

Il pedagista ospedaliero come 'regista' della cura. Governare la complessità tra sanità, scuola e territorio

Marco Ceccarelli

Abstract:

This contribution explores the professional figure of the hospital pedagogist as a 'director' of care processes within pediatric contexts, delineating their strategic role and systemic competencies. Drawing from a qualitative inquiry, funded by the Next Generation EU program and conducted through a multiple case study at the university hospital "Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer" (AOU Meyer) in Florence and major pediatric hospitals in Madrid, the research highlights the necessity for a pedagogical professional with inter-institutional and inter-professional coordination functions. The comparative analysis with the Spanish system, where the figure of the director of the hospital classroom is already institutionalized, provides a reference model for the Italian context, in which such normative recognition is absent. The research, therefore, defines a set of key competencies – planning, relational, organizational, and metareflective – that qualify the pedagogist as a promoter of holistic care. Finally, the paper argues for the need for both a 'top-down' institutionalization and a 'bottom-up' validation to integrate the pedagogical perspective as a foundational axis of the National Health System.

Keywords: Competencies; Educational Care; Hospital Pedagogy; Pediatrics; Professionalization

1. Introduzione

In un contesto di profonda trasformazione dei sistemi sanitari, segnato dall'evoluzione dal modello biomedico, intrinsecamente riduzionista, verso un approccio olistico e sistemico centrato sulla persona (OMS 1948; World Health Assembly 2016), la continuità assistenziale si configura come un paradigma innovativo di cura. Questo modello si articola in un continuum ininterrotto di percorsi, prestazioni e processi che abbracciano prevenzione, trattamento e riabilitazione (OMS 2011), mirando a superare la frammentazione dell'assistenza attraverso una sinergia coordinata tra servizi e professionisti. Tale approccio, riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2018) come indicatore critico dell'efficacia dei sistemi sanitari, enfatizza l'integrazione tra i livelli ospedalieri e territoriali, promuovendo un percorso di cura personalizzato e coerente. Per garantirne l'efficacia, è indispensabile una pianificazione strate-

Marco Ceccarelli, University of Florence, Italy, marco.ceccarelli@unifi.it, 0009-0002-6327-9013

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Marco Ceccarelli, *Il pedagista ospedaliero come 'regista' della cura. Governare la complessità tra sanità, scuola e territorio*, © Author(s), CC BY 4.0, DOI 10.36253/979-12-215-0943-4.12, in Vanna Boffo (edited by), *Formare professionisti dell'educazione, della scuola, della cura. La Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare*, pp. 125-135, 2026, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0943-4, DOI 10.36253/979-12-215-0943-4

gica che, a partire dalla valutazione dei bisogni complessi del paziente durante il ricovero, preveda interventi post-dimissione in collaborazione con i servizi territoriali (OMS 2011).

L'implementazione efficace di una rete assistenziale territoriale, integrata con la componente ospedaliera, rappresenta un obiettivo strategico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), il quale richiede un intervento duale e coordinato (Ministero della Salute 2024). In primo luogo, è necessario un riorientamento del ruolo ospedaliero, evolvendo verso un modello altamente specializzato e tecnologicamente avanzato, focalizzato sulla gestione delle patologie in ambito domiciliare. In secondo luogo, si rende indispensabile un rimodellamento dell'assistenza primaria, attraverso la revisione dei modelli esistenti e l'introduzione di approcci innovativi come la 'medicina d'iniziativa' (Ministero della Salute 2024). Quest'ultimo modello promuove il coinvolgimento attivo dei cittadini nel perseguimento degli obiettivi di salute e nei percorsi di cura, facilitato da una comunicazione chiara e trasparente tra operatori e pazienti, nonché tra gli operatori stessi. L'adozione di tali strategie consente di perseguire la 'promozione attiva' della salute e di ottimizzare la gestione delle patologie in tutte le loro fasi, garantendo una continuità assistenziale efficace (Ministero della Salute 2024).

È all'interno di questo orizzonte epistemologico e operativo che la Scuola in Ospedale (SIO) viene a rappresentare una componente intrinseca e qualificante del processo terapeutico. Essa si afferma come presidio irrinunciabile di normalità, progettualità e continuità educativo-esistenziale per il bambino malato (Ferraro 2013). Tuttavia, la sua efficacia non è un dato acquisito, ma dipende dalla capacità di operare quale snodo strategico tra il sistema sanitario, l'istituzione scolastica e i servizi territoriali. La strutturale eterogeneità di attori, linguaggi e protocolli operativi che caratterizza questa rete fa emergere con forza la necessità di una figura professionale di secondo livello, a specifica matrice pedagogica, il cui mandato non si sovrapponga a quello docente, ma si collochi a un livello sistemico, organizzativo e metariflessivo.

Il pedagogista ospedaliero si configura dunque non come mero operatore di supporto, ma come un professionista dell'educazione e della formazione investito di funzioni complesse di coordinamento inter-istituzionale, progettazione di interventi, formazione continua e supervisione pedagogica. La sua azione si fonda sul costruito della 'cura' (Tronto 2006 (1993); Boffo 2006; Mortari 2006), intesa come prassi riflessiva e postura etica che orienta e qualifica l'agire professionale. Sebbene tale profilo attenda ancora un pieno riconoscimento giuridico in Italia, la sua necessità non è un'astrazione teorica, ma un'esigenza operativa già risolta in altri contesti europei. Il sistema spagnolo, ad esempio, ha istituzionalizzato da tempo una figura professionale di secondo livello, il direttore di aula ospedaliera (Consejo de Gobierno 2017), dimostrando concretamente come un coordinamento a matrice pedagogica possa diventare un pilastro dei modelli di cura olistici. Questo precedente offre un modello di riferimento cruciale per superare l'attuale fase di stallo italiana.

2. La ricerca

Il presente contributo trae origine e fondamento da un'indagine empirica, finanziata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e inserita nel *Tuscany Health Ecosystem*, condotta secondo una metodologia qualitativa di studio di caso multiplo esplorativo (Yin 2018) presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze e i principali ospedali pediatrici madrileni, contesti di riconosciuta eccellenza nel panorama pediatrico nazionale e internazionale. L'analisi condotta durante un tirocinio dottorale semestrale presso l'Ufficio Continuità Ospedale Territorio (UCOT) dell'AOU Meyer ha messo in luce un aspetto strategico della sua funzione. Oltre a operare come snodo tra la struttura ospedaliera e la rete dei servizi territoriali, all'UCOT è attribuita la referenza aziendale per la SIO, con specifiche responsabilità gestionali e di relazione inter-istituzionale. Tale configurazione organizzativa rivela una concezione olistica dell'assistenza, nella quale la continuità educativa è considerata una dimensione costitutiva del percorso di cura.

Il tirocinio dottorale semestrale presso l'AOU Meyer è stato seguito da un ulteriore trimestre di mobilità internazionale finalizzato allo studio di modelli europei di riferimento nel settore. Proprio per dare una risposta a questa esigenza di coordinamento, l'indagine si è estesa a uno studio comparativo con il sistema spagnolo nel quale il direttore di aula ospedaliera assume una rilevanza strategica. Si tratta di un professionista di secondo livello con una forte matrice pedagogica, a cui è demandato il coordinamento complessivo dell'intervento educativo in ambito sanitario, un ruolo che non è previsto nel sistema italiano. Le sue competenze si articolano nell'esercizio di una *leadership* del personale docente, nella gestione amministrativo-finanziaria e, in particolare, nel coordinamento delle reti inter-istituzionali finalizzate alla tutela della continuità educativo-assistenziale del minore e della famiglia. L'analisi di questo profilo professionale ha confermato il suo valore come risorsa strategica, dimostrando come un coordinamento organizzativo a matrice pedagogica sia non solo possibile, ma fondamentale per l'efficacia del sistema pediatrico.

L'obiettivo primario della ricerca è procedere a una ricognizione teoretica e a una delineaazione operativa della figura del pedagogo in ambito sanitario, ponendo un'attenzione specifica alla sua funzione strategica quale dispositivo di potenziamento e integrazione sistemica della dimensione educativa e formativa in quella sanitaria (OMS 1986). Attraverso l'analisi approfondita di tale contesto, l'indagine si prefigge di problematizzare e offrire elementi di risposta a interrogativi cruciali afferenti non solo alla specifica architettura funzionale di questo profilo professionale, ma anche alle condizioni di possibilità organizzative e alle culture istituzionali che ne possono favorire l'efficace inserimento. Particolare enfasi è posta sull'identificazione del set di competenze, con specifico riguardo a quelle di *leadership* pedagogica diffusa, indispensabili per orchestrare la complessa collaborazione tra il dispositivo scolastico, le *équipes* sanitarie, le famiglie e i servizi territoriali. L'ambizione ultima è quella di pervenire all'elaborazione di un modello euristico di cura integrale e alla definizione di una tassonomia

di competenze, che possano costituire un valido contributo per informare le politiche sanitarie e i processi di programmazione socio-educativa, nonché per promuovere il definitivo riconoscimento e l'istituzionalizzazione di una figura professionale a matrice pedagogica ormai imprescindibile per qualificare la sanità pediatrica come un ecosistema autenticamente orientato ai bisogni evolutivi del bambino e della famiglia.

Il rigore scientifico e la validità dei risultati sono stati assicurati mediante un disegno di ricerca fondato sulla triangolazione metodologica, che ha permesso di integrare fonti e approcci eterogenei. Il fondamento empirico dell'indagine è costituito da un'estesa osservazione partecipante di circa 800 ore, che ha comportato un'immersione prolungata del ricercatore all'interno dell'UCOT, del Family Center e della Scuola in Ospedale dell'AOU Meyer così come dei principali ospedali pediatrici madrileni.

A questa prospettiva immersiva è stata affiancata una rigorosa analisi documentale applicata a un vasto corpus di fonti, includente protocolli operativi, *report* di valutazione interna, dati di attività e documenti statutari, al fine di corroborare le osservazioni con evidenze formali. Per dare voce e spessore interpretativo ai fenomeni indagati, l'analisi documentale è stata ulteriormente arricchita attraverso la somministrazione di 40 interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati, selezionati tramite campionamento ragionato per garantire la rappresentatività della pluralità degli *stakeholder*, i cui trascritti sono stati sottoposti ad analisi tematica per far emergere le categorie di significato ricorrenti. Tale impianto è stato infine completato da 2 *focus group* tematici sulla continuità assistenziale, che ha coinvolto dirigenti sanitari e infermieristici toscani e madrileni, consentendo un confronto mirato e una più profonda delucidazione delle pratiche collaborative interaziendali.

3. Il pedagogista ospedaliero: competenze e ambiti di intervento

Dall'analisi integrata dei dati emerge come la professionalità pedagogica in ambito pediatrico si configuri quale costruito sistemico di elevata complessità, la cui efficacia è funzione diretta del contesto organizzativo e della qualità delle reti collaborative. L'indagine tematica, articolata su livelli micro (professionista), meso (contesto organizzativo) e macro (sistema istituzionale), ha rivelato un profilo professionale impegnato nel governo di una pluralità di soggetti e istanze professionali: dalle esigenze evolutive del minore e del suo nucleo familiare, alle specificità operative del *setting* di cura, fino alle logiche inter-istituzionali e alle dinamiche della collaborazione multidisciplinare. L'efficace espletamento di tale mandato polifunzionale presuppone un modello specifico di professionalità, definibile come leadership pedagogica diffusa e riflessiva (Schön 1993). 'Diffusa' in quanto non si fonda su un'autorità gerarchica, bensì sulla capacità di influenzare processi trasversali agendo come catalizzatore di sinergie; 'riflessiva' poiché postula una costante postura di auto-analisi critica per governare l'incertezza e l'elevato carico emotivo del contesto sanitario.

Il nucleo operativo di questa leadership risiede in una spiccata competenza di progettazione pedagogico-educativa a livello sistemico, che, a partire da un'acuta capacità osservativa e formativa, mira a sostenere la continuità del progetto di vita del minore.

01	Competenze di progettazione pedagogico-educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione e valutazione interventi formativi • Capacità osservative • Conoscenze sanitarie di base
02	Competenze comunicativo-relazionali	<ul style="list-style-type: none"> • Ascolto attivo e empatia • Mediazione e gestione generativa dei conflitti • Facilitazione di processi di <i>empowerment</i> • Competenze trasversali
03	Competenze di coordinamento, organizzazione e lavoro di rete	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento interprofessionale • Competenze organizzative • Competenze formative • Capacità di <i>networking</i>
04	Competenze di leadership e advocacy	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione del ruolo pedagogico • Facilitazione senso di appartenenza • Competenze e conoscenze scientifiche
05	Competenze riflessive e metariflessive	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza di metodi e tecniche autobiografiche • Spirito critico • Capacità di gestione positiva della complessità emotiva

Figura 1 – Competenze chiave e leadership pedagogica.

A tale nucleo si affianca una dimensione strategica fondata su sofisticate competenze di coordinamento e lavoro di rete, che si traducono nella capacità di decodificare le culture organizzative, gestire progetti complessi e agire proattivamente come regista di *network* intra e inter-istituzionali, armonizzando protocolli e procedure tra sistema sanitario, scolastico e sociale. Il tessuto connettivo che rende possibile tale integrazione è costituito da avanzate competenze comunicativo-relazionali, che trascendono l'ascolto empatico per attuare una mediazione culturale e linguistica tra il paradigma nomotetico della clinica e quello idiografico della pedagogia, gestendo generativamente i conflitti che da questo scambio possono sorgere. A fondamento dell'intera architettura professionale agisce infine la competenza metariflessiva, quale 'competenza delle competenze', che abilita il professionista all'apprendimento continuo dall'esperienza e alla gestione della complessità etica ed emotiva.

Tale profilo si iscrive in un contesto meso-sistemico, quello dell'AOU Meyer così come dei principali centri pediatrici madrileni, caratterizzato da una cultura organizzativa orientata alla cura olistica. Il potenziale evolutivo risiede tuttavia nel superare la potenziale dissonanza tra tale visione e le prassi operative quotidiane, spesso soggette a pressioni gestionali quali la logistica dei posti letto e la conseguente frammentazione delle funzioni assistenziali, che rischiano di erodere la qualità della relazione con il paziente. L'orizzonte di sviluppo consiste pertanto nel trasmutare la gestione dei flussi di pazienti da un paradigma logistico-efficientistico a un modello il cui fulcro regolativo sia la dimensione comunicativo-relazionale, assicurando che l'approccio globale alla persona informi ogni fase del percorso terapeutico.

Inestricabilmente connesso a tale riorientamento dei processi interni, il consolidamento della collaborazione inter-professionale emerge come un asse di sviluppo primario, la cui piena realizzazione postula un investimento mirato su canali comunicativi formalizzati, protocolli d'intesa inter-istituzionali e sedi di confronto strutturate. Un'ulteriore e decisiva progressione richiede infine di elevare la dimensione pedagogica ad asse portante del processo, rendendola misurabile attraverso l'introduzione di specifici indicatori educativi negli strumenti di monitoraggio clinico e organizzativo. In questa prospettiva, la Scuola in Ospedale è chiamata a evolvere nel suo ruolo di *hub* strategico, il cui pieno allineamento operativo con l'ecosistema ospedaliero, promosso anche attraverso il coinvolgimento sistematico del personale medico e psicologico nelle sue istanze decisionali, rappresenta un passaggio cruciale per lo sviluppo sia del sistema pediatrico che scolastico.

Su scala macro-sistemica, emerge il paradosso di un ruolo pedagogico che, pur essendo strategico, in Italia si configura ancora come una 'professionalità emergente' in cerca di legittimazione. Come già accennato precedentemente, questa incertezza istituzionale contrasta nettamente con la soluzione adottata dal sistema spagnolo, che vede già formalizzata una figura analoga: il direttore di aula ospedaliera. Questa figura di secondo livello agisce, infatti, come catalizzatore nel dialogo tra scuole, famiglie e personale sanitario, realizzando quella piena integrazione tra educazione e clinica che rappresenta l'obiettivo finale di un approccio interdisciplinare.

Lungi dal potersi esaurire nella figura di un 'super-docente' o di un sostituto dell'insegnante, il pedagogo ospedaliero si qualifica piuttosto quale 'regista' di processi complessi. È un architetto di reti e un agente culturale, il cui intervento si colloca elettivamente a un livello meso (organizzativo-relazionale) e macro (sistemico-strategico). Il suo mandato polifunzionale si esplica nell'istituire le condizioni di possibilità – strutturali, culturali e relazionali – affinché l'intervento di cura integrata possa realizzarsi in modo sinergico ed efficace tra tutte le professioni coinvolte. Il suo ruolo si articola in un mandato che interseca il coordinamento sistemico, la progettazione formativa e una forma di 'ingegneria organizzativa', con l'obiettivo ultimo di tessere reti tra tutti gli *stakeholder*.

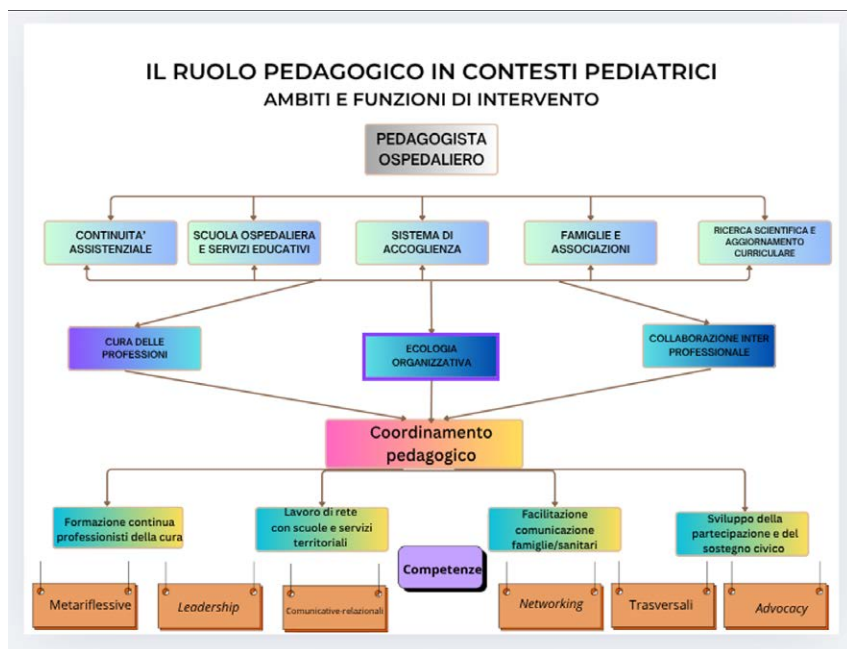


Figura 2 – Il ruolo pedagogico in contesti pediatrici. Ambiti e funzioni di intervento.

Il coordinamento pedagogico si configura quale fulcro operativo e cabina di regia strategica di un modello di cura integrato, la cui funzione si dispiega attraverso un mosaico di interventi sinergici e profondamente interconnessi. Primariamente, tale regia si manifesta nella garanzia della continuità assistenziale, ambito in cui il professionista con competenze pedagogiche, agendo come *Case Manager*, contrasta la frammentazione del percorso del paziente. A partire da una valutazione multidimensionale che integra i bisogni clinici, educativi e sociali, viene co-progettato un Piano Assistenziale Individualizzato a valenza educativa, dispositivo che orchestra l'azione dell'intera *équipe* multiprofessionale e funge da ponte con il territorio. In questo ruolo, il pedagogista agisce come interfaccia strategica per l'attivazione di un'efficace integrazione ospedale-territorio, considerando l'istituzione scolastica un servizio chiave e gestendo l'*handover* informativo per assicurare una transizione protetta, a beneficio sia dell'organizzazione interna sia della famiglia. Questa funzione di raccordo esterno trova il suo corrispettivo all'interno dell'ecosistema di cura nel coordinamento della Scuola in Ospedale e dei servizi educativi. Qui, il pedagogista agisce come catalizzatore di qualità, supportando i docenti nella progettazione di una didattica personalizzata e resiliente e promuovendo metodologie innovative. Assume inoltre un ruolo cruciale nel fornire percorsi di supervisione psicopedagogica al team docente, uno spazio strutturato per l'elaborazione del carico emotivo indispensabile a prevenire il *burnout* e a sostenere la professionalità. Agendo come mediatore strategico con il personale sanitario, egli assicura che il tempo

dedicato all'apprendimento sia riconosciuto e integrato nel piano di cura come componente dal valore intrinsecamente terapeutico.

L'azione pedagogica trascende le mura ospedaliere per investire l'intero sistema di accoglienza, in particolare la rete delle case residenziali per le famiglie extraterritoriali, trasformando una costellazione di strutture isolate in una vera comunità di pratica collaborativa attraverso la facilitazione di reti e la co-progettazione di un modello educativo condiviso. L'approccio implementato prevede che il nucleo familiare, in quanto destinatario ultimo dell'architettura di supporto, sia elevato a soggetto d'intervento attivo. Tale partecipazione è mediata da percorsi di consulenza educativa (*parental guidance*) e da una collaborazione sinergica con il tessuto associativo. Questo processo crea una connessione tra la conoscenza professionale e il sapere esperienziale, orientata alla co-costruzione di pratiche di cura efficaci e sostenibili.

A fondamento e legittimazione di tutte queste prassi si colloca, infine, l'impegno nella ricerca scientifica, attraverso cui si costruisce e consolida un corpus di conoscenze specifiche sulla pedagogia in contesto sanitario. La documentazione sistematica e la ricerca-azione non solo permettono di valutare l'efficacia degli interventi, ma forniscono anche le evidenze necessarie a rafforzare la credibilità della professione in un ambiente a dominanza bio-medica. Tale lavoro scientifico alimenta una potente funzione di *advocacy*, attraverso cui il pedagogo si fa promotore della cultura dei diritti dei minori in ospedale, argomentando come la loro tutela sia condizione imprescindibile per una cura efficace e umana, attuando in tal modo come un vero e proprio agente di cambiamento culturale all'interno dell'istituzione sanitaria.

4. Sfide e prospettive future: verso un'integrazione sistemica

L'analisi a livello macro-sistemico rivela una significativa disgiunzione tra il potenziale strategico della funzione pedagogica in ambito ospedaliero e il suo attuale statuto epistemologico e istituzionale. La professionalità del pedagogo in sanità, pur essendo oggetto di crescente interesse, tutt'oggi non gode di un quadro normativo di riferimento nel panorama istituzionale italiano. Il suo riconoscimento risulta più frequentemente legato a iniziative pionieristiche o alla visione strategica di singole direzioni aziendali, piuttosto che a un consolidato inquadramento normativo e contrattuale a livello nazionale. Tale condizione colloca la professione in uno stato di 'sperimentazione' prolungata, con implicazioni dirette sulla sua stabilità, sul suo sviluppo e sulla sua percezione all'interno dei processi decisionali clinico-organizzativi. L'assenza di un mandato istituzionale forte e formalizzato genera una criticità fondamentale: l'efficacia dell'intervento pedagogico diviene funzione della capacità del singolo professionista di costruire reti relazionali e della disposizione collaborativa dei colleghi di altre discipline. Questa dipendenza da fattori contingenti rende il ruolo intrinsecamente vulnerabile e la sua presenza soggetta a una costante rinegoziazione, piuttosto che essere un dato strutturale del sistema di cura.

Da questa condizione emerge un paradosso della legittimazione: per conseguire un pieno riconoscimento istituzionale, il pedagogo è chiamato a una preliminare e continua dimostrazione del proprio valore aggiunto; tuttavia, tale dimostrazione è a sua volta condizionata dal possesso di un'autorità e di risorse che solo un pieno riconoscimento potrebbe garantire. L'onere di questa prova ricade quasi interamente sul professionista, che è chiamato a validare la propria funzione su due fronti distinti ma interconnessi. Da un lato, il pedagogo deve superare la generica definizione di 'esperto di educazione', esibendo una specificità competenziale che si traduce in un repertorio di abilità altamente specializzate e contestualizzate, come la leadership pedagogica, la capacità di creare reti inter-istituzionali, l'*advocacy* e una profonda riflessione sulle proprie pratiche. Dall'altro lato, deve dimostrare il proprio valore integrativo, palesando la sua capacità di fungere da catalizzatore per processi collaborativi, le cui azioni producono un miglioramento non sempre misurabile nella qualità complessiva della cura. Questo si manifesta concretamente nel suo ruolo di facilitatore della comunicazione, mediatore tra diverse istituzioni e coordinatore di percorsi complessi, evidenziando come il suo intervento sia cruciale per l'efficacia del sistema.

In questo scenario di precarietà, il modello spagnolo basato sul direttore di aula ospedaliera non rappresenta solo un esempio virtuoso, ma la dimostrazione empirica che l'istituzionalizzazione di una figura pedagogica in sanità rappresenta un dispositivo fondamentale per la tutela del progetto di vita del minore ospedalizzato e della sua famiglia. La professionalizzazione della funzione pedagogica in ambito sanitario caratterizzata da competenze di leadership, coordinamento e lavoro di rete rappresenta un fattore chiave per garantire la qualità, la coerenza e la continuità dell'intervento educativo, fungendo da modello a cui ispirarsi per lo sviluppo di profili analoghi in altri contesti nazionali.

La sfida maggiormente strategica consiste nel rendere empiricamente visibile e argomentabile un contributo professionale che è prevalentemente di natura qualitativa, relazionale e a impatto differito nel tempo. Per elevare la percezione da semplice 'figura di supporto' a quella di funzione strategica, è indispensabile un approccio proattivo che si sviluppi lungo due direttrici fondamentali. In primo luogo, la strategicità dell'azione professionale del pedagogo si fonda primariamente sulla capacità di trascendere la mera pratica per pervenire alla validazione empirica. Tale transizione impone il superamento dell'autoreferenzialità attraverso la documentazione sistematica e una rigorosa valutazione dell'impatto degli interventi. Ciò implica lo sviluppo di indicatori di *outcome* specifici, quali, a titolo esemplificativo, la riduzione del carico assistenziale (*caregiver burden*), il miglioramento dell'aderenza terapeutica del paziente, o l'incremento dei tassi di reintegrazione scolastica. L'impiego di metodologie di ricerca-azione diviene pertanto imprescindibile per la costituzione di un solido 'portfolio di evidenze' da sottoporre alle istanze decisionali. Contemporaneamente, è imperativa la costruzione di una narrazione professionale efficace. Questo richiede lo sviluppo di competenze comunicative avanzate atte ad articolare il ruolo del pedagogo in maniera persuasiva nei confronti degli *stakeholder* clinici e manageriali. L'obiettivo preminente è riorientare il focus del dibattito istituzionale dalla do-

manda *Qual è la funzione del pedagogo?* verso la dimostrazione argomentata di *Come l'integrazione della prospettiva pedagogica sia in grado di produrre un miglioramento degli esiti di cura, ottimizzare l'esperienza del paziente e incrementare l'efficienza del sistema sanitario?*.

In conclusione, il processo di istituzionalizzazione della figura del pedagogo in ambito ospedaliero si configura come un'azione complessa, non solo professionale, ma intrinsecamente politica e culturale. La sua piena realizzazione è subordinata a un duplice e sinergico movimento. Da un lato, un'azione *bottom-up*, promossa dai professionisti stessi attraverso lo sviluppo continuo di competenze distintive e l'adozione di strategie di validazione empirica, le quali concorrono a costruire la legittimità scientifica e operativa del ruolo sul campo. Dall'altro lato, un movimento *top-down*, che interpella la responsabilità delle istituzioni sanitarie, scolastiche e universitarie. A queste ultime compete il compito di riconoscere formalmente il ruolo all'interno degli assetti organizzativi, di investire in percorsi di alta formazione specialistica e di creare le condizioni ecologico-organizzative che abilitino una reale integrazione sistemica della prospettiva pedagogica. La visione prospettica è quella di un sistema in cui l'investimento sulla dimensione educativa non sia considerato un costo accessorio, ma una scelta strategica fondamentale per qualificare la sanità pediatrica come un ecosistema autenticamente olistico, efficace e umano, in cui il pedagogo agisce come risorsa chiave per l'ottimizzazione e l'integrazione dei processi di cura.

Riferimenti bibliografici

- Boffo, V. 2006. *La cura in pedagogia. Linee di lettura*. Bologna: Clueb.
- Boffo, V. 2022. "Un progetto corale: il modello del tirocinio all'Ospedale Universitario Pediatrico Meyer." In *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*, a cura di V. Boffo, 7-15. Firenze: Editpress.
- Consejo de Gobierno. 2017. *Decreto n. 127/2017 del 24 de octubre*. (2017, 26 ottobre). Consejería de Educación e Investigación. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, (255), 17617-17637. <https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/10/26/BOCM-20171026-2.PDF> (2025-11-10).
- Demetrio, D. 1996. *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferraro, S. 2013. "Dalla scuola in ospedale alla scuola a domicilio... e oltre: una sfida possibile." *Italian Journal of Educational Technology* 21 (2): 110-13.
- Yin, R.K. 2018. *Case Study Research and Applications: Design and Methods*, 6th ed. Los Angeles: Sage Publications.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2020. Decreto Legislativo n. 104/2020 del 14 Agosto 2020. *Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*. Supplemento ordinario n. 30 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 203, 14 agosto 2020. <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/14/20G00122/sg>> (2025-11-10).
- Ministero della Salute. 2024. *Obiettivi Strategici PNRR*. Roma. <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_publicazioni_3417_allegato.pdf> (2025-11-10).
- Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.

- Organizzazione Mondiale della Sanità. 1948. *Costituzione*. Ginevra. <<https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>> (2025-11-10).
- Organizzazione Mondiale della Sanità. 1986. *Carta di Ottawa*. Ottawa. <<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>> (2025-11-10).
- Organizzazione Mondiale della Sanità. 2005. *Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale*. Ginevra: OMS.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. 2011. *Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente. Edizione multidisciplinare*. Ginevra: OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241501958-ita.pdf?sfvrsn=583be62f_1> (2025-11-10).
- Organización Mundial de la Salud. 2019. *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento 2019. Documento de Síntesis*. Ginebra: OMS. <<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f0d0f539-dc8f-4aa6-affd-b6222b897db6/content>> (2025-11-10).
- Schön, D.A. 1993. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.
- Tronto, J.C. 2006 (1993). *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, a cura di A. Facchi, traduzione di N. Riva. Parma: Editore Diabasis.
- World Health Assembly. 2016. *The Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health 2016–2020: Towards a World in Which Everyone Can Live a Long and Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

