

# Tra emergenza e progettualità: l'esperienza toscana della Scuola in Ospedale

Daniele Leporatti

## **Abstract:**

The experience of Hospital Schooling and Home Education in Tuscany is currently at a crossroads. On one hand, years of work have produced well-established practices and a network of relationships between schools, hospitals, and local communities; on the other hand, the increase in demand and the growing complexity of cases require an organizational and cultural leap in quality. Through direct analysis of the USR coordination and the work carried out in schools, it emerges that the transition from emergency management to structured planning is still incomplete. The new Regional Technical Committee and the network of Health-Promoting Schools represent promising tools, but the real challenge remains cultural. It is necessary to move beyond a logic of mere compliance and embrace an inclusive vision that considers illness as a possible part of the educational journey.

**Keywords:** Educational Planning; Health-Promoting Schools; Hospital Pedagogy; Teacher Training; URS Tuscany

## 1. Le pratiche che fanno la differenza

Osservando le esperienze realizzate nelle scuole toscane, alcune pratiche emergono per efficacia e capacità di rispondere ai bisogni degli studenti malati. Non si tratta di progetti straordinari o particolarmente innovativi dal punto di vista tecnologico, ma di approcci che hanno saputo coniugare professionalità, sensibilità e buon senso.

La prima pratica significativa riguarda la continuità relazionale. Le scuole che ottengono i risultati migliori sono quelle che designano fin da subito un docente di riferimento per lo studente malato, una figura che mantiene i contatti durante tutto il percorso di cura, facilita la comunicazione tra ospedale, famiglia e scuola, coordina gli interventi didattici (Kanizsa e Luciano 2006). Questa pratica, essenziale nella sua impostazione, richiede in realtà un investimento organizzativo non indifferente e una disponibilità personale che va oltre il mansionario.

La seconda pratica riguarda l'uso intelligente della tecnologia. Non è necessario ricorrere a piattaforme sofisticate o a strumentazioni costose, perché spesso

Daniele Leporatti, USR Toscana, Italy, [daniele.leporatti@scuola.istruzione.it](mailto:daniele.leporatti@scuola.istruzione.it), 0000-0001-5678-4033

Referee List (DOI 10.36253/fup\_referee\_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup\_best\_practice)

Daniele Leporatti, *Tra emergenza e progettualità: l'esperienza toscana della Scuola in Ospedale*, © Author(s), CC BY 4.0, DOI 10.36253/979-12-215-0943-4.17, in Vanna Boffo (edited by), *Formare professionisti dell'educazione, della scuola, della cura. La Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare*, pp. 181-186, 2026, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0943-4, DOI 10.36253/979-12-215-0943-4

basta un semplice smartphone o tablet per mantenere il contatto con la classe. Gli stessi strumenti, se integrati in ambienti digitali già disponibili, consentono oggi agli studenti ricoverati di partecipare a esperienze che un tempo sarebbero state precluse. Una visita guidata può così essere seguita dal letto d'ospedale grazie a collegamenti in diretta, con la possibilità di interagire con compagni, docenti e guide. La tecnologia diventa quindi un mezzo e non un fine, strumento per conservare quella normalità che la malattia rischia di interrompere (Trentin 2020).

La terza pratica, probabilmente la più importante, riguarda una vera pedagogia della flessibilità. I docenti più efficaci sanno leggere i tempi e i modi dello studente in cura, adattando la didattica alle condizioni cliniche ed emotive. Un'ora di lezione può diventare mezz'ora di conversazione e dieci minuti di spiegazione, oppure quaranta minuti di lavoro quando lo studente si sente in forze. Questa flessibilità richiede competenze che i percorsi formativi tradizionali coltivano solo in parte. Studi recenti hanno mostrato come la didattica in ospedale e a domicilio richieda competenze di personalizzazione e gestione emotiva molto specifiche (Capurso e Dennis 2017). Servono dunque saperi strutturati sulla didattica in contesti di cura, sulla gestione delle emozioni e sulla valutazione formativa, così da garantire continuità, senso e proporzione del lavoro scolastico (MIUR 2019).

L'attività scolastica, quando ben condotta, costituisce un elemento di normalizzazione nell'esperienza della malattia, restituendo allo studente un senso di continuità biografica e progettuale. Le testimonianze raccolte mostrano come per molti ragazzi l'ora di Scuola in ospedale rappresenti un momento di sospensione dalla malattia, uno spazio in cui tornare a essere studenti e non solo pazienti.

## 2. Il ruolo strategico delle Scuole che Promuovono Salute

La rete regionale delle Scuole che Promuovono Salute (SPS), che attualmente coinvolge oltre duecento istituti su 466 presenti in Toscana, rappresenta una risorsa strategica ancora parzialmente inesplorata per il rafforzamento della Scuola in Ospedale (SIO) e Istruzione Domiciliare (ID). Il programma non si limita alla promozione di stili di vita sani ma abbraccia una visione ampia del benessere scolastico che include necessariamente l'attenzione agli studenti in situazione di fragilità.

L'inserimento della SIO/ID nell'atto programmatico della rete regionale SPS della Toscana non costituisce un semplice adempimento formale, ma risponde a una visione sistemica della salute e del benessere scolastico che considera la malattia non come un evento eccezionale da gestire in emergenza, ma come una delle possibili condizioni dell'esperienza educativa.

L'Ufficio Scolastico Regionale (USR) Toscana sta lavorando per utilizzare la rete come moltiplicatore per la diffusione di una cultura dell'inclusione. Ogni scuola aderente dovrebbe avere almeno un docente formato sui temi della SIO/ID, procedure chiare per l'attivazione del servizio inserite nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF), rapporti strutturati con i servizi sanitari del territorio. Non si tratta di trasformare tutte le scuole in specialiste della malat-

tia, ma di creare una preparazione di base che permetta di rispondere tempestivamente quando si presenta la necessità.

Attraverso la rete si stanno sviluppando diverse azioni di sistema. La formazione capillare del personale scolastico viene estesa a tutto il personale per creare una cultura diffusa dell'accoglienza. La sistematizzazione e diffusione delle buone pratiche avviene attraverso una banca dati accessibile. L'elaborazione di protocolli operativi condivisi riduce i tempi burocratici. La creazione di un sistema di *mentoring* tra scuole esperte e scuole alle prime esperienze facilita il trasferimento di competenze (Iavarone e Iavarone 2004).

L'alleanza con il sistema sanitario regionale, facilitata dal programma SPS, si sta rivelando fondamentale. La presenza di rappresentanti delle ASL nei gruppi di lavoro per il benessere a scuola permette di affrontare in modo integrato le problematiche organizzative e di sviluppare protocolli condivisi. Questa collaborazione sta producendo risultati concreti nella progressiva definizione di percorsi preferenziali per la certificazione sanitaria necessaria all'attivazione dell'ID, nella formazione congiunta di docenti e operatori sanitari, nello sviluppo di progetti integrati che vedono la scuola come parte del percorso terapeutico.

### 3. Le criticità strutturali e le prospettive di miglioramento

Se dovessimo identificare il problema principale del sistema, potremmo dire che è la persistente logica dell'emergenza. Troppo spesso le scuole si trovano a dover attivare l'Istruzione Domiciliare come risposta a una situazione imprevista, senza procedure consolidate, senza docenti formati, senza risorse già allocate. Questo si traduce in un affannoso tentativo di organizzare in corsa un servizio che dovrebbe essere già predisposto.

Questa impreparazione ha radici profonde. Innanzitutto, la formazione dei docenti continua a ignorare quasi completamente il tema della Scuola in Ospedale e domiciliare. I giovani insegnanti escono dall'università senza aver mai affrontato la questione di come insegnare a uno studente malato, di come gestire la relazione educativa in un contesto di sofferenza, di come collaborare con medici e operatori sanitari. La formazione in servizio, quando presente, è sporadica e volontaria, raggiungendo soltanto chi è già sensibile al tema.

A questa criticità si somma la frequente assenza di una programmazione preventiva da parte delle scuole. In Toscana, l'USR invita invece a un approccio *ex ante*, prevedendo l'inserimento di un format SIO/ID nel PTOF e nel Programma annuale, con un accantonamento di fondi destinati a un eventuale cofinanziamento. In questo modo si favorisce una risposta tempestiva e si riduce il rischio di ricadere nella logica dell'emergenza.

Un secondo problema riguarda la distribuzione territoriale del servizio. Mentre nelle aree urbane, dove sono presenti i maggiori ospedali, il sistema funziona relativamente bene, nelle zone periferiche della regione emergono difficoltà significative. Per uno studente di un istituto tecnico o professionale che vive in una zona montana, trovare docenti disponibili e qualificati per l'Istruzione Domiciliare può diventare un'impresa davvero difficile. Le disparità territoriali-

li, già presenti nel sistema educativo, si amplificano drammaticamente quando si tratta di servizi specialistici come la SIO/ID.

La complessità burocratica rappresenta un ulteriore ostacolo. L'iter per l'attivazione dell'Istruzione Domiciliare prevede diversi passaggi che vanno dalla richiesta della famiglia alla certificazione sanitaria, dall'elaborazione del progetto da parte del consiglio di classe all'approvazione degli organi collegiali, fino all'invio al Comitato Tecnico Regionale e alla valutazione per l'assegnazione delle risorse. Questo percorso, pur rispondendo all'esigenza di garantire correttezza e trasparenza procedurale, può richiedere tempi non sempre compatibili con l'urgenza delle situazioni.

Va precisato che, nella prassi, molte scuole attivano comunque forme di supporto immediato in attesa del perfezionamento delle procedure, spesso utilizzando docenti interni o facendo riferimento alla Scuola in Ospedale. Ciò consente di non interrompere del tutto il percorso scolastico dello studente. Tuttavia, la necessità di completare tutti i passaggi previsti rimane un carico significativo per le istituzioni scolastiche, che devono coniugare tempestività d'intervento e adempimenti formali.

#### 4. I numeri che raccontano il cambiamento

L'analisi dei dati degli ultimi anni rivela tendenze che non possono essere ignorate. Le richieste di attivazione del servizio sono in costante aumento, con un incremento particolarmente significativo per l'Istruzione Domiciliare. Questo non è solo effetto di una maggiore consapevolezza dei diritti, ma riflette cambiamenti profondi nel modo di curare e di vivere la malattia.

L'evoluzione delle terapie mediche ha modificato i *pattern* di fruizione del servizio. La diffusione di protocolli terapeutici domiciliari, l'aumento delle terapie in Day Hospital e la riduzione dei ricoveri prolungati hanno portato a una crescente richiesta di soluzioni flessibili. Uno studente oncologico oggi può alternare brevi ricoveri per la chemioterapia a lunghi periodi domiciliari, richiedendo una continuità educativa che superi la distinzione rigida tra Scuola in Ospedale e Istruzione Domiciliare.

Accanto alle tradizionali patologie oncologiche e alle malattie croniche invalidanti, crescono le richieste legate a disturbi psichiatrici, disturbi del comportamento alimentare, sindromi ansioso-depressive gravi. Questa evoluzione pone sfide inedite al sistema. I disturbi psichiatrici richiedono approcci pedagogici specifici, tempi di intervento più lunghi e un coordinamento particolarmente stretto con i servizi di salute mentale (Zanfroni, Maggiolini e D'Alonzo 2021).

#### 5. Prospettive e sfide per il futuro

L'analisi dei dati degli ultimi anni mostra come la Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare stiano vivendo una fase di crescita strutturale. L'aumento costante delle richieste di attivazione riflette la maggiore consapevol-

za delle famiglie rispetto ai diritti degli studenti malati, l'evoluzione delle cure mediche con il ricorso crescente alle terapie domiciliari e ai regimi di Day Hospital, l'ampliamento delle patologie considerate che oggi includono anche quelle psichiatriche e i disturbi del comportamento alimentare, il miglioramento della sopravvivenza per patologie oncologiche e croniche che porta molti studenti ad avere bisogno di percorsi educativi di lunga durata.

Questa trasformazione pone il sistema di fronte a sfide complesse. Gli studenti in cura richiedono progettazioni educative flessibili, capaci di adattarsi alle diverse fasi del percorso terapeutico senza interrompere continuità e coerenza didattica. Non bastano più risposte emergenziali o soluzioni occasionali. Serve un ripensamento complessivo del modello, che consideri la malattia non come un'eccezione ma come una condizione possibile e prevedibile nell'esperienza scolastica.

Le tecnologie digitali, accelerate dalla pandemia, hanno aperto possibilità prima impensabili. Piattaforme per la continuità didattica, collegamenti in diretta che permettono agli studenti di seguire anche una visita guidata dal letto di ospedale, ambienti virtuali che mantengono vivo il legame con i compagni sono ormai realtà consolidate. Tuttavia, resta fondamentale evitare l'illusione che la tecnologia sia una soluzione di per sé. Essa diventa efficace solo se accompagnata da competenze metodologiche specifiche e da un'attenzione costante alla dimensione relazionale.

La vera sfida è riuscire a mantenere la qualità della relazione educativa anche attraverso lo schermo, trasformando gli strumenti digitali in veicoli di umanità oltre che di contenuti.

Un altro nodo cruciale riguarda la formazione. Se oggi molti docenti arrivano impreparati a gestire le situazioni di malattia, è perché la loro formazione iniziale non prevede alcun approfondimento specifico. Occorre dunque un investimento coraggioso che preveda l'inserimento di moduli sulla SIO/ID nei percorsi universitari e percorsi di aggiornamento strutturali, non solo volontari, per chi opera nelle scuole. Ogni insegnante dovrebbe possedere conoscenze di base su come adattare la didattica a studenti in situazione di fragilità su come gestire dinamiche emotive complesse e su come collaborare con le figure sanitarie (Boffo 2022).

Infine, il modello organizzativo stesso richiede un'evoluzione. La distinzione rigida tra Scuola in Ospedale e Istruzione Domiciliare mostra limiti evidenti di fronte alla fluidità dei percorsi terapeutici contemporanei. Servono modalità di presa in carico più flessibili, capaci di accompagnare lo studente nei suoi passaggi dall'ospedale al domicilio, fino al rientro a scuola. La creazione di 'percorsi ponte', l'introduzione di figure di coordinamento pedagogico, la definizione di procedure semplificate per i casi urgenti e lo sviluppo di modalità di valutazione adeguate rappresentano alcune delle sfide principali per i prossimi anni.

In sintesi, il futuro della Scuola in Ospedale e dell'Istruzione Domiciliare non si gioca sull'aggiustamento marginale delle procedure esistenti, ma su un vero cambio di prospettiva. Occorre considerare l'inclusione degli studenti malati come parte integrante della missione educativa di tutte le scuole, non come

un servizio speciale destinato a pochi casi eccezionali. Il vero successo non si misurerà solo nel numero di studenti raggiunti o nelle ore di lezione erogate, ma nella capacità del sistema di garantire a ogni studente, indipendentemente dalla sua condizione di salute, il diritto a un percorso educativo di qualità che ne sostenga la crescita umana e culturale. In questo senso, la Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare non sono servizi speciali per situazioni eccezionali, ma espressioni mature di una scuola realmente inclusiva, capace di accompagnare tutti i suoi studenti, anche nei momenti di maggiore fragilità.

#### Riferimenti bibliografici

- Boffo, V., a cura di. 2022. *La scuola in ospedale: Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Firenze: Editpress.
- Capurso, M., e J.L. Dennis. 2017. "Key Educational Factors in the education of students with a medical condition." *Support for Learning* 32 (2): 158-79. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12156>.
- Iavarone, M. L., e T. Iavarone. 2004. *Pedagogia del benessere: Per una professionalità educativa in ambito psico-socio-sanitario*. Milano: FrancoAngeli.
- Kanizsa, S., e E. Luciano. 2006. *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. 2019. *Linee di indirizzo nazionali sulla Scuola in Ospedale (SIO) e l'Istruzione Domiciliare (ID)* (D.M. 461 del 6 giugno 2019).
- Trentin, G. 2020. *Didattica con e nella rete: Dall'emergenza all'uso ordinario*. Milano: FrancoAngeli.
- Zanfroni, E., Maggiolini, S., e L. D'Alonzo. 2021. "Finally at school: The return to classes of vulnerable pupils. Results of the FocuScuola Inclusion research 20.20." *Form@re - Open Journal per la formazione in rete* 21 (3): 25-40. <https://doi.org/10.36253/form-10422>.