'analisi qualitativa con la sistematicità dei dati quantitativi, la raccolta di informazioni è stata condotta attraverso un corpus di strumenti che differiscono per grado di strutturazione.

Gli strumenti impiegati sono stati:

1. Osservazione partecipante strutturata e riflessiva: l'osservazione partecipante ha costituito il fondamento etnografico della ricerca, garantendo un'immersione in vivo nel contesto dell'AOU Meyer per un intero semestre (circa 800 ore totali, di cui 600 in sede). Questa tecnica è stata sistematizzata attraverso quattro componenti interconnesse:
 - Note di campo e giornale di bordo o diario riflessivo: strumenti essenziali per la riflessività metadiscorsiva. Hanno permesso di documentare non solo i dati fattuali e le dinamiche relazionali, ma anche le intenzioni, le interpretazioni e le risonanze personali del ricercatore in relazione ai livelli di analisi (micro, meso, macro).
 - Anecdotal records o episodi critici: un approccio semi-strutturato mirato alla mappatura di eventi relazionali e organizzativi ritenuti salienti o critici. Questa strategia ha consentito di documentare con fedeltà le verbalizzazioni chiave. Sono stati raccolti 154 anecdotal records.
 - Griglie di monitoraggio e osservazione: strumenti strutturati per la rilevazione sistematica e quantificabile di comportamenti bersaglio predefiniti. Le griglie, compilate in 92 occorrenze, sono state articolate sulle tre aree di interesse (micro, meso, macro) utilizzando un linguaggio rigorosamente descrittivo e non valutativo.
2. Analisi documentale: ha incluso l'esame di documenti ufficiali e procedurali dell'istituzione ospedaliera, tra cui lo Statuto Aziendale (AOU Meyer, 2019), la procedura "Azi 144" relativa alle dimissioni difficili e il report della *Mock Survey JCI* (*Joint Commission International*), al fine di ricostruire il quadro organizzativo e normativo formale.
3. Interviste semi-strutturate (N=22): tecnica qualitativa privilegiata per l'acquisizione di narrazioni approfondite sulle esperienze e le percezioni degli stakeholder apicali. Le interviste, guidate da aree tematiche predefinite (biografia professionale, ufficio/progetto di riferimento, interpretazione del contesto), hanno bilanciato la necessità di una cornice analitica con la flessibilità necessaria all'emergere di temi non previsti.

4. Focus group (N=6): utilizzato come tecnica complementare per stimolare la co-produzione di conoscenza e il confronto interattivo tra i professionisti sanitari. Il focus group si è concentrato specificamente sul tema della gestione delle dimissioni complesse, comparando le realtà organizzative dell'AOU Meyer e dell'AOU Careggi.

L'analisi dei dati ha seguito un approccio integrato, qualitativo e quantitativo, per rispondere alla natura mista della ricerca.

1. Analisi tematica (induttiva): Applicata ai 154 *anecdotal records* e alle note del giornale di bordo. Seguendo l'approccio di Braun e Clarke (2006), si è proceduto con la familiarizzazione, la codifica e l'identificazione di pattern di significato. Questo ha permesso l'emergere di otto aree tematiche principali, intese come potenziali ambiti di intervento del pedagogista ospedaliero, quali continuità assistenziale, scuola in ospedale e servizi educativi, famiglie e associazionismo, sistema di accoglienza, cura delle professioni, collaborazione interprofessionale, ecologia organizzativa, aggiornamento curriculare e ricerca scientifica.
2. Analisi deduttiva del contenuto: applicata alle trascrizioni delle 22 interviste e del focus group. Questo metodo è partito da un quadro teorico e una griglia di codifica predefinita a priori, derivata da una precedente revisione sistematica della letteratura. La griglia è articolata su tre livelli (Micro, Meso, Macro) e 8 macro-categorie: Micro: 1. Esperienze e formazione; 2. Competenze; 3. Bisogni professionali. Meso: 4. Funzione del servizio; 5. Aspetti e condizioni organizzative; 6. Collaborazione interprofessionale; 7. Lavoro di rete. Macro: 8. Ruolo del pedagogista.
3. Analisi quantitativa (frequenze e correlazioni): A seguito della codifica deduttiva, è stata condotta un'analisi quantitativa. È stata calcolata la frequenza (assoluta e percentuale) di occorrenza di ciascuna macro-categoria per mappare le tematiche dominanti. È stata inoltre condotta un'analisi delle correlazioni (co-occorrenze) tra le categorie per esplorare le interdipendenze e costruire un modello interpretativo più complesso.

Risultati

L'analisi dei dati raccolti attraverso l'approccio misto ha permesso di far emergere un quadro dettagliato delle dinamiche organizzative, delle pratiche professionali e delle opinioni e percezioni degli stakeholder, delineando le aree di forza e le criticità del sistema di cura in relazione al ruolo pedagogico. I risultati sono presentati aggregando le evidenze provenienti dai diversi strumenti.

L'esperienza di tirocinio (800 ore) ha permesso di osservare la dialettica tra dimensione educativa e sanitaria, focalizzandosi in modo specifico sulle strutture nevralgiche dell'UCOT e della SIO, estendendosi in parallelo all'esplorazione della via professionale di tutti i reparti.

L'analisi dello Statuto Aziendale rivela una *vision* istituzionale profondamente incentrata sul "lavoro di cura", intrinsecamente connesso alle dimensioni di didattica e ricerca, ponendo particolare enfasi sul mantenimento di standard elevati, sulla personalizzazione dell'assistenza e sulla centralità della formazione continua del

personale. In tale contesto, lo Statuto riconosce altresì il ruolo fondante delle associazioni di genitori come componente integrante e attiva del processo di cura.

Nonostante questo solido impegno direzionale, l'analisi della *Mock Survey JCI (Joint Commission International)*, condotta nel novembre 2024, ha evidenziato diverse aree di non conformità che richiedono interventi migliorativi.

TAB. 3: SINTESI DELLE CRITICITÀ EMERSE DALLA MOCK SURVEY JCI

Standard JCI	Area di miglioramento rilevata
IPSG.01 (Sicurezza)	Accuratezza nell'identificazione del paziente.
IPSG.02 (Comunicazione)	Efficacia dell'handover e passaggio di consegne.
PCC (Patient Centered Care)	Tracciabilità dell'educazione fornita a pazienti / famiglie e consensi informati.
ACC (Continuity of Care)	Chiarezza e completezza documentale nelle lettere di dimissione.

Sono state riscontrate criticità specifiche concernenti l'accuratezza nell'identificazione del paziente (IPSG.01), la necessità di ottimizzare l'*handover* attraverso una comunicazione efficace (IPSG.02) e l'urgenza di standardizzare la tracciabilità dell'educazione fornita a pazienti e famiglie, arricchendo contestualmente i consensi informati (in riferimento allo standard *Patient Centered Care - PCC*). Inoltre, è emersa la richiesta di maggiore chiarezza procedurale e completezza documentale nelle lettere di dimissione, in linea con lo standard *Access to Care and Continuity of Care* (ACC).

A livello di dinamiche organizzative, l'osservazione sul campo ha parallelamente rivelato significative criticità relative al benessere lavorativo del personale, caratterizzate da diffusi sentimenti di affaticamento e frustrazione. Si sono inoltre palesate notevoli sfide nell'integrazione territoriale e nella gestione delle dimissioni complesse, con particolare riguardo alla necessità di assicurare una formazione tempestiva e adeguata ai caregiver del minore.

L'osservazione partecipante ha confermato la centralità funzionale dell'UCOT come snodo nevralgico per la gestione della continuità assistenziale, per l'organizzazione logistica dei percorsi di cura e per l'attivazione della SIO. Ciononostante, è emerso che il baricentro operativo dell'UCOT rimane polarizzato su considerazioni di natura prettamente sanitaria, amministrativa e logistica, suggerendo un significativo potenziale di sviluppo nell'integrazione delle competenze educative e pedagogiche..

Tale carenza è stata corroborata dalla rilevazione di criticità specifiche, tra cui:

1. La mancanza di una strumentazione dedicata per la raccolta sistematica dei dati pedagogici e l'assenza di un sistema di rendicontazione omogeneo per la SIO.
2. La discontinuità nella partecipazione delle figure mediche e psicologiche ai comitati operativi della SIO.

3. L'evidenza di tensioni interprofessionali, esemplificate da un episodio critico che ha visto contrapporsi un'educatrice e un'infermiera riguardo il valore della scuola dell'infanzia, percepita da quest'ultima come un mero incremento del carico di lavoro.

L'analisi quantitativa condotta sulle 92 griglie di monitoraggio e osservazione ha permesso di confermare, in modo empirico, il baricentro operativo del contesto ospedaliero e delle funzioni di continuità assistenziale. La distribuzione delle frequenze di occorrenza degli *item* rivela una marcata enfasi sugli aspetti logistico-organizzativi e di collaborazione sanitaria, a discapito della dimensione specificamente educativa e della cura delle professioni.

TAB. 4: FREQUENZA DELLE AZIONI PROFESSIONALI OSSERVATE (N=92)

Categoria di Azione	Frequenza Rilevata	Interpretazione
Collaborazione multidisciplinare	78%	Forte orientamento al lavoro d'équipe clinico.
Promozione lavoro di rete	69%	Funzione di facilitazione logistica e di connessione.
Coordinamento d'équipe	62%	Partecipazione a briefing sanitari.
Attenzione ai bisogni educativi	26%	Scarsa integrazione della dimensione pedagogica.
Dialogo con scuole esterne	16%	Criticità nella continuità scolastica territoriale.
Supervisione pedagogica	0%	Assenza totale di supporto alla cura delle professioni.

I dati mostrano una netta prevalenza di indicatori relativi alla gestione del sistema e alla collaborazione intra-ospedaliera, riflettendo il paradigma sanitario dominante e l'obiettivo primario di garantire l'efficienza procedurale e logistica della dimissione:

- Collaborazione multidisciplinare. L'elevata frequenza dell'item "Opera... in équipe multidisciplinare" (78%) e "Frequenta sessioni di coordinamento d'équipe" (62%) conferma che l'azione professionale è fortemente orientata al lavoro di gruppo, ma prevalentemente all'interno della cornice clinica e assistenziale.
- Gestione logistico-organizzativa. L'indicatore "Affronta e dirada questioni organizzativo-logistiche" (60%) e la frequenza nell'azione di "Promuove e facilita il lavoro di rete..." (69%) sottolineano la funzione prevalente di problem solving logistico e di networking come risposta all'urgenza quotidiana.

- Questi dati quantificano il ruolo cruciale svolto dai professionisti come facilitatori di processi complessi, ma evidenziano come tale ruolo sia prioritariamente orientato alla riduzione della frizione organizzativa e sanitaria.
- In netto contrasto, l'analisi rileva una significativa sotto-rappresentazione degli indicatori focalizzati sull'aspetto educativo e sulla continuità formativa del minore, riflettendo una marginalizzazione del focus pedagogico nella prassi osservata:
- Riconoscimento dei bisogni educativi. Solo il 26% delle osservazioni include l'*item* "Prende in considerazione i bisogni educativi del bambino", indicando che la dimensione evolutiva e di apprendimento non è prioritaria né sistematica nel briefing o nell'azione quotidiana.
- Connessione con il sistema scuola. Vi è una partecipazione estremamente limitata del sistema scolastico. L'indicatore "Dialoga con le figure educative di riferimento" si ferma al 23%, e l'azione di "Interpella le scuole polo e/o le scuole di provenienza" è quasi residuale, attestandosi al 16%. Questo dato conferma una scarsa integrazione e coordinamento tra la SIO e l'ambiente scolastico territoriale di riferimento del minore, ostacolando di fatto la continuità educativa.

Il risultato più critico è l'assenza totale (0%) di indicatori relativi a "Sessioni di supervisione psicologica" e "Sessioni di supervisione pedagogica". Questa totale mancanza non è un'anomalia statistica, ma l'evidenza di una criticità sistemica e di una grave lacuna organizzativa nella cura delle professioni d'aiuto. In un contesto ad altissimo carico emotivo e relazionale come quello pediatrico, l'assenza di pratiche strutturate di supervisione espone il personale a un elevato rischio di esaurimento e compromette la sostenibilità a lungo termine della qualità del servizio erogato.

L'analisi tematica dei 154 episodi critici ha permesso di identificare 8 aree tematiche principali (Tabella 2). Questa analisi ha fornito una mappa delle problematiche quotidiane.

Le tematiche più frequenti relative alle famiglie, all'organizzazione e alla continuità assistenziale hanno guidato la successiva selezione dei partecipanti per le interviste e i focus group.

L'analisi deduttiva del contenuto, applicata alle 22 interviste individuali e al Focus Group (N=6), ha permesso di sondare le prospettive dei leader di cura sui livelli micro, meso e macro, evidenziando una significativa disomogeneità organizzativa e un quadro complesso di fabbisogno di competenze.

Il Focus Group, incentrato sul tema della continuità assistenziale, ha rivelato una significativa disomogeneità strutturale e operativa tra l'AOU Meyer e l'AOU Careggi. La prima opera attraverso un modello strutturato che si avvale di una unità operativa dedicata e formalizzata (UCOT), attiva dal 2011, capace di centralizzare le richieste e di implementare azioni proattive come la formazione dei caregiver anche in modalità telemedicina per i pazienti extra-regionali. Al contrario, l'AOU Careggi mostra un approccio non standardizzato e "ad personam", con evidenti limiti di risorse (es. assenza di un assistente sociale dedicato ai pazienti con vulnerabilità sociale). Tale deficit strutturale si correla a una durata media di degenza superiore e a difficoltà nella gestione delle dimissioni, spesso posticipate. Le criticità riscontrate a Careggi rinforzano la validità e

l'efficacia del modello organizzativo Meyer come punto di riferimento per l'ottimizzazione del servizio di continuità.

TAB. 5: ANALISI TEMATICA ANECDOTAL RECORDS (AR)

Area Tematica	Sotto temi	Numero AR
Continuità assistenziale	Coordinamento/Formazione personale territoriale/ Dimissioni/Famiglie/ Competenze	58
Scuola Ospedaliera e servizi educativi	Condizioni lavorative/Organizzazione didattica/ Dati e valutazione/Rapporti e collaborazioni esterne/ Personale e competenze/ Famiglie	47
Famiglie e associazioni	Accoglienza e orientamento/ Comunicazione/ Supporto/Casi critico-complessi/Continuità post dimissione	65
Cura delle professioni	Supervisione, Formazione e aggiornamento/ Clima organizzativo/ Motivazione/ Competenze relazionali e comunicative	34
Sistema di accoglienza	Rete/Educazione/Servizi/Coordinamento/ Famiglie/Competenze	11
Collaborazione interprofessionale e transdisciplinare	UCOT/SIO/Personale sanitario/ Dirigenti/Infermieri/Medici/Psicologi/Competenze	44
Ecologia organizzativa	Politiche aziendali/ Spazi e logistica/Strumenti e procedure/Comunicazioni/Coordinamenti/ Gestione personale	59
Ricerca Scientifica e Aggiornamento Curriculare	Formazione/Competenze relazionali e comunicative/Competenze sanitarie/Metodologia educativo-didattica	16

Questa differenza strutturale è riflessa nell'analisi delle interviste con il personale sanitario e i coordinatori (Area 1), per i quali la sfida principale è proprio la discontinuità ospedale-territorio. Qui, le categorie più frequentemente citate sono state quelle relative agli Aspetti e Condizioni Organizzative (Meso 5, f. > 180) e alle Competenze (Micro 2, f. > 140). Emerge un bisogno collettivo di una "struttura di regia" che governi la complessità e superi il disorientamento familiare, confermando la natura multidimensionale (non solo clinica, ma anche psicologica, sociale e burocratica) dei bisogni delle famiglie.

L'analisi condotta sull'Area 2, relativa alla SIO e ai servizi educativi, evidenzia un profondo paradosso funzionale: pur essendo universalmente riconosciuta come un presidio fondamentale per il benessere olistico del minore, l'operatività della SIO risulta

sistematicamente ostacolata. Questa problematica si riflette quantitativamente nella marcata enfasi posta dai leader di cura sulle Competenze (Micro 2, f. > 110) e sulla necessità di Collaborazione Interprofessionale (Meso 6, f. > 110). Qualitativamente, l'azione della SIO è limitata dalla presenza di significative barriere burocratiche, che frenano l'attivazione di convenzioni efficaci tra l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e l'ente sanitario, e da una cronica carenza di coordinamento strutturato con le scuole del territorio di provenienza del minore. A ciò si aggiunge un persistente deficit di riconoscimento del valore del ruolo educativo, manifestato dalla necessità di superare resistenze e la sottostima del contributo pedagogico da parte di altre figure professionali. In sostanza, sebbene la SIO rappresenti un servizio vitale, il ruolo pedagogico non è ancora pienamente sistematizzato e richiede un urgente legittimazione formale, accompagnata da una formazione specifica per i docenti che operano in tale contesto complesso.

Il punto di maggiore vulnerabilità assistenziale è identificato nella fase post-dimissione (Area 3 - Famiglie e Associazioni), descritta come un "vuoto assistenziale" che genera profondo disorientamento e accresce la domanda di supporto psicologico per l'elaborazione del lutto e della cronicità.

In questa fase, le associazioni di genitori assumono un ruolo cruciale e vicariante (Meso 4 - Funzione Servizio, f. > 95; Meso 6 - Collaborazione, f. > 95), colmando le lacune istituzionali, fungendo da ponti comunicativi e svolgendo un'efficace funzione di advocacy e di sostegno tra pari, basata sull'esperienza diretta.

Contemporaneamente, l'analisi del sistema di accoglienza (Area 4) mostra una marcata prevalenza di problematiche legate alle Condizioni Organizzative (Meso 5, f. > 230). La crisi di visione strategica e l'alto turnover (dovuto in parte a contratti precari) evidenziano che il personale di accoglienza, pur gestendo un elevato carico emotivo e mediando conflitti, risulta spesso non adeguatamente valorizzato. Ciò amplifica il bisogno di formazione continua e supervisione.

Nonostante la categoria esplicita "Ruolo del Pedagogista (Macro 8)" mostri una frequenza di occorrenza contenuta rispetto ai temi operativi e organizzativi, i risultati qualitativi e l'analisi di correlazione ne affermano in modo incontrovertibile la necessità implicita e trasversale per la gestione della cura olistica.

La figura potenziale del pedagogista viene concettualizzata dai leader di cura come un "filtro" o "fulcro" richiesto per esercitare funzioni essenziali di mediazione e raccordo, che si articolano in tre ambiti principali. La sua azione è volta alla facilitazione comunicativa, mediatrice tra i linguaggi tecnico-sanitari e i codici familiari ed educativi; al raccordo sistematico, agendo come ponte proattivo tra ospedale, territorio, scuola e servizi sociali, in particolare nella delicata fase post-dimissione; e all'intercettazione dei bisogni latenti, manifestando la capacità di cogliere e dare voce alle esigenze non esplicitate da pazienti, famiglie, volontari e professionisti. L'analisi delle correlazioni rafforza questa configurazione, dimostrando che, quando il ruolo pedagogico (8) viene richiamato, è sistematicamente associato alla necessità di competenze (2) specifiche, di una funzione servizio (4) chiaramente definita e di una collaborazione (6) efficace. Questo delinea il pedagogista ospedaliero come la figura di leadership necessaria per governare la complessità relazionale e per concretizzare operativamente la visione olistica della cura.

Discussione

I risultati convergono nel rappresentare la professionalità pedagogica come un costrutto dinamico, relazionale e intrinsecamente situato. Il ruolo non è univoco, ma si modula in base al contesto operativo (UCOT, SIO, sistema di accoglienza). L'efficacia della professionalità pedagogica in questo contesto non si fonda su un'autorità gerarchica, ma su un modello di leadership pedagogica diffusa e riflessiva. "Diffusa" perché agisce trasversalmente come catalizzatore di sinergie tra attori e discipline. "Riflessiva" perché postula una costante auto-analisi critica per governare l'incertezza e l'elevato carico emotivo.

Come emerso dai risultati, questa leadership si fonda su cinque macro-aree di competenza interdipendenti:

- Competenze di progettazione pedagogico-educativa: il nucleo epistemologico, focalizzato sulla progettazione sistematica (non solo didattica) basata sull'osservazione dei bisogni latenti. Questa postura richiede al pedagogista di abitare la "pratica dell'aver cura" (Mortari, 2006) non come semplice assistenza, ma come promozione dell'esercizio dell'altro, anche nella fragilità della malattia.
- Competenze comunicativo-relazionali: il tessuto connettivo; include la mediazione tra i diversi linguaggi (clinico e pedagogico) e la gestione generativa dei conflitti.
- Competenze di coordinamento, organizzazione e lavoro di rete: il fondamento strategico (livello meso/macro); include l'analisi dei contesti organizzativi e il project management per tessere reti proattive.
- Competenze di leadership e advocacy: la capacità di promuovere il ruolo, facilitare il senso di appartenenza e sostenere i diritti.
- Competenze riflesse e metariflessive: la "competenza delle competenze"; la capacità di auto-analisi e apprendimento dall'esperienza per gestire la complessità emotiva.

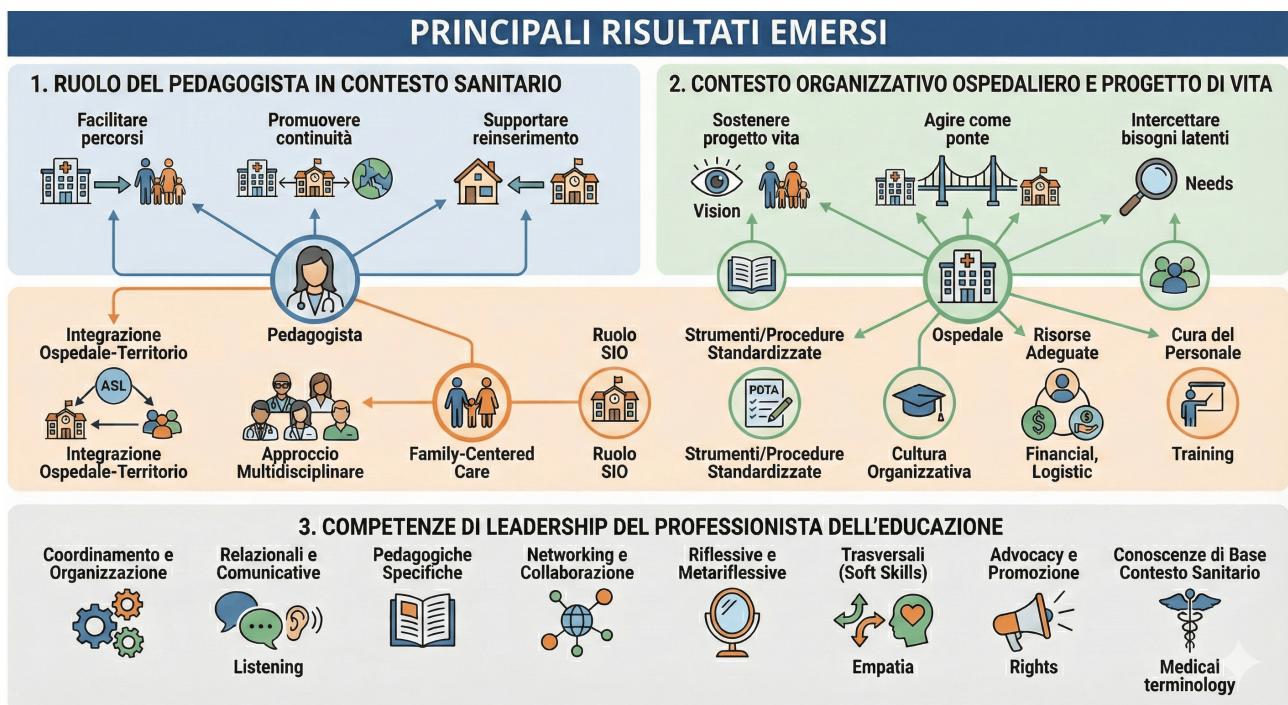
La Figura 2 riassume i principali risultati emersi in risposta alle tre domande di ricerca.

A livello macro, emerge l'obiettivo strategico di definire e legittimare pienamente l'identità del ruolo pedagogico, evolvendo da una concezione "ancillare" o "animativa" verso la piena affermazione della sua funzione strategica all'interno dei processi di cura. Tale evoluzione identitaria sollecita, a livello meso, un ripensamento proattivo dei modelli organizzativi: si presenta l'opportunità di superare la dominanza del paradigma biomedico e le logiche settoriali, promuovendo condizioni strutturali favorevoli a una reale integrazione. Parallelamente, l'imperativo funzionale della collaborazione interprofessionale, anziché rappresentare un ostacolo, invita allo sviluppo di linguaggi e culture professionali condivise, capaci di valorizzare i diversi saperi oltrepassando le implicite dinamiche di potere. La prospettiva più significativa per l'innovazione organizzativa riguarda tuttavia la sostenibilità e il benessere professionale.

I dati quantitativi emersi dall'analisi, evidenziando una totale assenza (0%) di supervisione pedagogica o psicologica a fronte di un elevato carico emotivo e di frustrazione percepita, configurano l'istituzione di tali supporti non solo come un bisogno emergente, ma come un investimento strategico e non procrastinabile. Tale intervento è volto a prevenire il rischio di burnout e a garantire la sostenibilità qualitativa delle diverse professioni di cura. Infine, la sfida della valutazione in un contesto evidence-based si

traduce in un compito innovativo per la professione, chiamata a sviluppare e implementare metodologie rigorose capaci di validare l'impatto qualitativo e longitudinale dei propri interventi.

FIG. 2: RISULTATI EMERSI SUDDIVISI PER DOMANDA DI RICERCA



Conclusioni

Il percorso di ricerca ha fornito una mappa empiricamente fondata della configurazione della professionalità educativo-pedagogica all'interno della complessa realtà dell'AOU Meyer, sottolineandone il contributo principale nell'evidenziare la sua natura sistemica e relazionale. L'efficacia del pedagogista non risiede unicamente nelle sue competenze a livello micro, ma soprattutto nella capacità di interagire con le dinamiche organizzative a livello meso e di garantire la legittimazione e il posizionamento strategico del suo ruolo nel contesto macro. La professionalità pedagogica efficace in ambito sanitario è costantemente definita dalla sua capacità di navigare le tensioni costitutive del ruolo: in particolare, la dialettica tra l'affermazione di una specifica identità professionale e la necessaria integrazione dei confini all'interno dell'équipe; il bilanciamento tra l'autonomia progettuale e la dipendenza dalle gerarchie e dalle procedure sanitarie; la gestione della risposta all'urgenza immediata — come l'ansia o il dolore — in relazione alla visione del progetto a lungo termine, finalizzato alla resilienza e all'apprendimento; e, infine, la tensione fondamentale tra la cura dell'altro, specialmente del paziente vulnerabile, e l'inderogabile cura di sé, essenziale per la prevenzione del burnout.

Le implicazioni di questo studio sono molteplici e allineate con gli indirizzi della Call 47. Sul piano della pratica e dell'innovazione nei servizi, si conferma la necessità di sviluppare competenze avanzate di networking, advocacy e reflective practice. Sul piano della formazione universitaria, si ribadisce l'urgenza di percorsi formativi che includano

una solida comprensione del sistema sanitario e, in particolare, l'istituzionalizzazione delle pratiche di supervisione pedagogica, la cui assenza è stata oggettivamente rilevata. I risultati forniscono argomenti empirici robusti per il riconoscimento formale e l'investimento su questa nuova professionalità "non-teaching". Integrare la pedagogia non come un servizio accessorio, ma come una componente essenziale di una cura di alta qualità, rappresenta la sfida culturale e politica cruciale. Si tratta di inverare quel paradigma delle Medical Humanities che vede nell'alleanza tra competenze cliniche e sguardo pedagogico la chiave per una reale umanizzazione delle cure (Bertolini, 2003; Castiglioni, 2022).

In conclusione, è essenziale contestualizzare i risultati riconoscendone i limiti. Il principale è la generalizzabilità limitata dalla natura di studio di caso singolo, svolto presso un centro di eccellenza quale l'AOU Meyer. Non si possono escludere, infine, i bias metodologici inerenti all'osservazione e all'intervista, uniti ai vincoli temporali del periodo di ricerca di sei mesi. Questo studio spera nondimeno di aver contribuito a stimolare un dialogo informato tra pedagogia, sanità e politica, promuovendo la visione di un futuro in cui la presenza pedagogica negli ospedali pediatrici sia una componente strutturale, riconosciuta e valorizzata, capace di rendere l'esperienza della cura un'occasione non solo di guarigione fisica, ma di apprendimento e formazione umana.

Note agli autori

Vanna Boffo ha ideato, guidato e orientato le ricerche di cui il saggio è espressione, ricoprendo il ruolo di referente scientifico del progetto; ha curato nello specifico la stesura dell'*Introduzione*, del *paragrafo 1. Metodologia della ricerca e del paragrafo 4. Conclusioni*.

Marco Ceccarelli ha condotto il lavoro sul campo e la raccolta dei dati sia in Italia che in Spagna (interviste, focus group, questionari e osservazione partecipante) e ha eseguito l'analisi formale dei dati. Ha redatto il *paragrafo 2. Risultati* e il *paragrafo 3. Discussione*.

Bibliografia

- AOU Meyer, (2025). <https://www.meyer.it> (11/2025)
- AOU Meyer, (2019). <https://www.meyer.it/images/pdf/statuto-aziendale/XXX-statuto-aziendale.pdf> (11/2025)
- Bateson, G., (2003). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi. (Originariamente pubblicato nel 1972)
- Bertolini, P. (2003). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia.
- Boffo, V. (2022). *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Editpress, ISBN: 979-12-80675-15-6.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U., (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino. (Originariamente pubblicato nel 1979)
- Castiglioni, M. (2022). The Education Specialist in Healthcare. *Pedagogia oggi*, 20(2), pp. 50-59. <https://doi.org/10.7346/PO-022022-06>

- Creswell, J. W., & Clark. (2018). *V. L. P. Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed). Sage publications.
- Kanizsa, S., Luciano, E. (2006). *La scuola in ospedale*. Carocci.
- Ministero della Salute (2024). *Obiettivi Obiettivi Strategici PNRR*. https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3417_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2024b). *Piano nazionale della cronicità 2024*.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Mondadori.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe mundial sobre atención primaria de salud: hacia la cobertura sanitaria universal*. OMS.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2005). *Rapporto mondiale sulle malattie croniche*. OMS.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2011). *Guida curricolare per la sicurezza del paziente dell'OMS: Edizione multiprofessionale*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241501958-ita.pdf?sfvrsn=583be62f_1
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.
- Zannini, L. (2008). *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina.