



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**Dipartimento delle Scienze Umane e Sociali
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche**

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

**Quando imparare aiuta a resistere: la scuola in ospedale e i benefici psicologici di una
presenza educativa ancora poco studiata**

Docente relatore: Prof. Stefano Cacciamani

Studentessa: 23 D03 527, Irene Mai

*a tutte le Bimbe e a tutti i Bimbi,
che con immensa forza e speranza
colorano i grigi reparti pediatrici.*

*alla mia prima famiglia, Mamma, Nonna e Tigro,
siete i fiori della mia anima.*

*a Riccardo,
amore puro e paziente.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
 CAPITOLO 1 - La scuola in ospedale.....	3
1.1. Che cos'è la scuola in ospedale.....	3
1.2. Chi sono gli studenti della scuola in ospedale.....	6
1.3. Il lavoro e la prospettiva degli insegnanti ospedalieri.....	8
1.4. La scuola in ospedale in Italia.....	14
 CAPITOLO 2 - I pazienti-studenti.....	18
2.1. Crescere con la malattia	18
2.2. L'impatto dell'ospedalizzazione	24
2.3. Il percorso di uscita dall'ospedale e il rientro a scuola.....	32
 CAPITOLO 3- I benefici psicologici della scuola in ospedale.....	36
3.1. Introduzione.....	36
3.2. Obiettivi, ipotesi, domande di ricerca degli studi.....	37
3.3. Partecipanti.....	42
3.4. Variabili esaminate.....	44
3.5. Strumenti utilizzati.....	47
3.6. Principali caratteristiche della scuola in ospedale.....	52
3.7. Risultati ottenuti.....	54
3.8. Nuove prospettive di ricerca.....	60
 CONCLUSIONE.....	63
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	65
 SITOGRAFIA.....	68

INTRODUZIONE

L'evoluzione scientifica e pedagogica ha permesso di affermare con maggiore certezza che salute e istruzione costituiscano due pilastri fondamentali che, seppur con dinamiche e ambiti di intervento diversi, concorrono sinergicamente alla costruzione del benessere individuale e allo sviluppo psico-sociale dell'individuo.

Salute e istruzione, tuttavia, non sono condizioni scontate né accessibili senza limiti e difficoltà a tutti i cittadini. Per alcuni bambini e adolescenti affetti da patologie severe e croniche, mantenere un adeguato livello di partecipazione e frequenza scolastica può rivelarsi più complesso e denso di ostacoli.

Al fine di tutelare l'innegabile diritto all'istruzione, in molte strutture ospedaliere si è insediato il servizio di scuola in ospedale, definito dal Ministero dell'Istruzione e del Merito come parte integrante del programma terapeutico che garantisce continuità didattica ed educativa all'interno dei contesti pediatrici ospedalieri.

Nonostante la centralità istituzionale riconosciuta alla scuola in ospedale, l'impatto e i benefici che tale servizio può generare nei giovani pazienti sono un'area di indagine ancora limitato. La ricerca bibliografica condotta per rispondere alla domanda di ricerca di questo lavoro - quali benefici a livello psicologico possono avere gli studenti che frequentano la scuola in ospedale? - ha infatti evidenziato come la scuola in ospedale sia una realtà ancora poco esplorata dalla ricerca empirica.

Il presente lavoro di tesi si propone quindi di fornire un contributo all'analisi dell'impatto psicologico della scuola in ospedale, approfondendo nello specifico quattro studi focalizzati sul funzionamento adattivo (strategie di coping) e sui benefici emotivi e cognitivi riscontrati nei bambini ospedalizzati. Lo scritto si articola in tre capitoli; il primo offre un inquadramento teorico del servizio di scuola in ospedale, definendo chi sono i suoi protagonisti e dell'evoluzione normativa e organizzativa nel contesto italiano.

Il secondo capitolo è dedicato interamente agli studenti-pazienti, esaminando la dimensione del "crescere con la malattia", l'impatto e le dinamiche adattive legate all'ospedalizzazione, per poi analizzare la delicata fase di dimissione e il percorso di

rientro nella scuola territoriale di provenienza. Il terzo e ultimo capitolo costituisce la parte empirica del lavoro, in quanto vengono presentati, analizzati e discussi in modo comparativo i risultati metodologici e clinici contenuti nei quattro articoli scientifici selezionati, evidenziando le future prospettive di ricerca.

Questa tesi intende quindi offrire una visione integrata dell'esperienza scolastica in contesto ospedaliero, evidenziando come la continuità educativa non sia solo una tutela del diritto allo studio, ma si configura come un fattore protettivo e di promozione al benessere psicologico di tutti bambini e di tutte le bambine che abitano i reparti pediatrici.

CAPITOLO 1 – LA SCUOLA IN OSPEDALE

Questo primo capitolo presenta il servizio della scuola in ospedale, con particolare riferimento al contesto italiano e i due principali attori coinvolti: gli insegnanti ospedalieri e gli studenti-pazienti. La scuola in ospedale è un servizio erogato nei reparti ospedalieri con l'obiettivo di garantire il diritto all'istruzione e promuovere il benessere del minore ospedalizzato, adottando un approccio globale alla salute. Tale servizio contribuisce all'umanizzazione del percorso di cura e al miglioramento della qualità della vita del piccolo paziente, che viene posto al centro dell'intera azione scolastica ospedaliera.

Infatti, gli studenti della scuola in ospedale sono giovani pazienti che mostrano significative capacità di agency nell'affrontare la malattia e l'ospedalizzazione.

Gli insegnanti ospedalieri, invece, rappresentano per gli studenti l'aggancio con la normalità, nonostante il loro lavoro presenti numerose criticità.

Il capitolo si conclude con un'analisi delle principali normative nazionali che regolano e garantiscono l'erogazione del servizio della scuola in ospedale in Italia.

1.1. CHE COS'È LA SCUOLA IN OSPEDALE

Nel corso del tempo il concetto di salute è stato arricchito ed espanso. Oggi l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stato di salute come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale (Bosisio & Cavaletto, 2025). Altrettanto l'istruzione ha assunto un significato più ampio, in cui sono state integrate tutte le azioni indirizzate al pieno sviluppo della persona umana e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali (Bosisio & Cavaletto, 2025). È possibili quindi osservare che *salute* e *istruzione* contribuiscano alla costruzione del benessere individuale; ciò significa che garantire il diritto d'istruzione anche nella malattia sia una missione fondamentale, soprattutto quando è rivolta a bambini e adolescenti (Bosisio & Cavaletto, 2025). Ogni bambino deve poter andare a scuola, in quanto l'istruzione è un diritto umano che rappresenta un passaggio fondamentale per creare uguaglianza e per permettere ad ogni cittadino di fare scelte

consapevoli, di costruire una vita dignitosa (Ministero dell'Istruzione e del Merito) e di raggiungere il pieno sviluppo individuale (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1948).

Per alcuni bambini e adolescenti affetti da condizioni di salute croniche, mantenere un adeguato livello di partecipazione e frequenza scolastica può dimostrarsi complesso (Barnett et al., 2023), soprattutto a causa dei ricoveri prolungati e frequenti (Bastidas-Rivera et al., 2023). La malattia rappresenta quindi uno sconvolgimento della quotidianità (Bosisio & Cavaletto, 2025) e tale disagio può ostacolare il pieno sviluppo e il raggiungimento delle loro potenzialità individuali (Barnett et al., 2023). In quanto salute e istruzione concorrono al benessere personale (Bosisio & Cavaletto, 2025), proporre servizi educativi nei reparti pediatrici può ridurre le conseguenze dell'ospedalizzazione (Barnett et al., 2023) e offre al bambino la possibilità di continuare a svolgere le attività che sono parte integrante della propria identità e che consentono il pieno sviluppo delle potenzialità (Bosisio & Cornali, 2021, come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025). A conferma di ciò, Azevedo e colleghi (2019) scrivono che uno dei ruoli fondamentali dei reparti pediatrici è, infatti, quello di garantire il benessere dei piccoli pazienti, creando ambienti centrati sul bambino, in grado di offrire contenuti educativi e scolastici, contribuendo al tempo stesso a ridurre il senso di isolamento.

Si realizza così la scuola in ospedale, cioè un “servizio a tutela della salute e dell'istruzione” (Bosisio & Cavaletto, 2025) offerto all'interno di numerose strutture ospedaliere, che garantisce ai minori degenti il diritto allo studio e all'istruzione, nonostante l'ostacolo della malattia (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020). In essa non prevale la dimensione del diritto e dovere, ma bensì quella del diritto e della scelta da parte del paziente a seconda dello stato di salute, spesso imprevedibile e instabile (Bosisio & Cavaletto, 2025). Inoltre, la scuola in ospedale fornisce al bambino malato la possibilità di affermare il diritto alla scuola, perseguendo l'obiettivo del successo formativo e soprattutto di inclusione e partecipazione (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Il servizio di scuola in ospedale permette al giovane paziente di accedere ad un'esperienza educativa che tiene conto delle sue esigenze e bisogni specifici: il bambino è parte centrale dell'intera azione scolastica ospedaliera col fine di creare un percorso flessibile e significativo, volto anche a sostenere la sua rete familiare e scolastica (Righettini, 2022, come citato in Di Padova et al., 2023). Infatti, lo scopo principale della scuola in ospedale è offrire delle attività che permettano di mantenere i legami scolastici del giovane paziente, tramite un percorso cognitivo, emotivo e didattico (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020). Inoltre, la scuola in ospedale è lo strumento esperienziale che permette al giovane paziente di impadronirsi di una visione autentica della realtà e di comprendere il legame tra educazione e malattia (Di Padova et al, 2023). La scuola in ospedale, quindi, può sviluppare e offrire programmi educativi che permettono ai giovani degenti di continuare il processo di apprendimento e di contribuire al mantenimento delle reti sociali e delle attività scolastiche, riducendo al contempo le difficoltà che possono emergere durante il rientro scolastico. Inoltre, è possibile mitigare l'impatto negativo dell'assenza scolastica potenziando abilità cognitive, la motivazione, le strategie di apprendimento autoregolato e il coinvolgimento scolastico (Azevedo et al., 2019). Per cui, tale servizio, offre ai giovani ospedalizzati un contesto sociale e un luogo di apprendimento che rende possibile l'espressione di sé, delle proprie competenze e permette di proseguire il processo di sviluppo ed educativo (Benigno et al., 2020).

In quest'ottica la scuola in ospedale trasforma l'ambiente ospedaliero in un luogo multidisciplinare, in cui l'attenzione è posta sulla salute, sullo sviluppo, sul benessere e sull'apprendimento (Benigno et al., 2020). Il Ministero dell'Istruzione e del Merito (2020) evidenzia che “la scuola in ospedale è riconosciuta e apprezzata in ambito sanitario come parte integrante del programma terapeutico”, poiché considera il percorso di cura come un processo che integra strumenti didattici e relazionali (Bosisio & Cavaletto, 2025) e che permette di portare la scuola nei luoghi in cui la soddisfazione dei bisogni di partecipazione e inclusione è necessaria per garantire il benessere del bambino (Bosisio & Cavaletto, 2025). Fare scuola in ospedale significa quindi

impiegare un *approccio globale* alla salute e al benessere, in cui si contribuisce all'umanizzazione del percorso di cura e al miglioramento della qualità di vita dei giovani pazienti (Bosisio & Cavaletto, 2025), assumendo un punto di vista centrato sull'individuo e non più solo sulla malattia (Jiliberto & Alva, 2025). Inoltre, la presa in carico globale del bambino ospedalizzato si realizza in un'ottica di co-gestione tra gli attori coinvolti nella sua cura ed educazione, con il fine di garantire la continuità del percorso educativo, pur rispettando le priorità terapeutico-assistenziali (Bosisio & Cavaletto, 2025).

1.2. CHI SONO GLI STUDENTI DELLA SCUOLA IN OSPEDALE

Gli studenti della scuola in ospedale sono bambini e adolescenti che, nel corso del loro sviluppo, si trovano a vivere una transizione, improvvisa e non normativa (poiché la malattia rappresenta un evento non atteso nel percorso di sviluppo del bambino e non supportato da risorse evolutive, sociali e culturali consolidate), dallo stato di salute a quello di malattia. Tale cambiamento porta con sé un forte turbamento nella quotidianità del bambino e nella vita di tutti gli attori coinvolti nella sua crescita, nella sua educazione e nella sua cura (Bosisio & Cavaletto, 2025). Con l'insorgere della malattia, i giovani pazienti perdono completamente la routine che caratterizzava la loro vita precedente alla diagnosi. Mantenere un legame con le dinamiche tipiche di una quotidianità vissuta nella salute rappresenta per loro un punto di forza, poiché li aiuta ad affrontare il percorso di cura in modo più significativo e consapevole (Di Padova et al, 2023).

A caratterizzare la degenza del giovane paziente è l'equipe multidisciplinare che si occupa del suo percorso di cura e che si relaziona con esso. In questo gruppo eterogeneo di figure professionali il bambino tenta di ascoltare e di essere ascoltato dimostrando di non essere un "corpo silenzioso" (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Bosisio e Cavaletto (2025), infatti, definiscono gli studenti-pazienti della scuola in ospedale come *healthcare actors*, poiché i pazienti pediatrici tendono ad instaurare con il personale sanitario relazioni caratterizzate da un intenso scambio comunicativo, utile

anche a facilitare l'intervento medico. In questo senso, i bambini ospedalizzati diventano protagonisti e attori del loro percorso di cura e della transizione dalla malattia alla guarigione (Favretto & Zaltron, 2014, come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025, pag. 32).

Il primo elemento che sostiene la rappresentazione del bambino come attore nel processo di cura è la sua capacità di *agency*, che molti pazienti pediatrici riescono ad esprimere durante l'esperienza di malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025).

In particolare, l'*agency* può essere definita come la capacità individuale di influenzare e orientare il proprio corso di vita, prendendo decisioni e agendo all'interno di percorsi socialmente strutturati. Gli attori sociali sono consapevoli delle proprie opportunità e risorse e le utilizzano per perseguire i loro obiettivi pur rispettando i limiti del contesto sociale (Hitlin & Elder, Jr., 2007). I giovani pazienti dimostrano, infatti, di saper partecipare ai processi decisionali relativi al percorso di cura, e di elaborare strategie efficaci di gestione della malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025). La capacità dei giovani pazienti di comprendere e comunicare il proprio stato fisiologico contribuisce a rafforzare il riconoscimento della loro partecipazione attiva nel processo di cura. Tale competenza deriva dalla loro *agency*, che consente loro di imparare ed a decodificare i sintomi e i segnali corporei legati alla malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Un ulteriore elemento che arricchisce la definizione del bambino ospedalizzato come attore è la sua capacità auto-riflessiva, che emerge nelle narrazioni e nelle interpretazioni personali delle transizioni vissute durante il percorso di cura (Colaïanni et al. 2008 come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025).

Castro Ibáñez (2024) ha svolto un'analisi della letteratura esistente sulla scuola in ospedale, evidenziando l'eterogeneità degli studenti che la frequentano. In particolare, l'autrice sottolinea come la maggior parte degli studenti-pazienti sia costituita da bambini e adolescenti che affrontano lunghi periodi di ospedalizzazione a causa di malattie tumorali, patologie croniche e disturbi mentali, includendo tra questi anche i disturbi del comportamento alimentare. L'ospedalizzazione può rappresentare per il bambino un'esperienza stressante e spaventosa, alimentata dalla perdita della

normalità e dalla lontananza dai luoghi che contribuiscono alla costruzione della consapevolezza di sé, come la scuola.

L'esperienza emotivamente negativa può essere attenuata creando spazi percepiti come sicuri e promuovendo la partecipazione del bambino nel processo di cura, sostenuta dalle sue capacità di agency. Tra gli spazi che infondono sicurezza, un ruolo centrale è svolto dalla scuola in ospedale, che offre al bambino un ambiente significativo in cui poter tornare a sentirsi studente e protagonista del proprio percorso educativo e di cura (Bosisio & Cavaletto, 2025). Inoltre, attribuire un ruolo attivo agli studenti-pazienti della scuola in ospedale produce un risultato positivo per tutti i soggetti coinvolti nella cura del giovane paziente (Bosisio & Cavaletto, 2025). Il riconoscimento del bambino come *healthcare actor* valorizza il loro contributo come esperti della loro quotidianità, rendendoli agli occhi degli adulti capaci di confrontarsi con loro, mettersi in discussione e prendere decisioni nel loro percorso di cura (Bosisio & Cavaletto, 2025).

1.3. IL LAVORO E LA PROSPETTIVA DEGLI INSEGNANTI OSPEDALIERI

La presenza degli insegnanti nei reparti ospedalieri pediatrici “rappresenta l’aggancio, per il bambino, alla *normalità infantile*” (Bosisio & Cavaletto, 2025, pag. 40); così Bosisio e Cavaletto (2025) definiscono l’importante lavoro svolto dagli insegnanti ospedalieri: l’incontro con la figura dell’insegnante, legata alla vita precedente all’ospedalizzazione e inserita in un contesto peculiare come quello ospedaliero, può diventare per il bambino un riferimento potente, capace di aiutarlo ad affrontare l’esperienza della malattia nella “versione più forte di sé” (Goodman, 1988 come citato in Hen & Gilan-Shochat, 2022).

Gli insegnanti ospedalieri spiccano nell’ambiente sanitario in quanto sono coloro che si occupano dell’educazione del bambino e, allo stesso tempo, aiutano il piccolo paziente a mantenere i contatti con la rete scolastica, a sostenere aspettative e sogni tipici della loro età (Bosisio & Cavaletto, 2025). Infatti, il loro ruolo nella relazione con lo studente, e con la sua rete sociale, è specifico e di particolare rilevanza per la

qualità di vita del giovane paziente (Bosisio & Cavaletto, 2025), anche attraverso la promozione di un senso di normalità e quotidianità (Boles & Winsor, 2019 come citato in Jiliberto & Alva, 2025).

Il docente ospedaliero è quella figura professionale che, all'interno delle strutture ospedaliere, assume la responsabilità educativa dei bambini e dei ragazzi ospedalizzati (Jiliberto & Alva, 2025), riconoscendo e affrontando gli aspetti peculiari del contesto di cura ospedaliero (Benigno & Fante, 2020) e sviluppando una specifica identità professionale. Il profilo professionale dell'insegnante ospedaliero è infatti costituito da competenze tecnico-educative peculiari al contesto (Capurso & Vecchini, 2010), competenze socio-emotive, per far fronte al dolore e alla sofferenza del paziente e della sua famiglia, e buone capacità di adattamento e flessibilità, efficaci per affrontare l'instabilità del percorso di cura del bambino (Hen & Gilan-Shochat, 2022).

I docenti ospedalieri devono affrontare situazioni peculiari rispetto agli insegnanti territoriali, con i quali devono ridefinire il posizionamento professionale e creare una relazione didattica, al fine di garantire continuità educativa al bambino (Bosisio & Cavaletto, 2025) e un adeguato livello di insegnamento (Jiliberto & Alva, 2025). Infatti, la scuola in ospedale richiede agli insegnanti un buon adattamento verso un lavoro quotidiano svolto in solitudine, ma completo di tutte le *skills* professionali (capacità relazionali ed emotive, di auto-organizzazione e formazione, di innovazione e flessibilità) che permettono una buona pratica educativa e di insegnamento (Bosisio e Cavaletto, 2025). Gli insegnanti ospedalieri devono quindi organizzare costantemente i piani didattici, eterogenei e personalizzati (Benigno et al., 2020), in base alla condizione di salute fisica e psicologica dello studente (Shaw & Brown, 2011 come citato in Benigno et al., 2020).

Bosisio e Cavaletto (2025) definiscono la scuola in ospedale come un luogo di duplice significato e di duplice percezione per i docenti: rappresenta un ambiente sanitario di cura (l'ospedale), ma al contempo costituisce un luogo estraneo da quello scolastico territoriale, che richiede modalità educative flessibili e personalizzate per rispondere ai bisogni sanitari, educativi e relazionali del bambino ricoverato. Infatti,

l'insegnamento in ospedale comporta una serie di difficoltà tipiche del luogo in cui si svolge, poiché gli insegnanti ospedalieri devono accogliere studenti di diversi livelli educativi e confrontarsi con l'incertezza quotidiana sul numero delle presenze, sulla durata del programma educativo, adattandosi costantemente alle variabili temporali, spaziali e umane (Andreatta et al., 2016 come citato in Jiliberto & Alva, 2025).

Benigno e Fante (2020) hanno svolto uno studio quantitativo sul senso di gratificazione e di stress vissuto dagli insegnanti ospedalieri italiani. I risultati dell'indagine hanno confermato "la complessità del contesto relazione in cui l'insegnante ospedaliero opera (Benigno & Fante, 2020)". Infatti, l'ambiente ospedaliero richiede ai docenti specifiche capacità intrapersonali, interpersonali e comunicative.

Un elemento significativo emerso dallo studio di Benigno e Fante (2020) riguarda la comunicazione con gli studenti: l'interazione docente-studente è caratterizzata da aspetti non tradizionali, che non si limitano alla pratica educativa e didattica. Gli autori (2020) riportano, infatti, che il contatto con la sofferenza e la malattia costituisce uno stressor specifico del ruolo dell'insegnante ospedaliero.

Altri elementi che contribuiscono ad aumentare il senso di fatica negli insegnanti ospedalieri riguardano la frequente mancanza di comunicazione e di inclusione con l'equipe medica, dovuta alla percezione diffusa del ruolo subordinato della scuola in ospedale, che si riflette sull'organizzazione spaziale e temporale delle lezioni e sugli ambienti dedicati all'educazione del bambino ricoverato. Dall'indagine è emerso che queste due difficoltà incidono in modo significativo sul senso di autoefficacia professionale dei docenti ospedalieri (Benigno & Fante, 2020).

Per quanto riguarda gli aspetti che generano senso di gratificazione negli insegnanti ospedalieri, vi sono i riconoscimenti esterni, la normalizzazione e il contatto umano e le relazioni interpersonali.

Il riconoscimento del lavoro educativo, soprattutto da parte dell'equipe sanitaria, è considerato dai docenti ospedalieri un fattore motivazionale estrinseco. I risultati dello studio hanno evidenziato come tale riconoscimento favorisce un maggiore livello di collaborazione tra l'equipe e gli insegnanti ospedalieri, fungendo da fattore

protettivo contro lo stress. Benigno e Fante (2020) sottolineano che tuttavia, a causa della scarsa conoscenza del personale sanitario sul ruolo degli insegnanti ospedalieri, questi ultimi incontrano difficoltà nel relazionarsi professionalmente con essi.

Un ulteriore fonte di gratificazione per gli insegnanti ospedalieri riguarda la consapevolezza di trasmettere un senso di normalità e benessere ai loro studenti (Benigno & Fante, 2020), aspetto che verrà confermato e ribadito da diverse indagini condotte successivamente, come ad esempio quelle di Bosisio & Cavaletto (2025) e Jiliberto & Alva (2025).

Infine, la capacità dell'insegnante di sapere instaurare relazioni basate sulla fiducia con i pazienti e la loro famiglia, è considerata un elemento di gratificazione. Tale competenza è ritenuta di maggiore valore rispetto alla capacità di saper creare curriculum educativi ottimali (Benigno & Fante, 2020). Instaurare buone relazioni, essere l'aggancio alla normalità e il riconoscimento professionale, sono aspetti che diffondono negli insegnanti ospedalieri la percezione di essere parte del percorso di cura del giovane paziente (Benigno & Fante, 2020).

Bosisio e Cavaletto (2025) hanno invece raccolto e analizzato narrazioni qualitative che restituiscono la prospettiva delle diverse figure coinvolte nella scuola in ospedale italiana. Nel loro lavoro di ricerca, le autrici si sono soffermate in particolare sui punti di vista degli insegnanti ospedalieri: le narrazioni emerse sono eterogenee, ma accomunate dal fatto che le modalità di interazione instaurate con le altre figure professionali sanitarie incidono sulla percezione che i docenti ospedalieri hanno della propria posizione e del proprio ruolo all'interno del reparto in cui operano. Alcune narrazioni hanno infatti evidenziato come l'interazione tra insegnanti e personale sanitario sia asimmetrica, contribuendo così ad accentuare la visione di ospite del docente all'interno del reparto pediatrico.

“Io da sempre e da subito ho trovato ascolto, disponibilità e rispetto dei ruoli reciproci. Perciò ho trovato medici, infermieri che se mi trovano a lavorare, se non è il momento, escono e quindi cambiano la loro organizzazione perché [il bambino] sta facendo scuola. Oppure medici che si confrontano con me, medici, équipe, psicologi; io qui ho a disposizione di tutto,

e trovo che tutti loro siano indispensabili per me per comprendere, e quindi di che ho bisogno e chi contatto e quando lo faccio trovo in loro sempre, potrei dire quasi la totalità. (Insegnante, Meyer)” (Bosisio & Cavaletto, 2025, p. 85).

“Hai pochi giorni e non hai un ruolo, contribuisce ma non hai un ruolo così pregnante perché qui quello che conta è il medico che fa la diagnosi. (Insegnante, Gaslini)” (Bosisio & Cavaletto, 2025, p. 85).

Per quanto riguarda il riconoscimento professionale, gli insegnanti ospedalieri hanno sottolineato che gli psicologici sono le figure presenti in reparto che, più di ogni altra, attribuiscono valore al loro ruolo: essi arricchiscono la condizione clinica del paziente con quella emotiva e relazionale, sottolineando così l'importanza dell'educazione nell'intero percorso di cura (Bosisio & Cavaletto, 2025).

“E con le psico-oncologhe c'è un bellissimo rapporto, tra scuola e psico-oncologhe c'è molto dialogo, nel senso che loro ci tengono al corrente di ogni bambino, così come noi le teniamo al corrente [...] È normale che magari i dottori – nel senso generico, ci sono chi più chi meno, diciamo però è normale che loro devono fare il loro percorso medico, quindi ben poco gli interessa del percorso scolastico che devono fare, che fanno i bambini, capisce? (Insegnante, Regina Margherita)” (Bosisio & Cavaletto, 2025, p. 86).

Bosisio e Cavaletto (2025) specificano che la prospettiva dei docenti e il rapporto con le altre figure professionali sanitarie, dipende dal tipo di reperto ospedaliero in cui si trovano ad operare e dalla programmazione degli altri servizi offerti al paziente. La percezione che gli insegnanti ospedalieri hanno sul loro ruolo e sulla buona riuscita dell'azione educativa è fortemente influenzata da diversi aspetti. Jiliberto e Alva (2025) si sono concentrati sulla ricerca dei fattori che possono influenzare il fare scuola in ospedale, secondo la percezione degli insegnanti ospedalieri spagnoli (N=15). Solo 13 docenti ospedaliere donne (87%) parteciparono allo studio.

Per condurre lo studio è stato adottato un disegno misto convergente parallelo (Creswell & Plano, 2018 come citato in Jiliberto & Alva, 2025): alle partecipanti venne somministrato un questionario composto da domande chiuse, per raccogliere i dati quantitativi, seguite da una sezione commenti per i dati qualitativi relativi alla loro prospettiva. I dati raccolti sono stati poi analizzati in combinazione, per ottenere un'interpretazione complessiva resa possibile dal disegno di ricerca adottato. Secondo

Jiliberto e Alva (2025) l'utilizzo di questa modalità di raccolta dati rappresenta un approccio innovativo, utile a sondare i fattori che, secondo gli insegnanti ospedalieri, possono influenzare l'educazione nelle scuole in ospedale.

I fattori che vennero individuati furono divisi in tre categorie:

1. fattori pedagogici, strettamente legati all'insegnamento;
2. fattori socio-emotivi, divisi in competenze emotive e impatto emotivo;
3. fattori relativi al contesto ospedaliero, che potrebbero influire con il lavoro educativo dell'insegnante.

Fattori pedagogici

Le partecipanti hanno riferito di insegnare a bambini con diversi livelli scolastici, e il 62% ha specificato di non avere una materia d'insegnamento assegnata in modo specifico. Inoltre, i dati raccolti evidenziano come i piani educativi e didattici richiedano un continuo adattamento ai bisogni del bambino.

Molte insegnanti considerano l'ambiente in cui si fa scuola essenziale per il benessere dello studente, spesso però influenzato dalla routine e dal lavoro delle altre figure sanitarie coinvolte nella cura del giovane paziente. In generale agli insegnanti ospedalieri è richiesta dinamicità, innovatività per permettere una buona riuscita dell'educazione in ospedale e buone capacità interpersonali, per coordinarsi e cooperare con le altre figure sanitarie. Nonostante ciò, il 67% delle insegnanti ha riferito la mancata formazione professionale specifica (Jiliberto & Alva, 2025).

Fattori socio-emotivi

Le partecipanti hanno affermato che operare nel contesto ospedaliero richiede competenze emotive e comunicative specifiche della scuola in ospedale. Creare un legame con lo studente e la sua famiglia, fondato sull'empatia e su una buona comunicazione, ha un forte impatto sull'emotività dell'insegnante, soprattutto nelle situazioni di peggioramento della salute dello studente. Nonostante gli insegnanti debbano affrontare situazioni di forte sofferenza fisica e mentale, percepiscono il loro lavoro come essenziale al fine di creare un senso di normalità e benessere nel bambino ricoverato, confermando i dati raccolti da Benigno e Fante (2020) e successivamente

da Bosisio e Cavalletto (2025). Proprio da questo aspetto i docenti ospedalieri traggono un elevato senso di gratificazione (Jiliberto & Alva, 2025), convalidando quanto riportato nello studio italiano di Benigno e Fante (2020).

Fattori relativi al contesto ospedaliero

Nei reperti pediatrici, gli insegnanti ospedalieri riferiscono di essere poco riconosciuti dai bambini come figura professionale, nonostante l'utilizzo dell'uniforme (Jiliberto & Alva, 2025). Inoltre, gli insegnanti hanno riferito di sentirsi esclusi dal contesto ospedaliero; Jiliberto e Alva (2025) propongono che possa essere la conseguenza della disparità di risorse fornite dalla struttura ospedaliera alla scuola in ospedale rispetto a quelle messe a disposizione agli altri servizi ospedalieri. I dati raccolti ed analizzati nello studio di Jiliberto e Alva (2025) rafforzano quanto già riportato in letteratura.

La pandemia di COVID-19 ha modificato molteplici aspetti della scuola in ospedale e ha aggravato alcune problematiche già preesistenti. Gli insegnanti ospedalieri hanno percepito un forte senso di isolamento e disorientamento, dovuti alle difficoltà nell'utilizzo della didattica a distanza, all'assenza di valorizzazione del ruolo e per il ridotto coinvolgimento con l'equipe sanitaria (Benigno et al., 2020).

Infine, lo studio condotto da Hen e Gilan-Shochat (2022) ha evidenziato il bisogno dagli insegnanti ospedalieri di ricevere una formazione specifica per operare in modo efficace nel contesto peculiare della scuola in ospedale e per creare un profilo professionale che integri le capacità individuali con quelle lavorative.

Il lavoro educativo svolto dagli insegnanti ospedalieri non può essere considerato un salvavita, ma la letteratura evidenzia che “essa contribuisce in modo significativo alla qualità della vita e al comportamento del bambino ricoverato, alla sua collaborazione con il personale medico e alla sua personale interiorizzazione dell'esperienza del ricovero (Hen & Gilan-Shochat, 2022, pag. 117)”.

1.4. LA SCUOLA IN OSPEDALE IN ITALIA

La scuola in ospedale (SIO) in Italia nacque negli anni 50' in concomitanza all'apertura delle sezioni scolastiche speciali nei reparti pediatrici. Lo scopo iniziale fu

quello di sostenere i giovani pazienti della scuola primaria nelle difficoltà tipiche del rientro nelle loro scuole d'origine, grazie al supporto e all'educazione fornite dagli insegnanti ospedalieri (Caggiano et al., 2021).

In Italia esistono una serie di normative rigorose e dettagliate, destinate a garantire il diritto dell'istruzione anche nelle condizioni di malattia. Nel 1986 la Circolare Ministeriale n. 345 validò le scuole elementari statili presso gli ospedali, arrivando all'istituzione delle prime sezioni di scuola elementare nei reparti pediatrici (Bosisio & Cavaletto, 2025).

La successiva Circolare Ministeriale n. 353 ordinò la trasformazione della scuola in ospedale in una “struttura scolastica organizzata e reale” e armonizzò diversi aspetti, tra cui l'organico, la flessibilità dell'organizzazione e la formazione dei docenti ospedalieri.

Nel 2000, con il Protocollo di Intesa, si arrivò al riconoscimento delle attività didattiche e educative ospedaliere come parte integrante del percorso di cura del giovane paziente. Inoltre, venne esteso il servizio di scuola in ospedale a tutti i gradi e ordini scolastici (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Oggi il Ministero dell'Istruzione e del Merito (2020) considera la scuola in ospedale come un luogo in cui si incontrano studenti, insegnanti, medici, operatori sanitari e famiglie. Inoltre, è un servizio che si avvicina alla realtà dei giovani pazienti, riconoscendoli come persone che hanno il diritto di mantenere la propria identità e di evolversi, nonostante la malattia (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020).

La scuola in ospedale è per cui un'offerta formativa che assicura agli studenti-pazienti pari opportunità e che gli fornisce la possibilità di proseguire lo sviluppo di capacità e competenze, al fine di facilitare il loro reinserimento nella scuola territoriale e di prevenire la dispersione scolastica (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020). La peculiarità delle sezioni scolastiche ospedaliere italiane riguarda la modalità di erogazione del servizio, in cui le condizioni di salute psicologica e fisica del giovane paziente sono considerate primarie. Gli insegnanti ospedalieri devono quindi possedere specifiche capacità relazionali, necessarie anche per preservare la propria serenità e

obiettività, spesso messe a dura prova dal contatto con la malattia. Inoltre, la figura dell'insegnante accanto alle altre figure sanitarie ospedaliere è essenziale per assicurare il giovane paziente e guidarlo sul piano educativo (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020).

Inoltre, il Ministero dell'Istruzione e del Merito sottolinea come la scuola in ospedale sia il risultato di un modello integrato di intervento, poiché assicura ai pazienti pediatrici un legame con la famiglia e l'ospedale. Inoltre, è l'esempio concreto di come istituzioni, servizi e operatori diversi e con obiettivi differenti, possano incontrarsi e interagire per la costruzione di interventi che condividono la medesima finalità: il benessere e la crescita individuale del bambino ospedalizzato.

Oggi il servizio italiano di scuola in ospedale collabora con numerosi docenti di ogni grado e ordine scolastico con lo scopo di soddisfare la richiesta di istruzione di ogni paziente pediatrico (Caggiano et al., 2021).

In Italia sono presenti 18 scuole-polo (non previste in Valle d'Aosta e in Trentino-Alto Adige, in quanto vige autonomia legislativa) e 254 Sezioni Ospedaliere. Nell'anno scolastico 2023-2024 hanno potuto studiare più di 60.000 studenti, prevalentemente della scuola dell'infanzia e primaria. Sono stati coinvolti 998 insegnanti ospedalieri (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Inoltre, si osserva una continua diffusione mediatica sull'importanza del legame tra scuola e salute e una crescente richiesta di nuove sezioni scolastiche ospedaliere (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020).

Bosisio e Cavaletto (2025) spiegano come le linee di indirizzo nazionale hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sulle strategie educative volte a realizzare una presa in carico globale del paziente pediatrico, ponendo una particolare attenzione sulla tutela del suo benessere psico-emotivo.

Nonostante ciò, nel contesto italiano si osserva una notevole eterogeneità nei riconoscimenti istituzionali e nella visibilità della scuola in ospedale. I risultati della ricerca di Bosisio e Cavaletto (2025), strutturata sull'analisi delle narrazioni degli insegnanti ospedalieri, confermano tale ipotesi.

Le narrazioni dei docenti dell'ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino, raccontano di condizioni ottimali di comunicazione e interazione tra figure sanitarie e educative, con ricadute positive sul riconoscimento e sulla visibilità della scuola in ospedale. Tale aspetto è confermato dal fatto che la comunicazione con il giovane paziente e la sua famiglia è assegnata ai docenti ospedalieri in coordinamento con il personale sanitario, che comunica tempestivamente alle famiglie la presenza del servizio di scuola in ospedale (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Gli insegnanti dell'ospedale infantile Meyer di Firenze descrivono invece una scarsa e disinteressata cooperazione con le figure. Nonostante ciò, il loro lavoro viene rispettato e considerato risorsa integrante del percorso di cura del giovane paziente (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Infine, all'ospedale infantile Gaslini di Genova il riconoscimento della scuola in ospedale è complesso da analizzare, in quanto le narrazioni positive degli insegnanti sono in contrasto con l'operatività effettiva. Infatti, si osserva una scarsa presentazione del servizio alle famiglie e la collaborazione con il personale sanitario si limita alla comunicazione delle condizioni mediche del giovane paziente, con lo scopo di ridurre al minimo le possibili interferenze del lavoro dei docenti ospedalieri con quello delle altre figure sanitarie (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Le autrici Bosisio e Cavaletto (2025) hanno quindi individuato un'eterogeneità nell'organizzazione della scuola in ospedale italiana. L'unico elemento comune a tutti i contesti analizzati è identificabile nella limitata autonomia e al ruolo subordinato degli insegnanti ospedalieri. Infatti, in tutti i contesti italiani i docenti ospedalieri operano con la consapevolezza di dover svolgere il loro lavoro in modo discreto e silenzioso. Bosisio e Cavaletto (2025) concludono che tale cauto avvicinamento da parte degli insegnanti ospedalieri, può essere dovuto ad un'attenzione verso la condizione degli studenti-pazienti e per la diffusa consapevolezza di essere ospiti all'interno dell'ospedale in cui fanno scuola (Bosisio & Cavaletto, 2025).

CAPITOLO 2 – I PAZIENTI-STUDENTI

Questo capitolo si concentra sull'esperienza della malattia vissuta in età evolutiva e le sue ripercussioni sul percorso di crescita, sull'identità e sulla vita scolastica dei giovani pazienti. In particolare, viene approfondito come l'insorgenza della patologia rappresenti una transizione non normativa che interrompe la continuità delle traiettorie di sviluppo, incidendo su tutte le dimensioni di vita e non unicamente su quella fisica. Il primo paragrafo analizza il significato di crescere con la malattia, evidenziando come essa influenzi la quotidianità del bambino, spesso caratterizzata da trattamenti medici intensivi e da una temporanea separazione dei contesti di vita abituali. Viene poi approfondito l'impatto dell'ospedalizzazione, considerata come un'esperienza potenzialmente stressante che causa molteplici cambiamenti, ma capace di favorire lo sviluppo e l'attivazione di strategie di coping e risorse personali.

Infine, si approfondiscono le dinamiche del percorso di uscita dall'ospedale e del rientro a scuola, considerato un momento delicato che richiede la collaborazione di diverse figure per garantire la continuità educativa e il sostegno psicologico. In questo contesto, la scuola in ospedale e la scuola domiciliare assumono un ruolo fondamentale.

2.1. CRESCERE CON LA MALATTIA

L'Istituto della Enciclopedia Italiana definisce la malattia come uno “stato di sofferenza di un organismo, prodotto da una cosa che lo danneggia, e il complesso dei fenomeni reattivi che ne derivano”.

Tra i diversi gruppi di malattie rientrano le malattie croniche, ossia patologie caratterizzate da un esordio precoce nel corpo del soggetto ma che possono richiedere anche decenni prima di manifestarsi. All'interno di questo gruppo rientrano diverse condizioni patologiche, tra cui le neoplasie, come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'Associazione Italiana Registro Tumori segnala che i tumori rappresentano una delle cause più frequenti di morte nell'età pediatrica compresa tra i 0-14 anni. Nel bambino

e nell'adolescente il tipo di tumore che si riscontra più frequentemente è la leucemia (33%), seguita dai tumori del sistema nervoso centrale, mentre i tumori ossei sono meno frequenti (6,4%) (Associazione Italiana Registro Tumori).

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, l'11,2% dei bambini italiani (con riferimento 0-14 anni) presenta almeno una malattia cronica, di cui il 1,6% soffre di due o più condizioni mediche croniche.

L'arrivo di una malattia, talvolta severa, nel corpo di un bambino irrompe nel delicato processo di sviluppo (Gambarota et al., 2016) e turba profondamente la sua quotidianità di vita (Bosisio & Cavaletto, 2025) comportando talvolta la perdita della routine precedente alla diagnosi: i giovani pazienti sono spesso sottoposti a trattamenti caratterizzati da intensi protocolli di cura, che prevedono procedure mediche invasive e ripetuti ricoveri che comportano una forzata separazione dagli ambienti tipici dell'infanzia e dell'adolescenza, come la scuola (Di Padova et al., 2023).

La malattia, soprattutto quando assume carattere cronico, si configura come una condizione di lunga durata che comporta un'alterazione dei comportamenti adattivi e dei ruoli socialmente definiti (Shaw & McCabe, 2008), tra cui il gioco, le interazioni sociali, i ruoli familiari e la frequenza scolastica (Prevatt et al., 2000 come citato in Shaw & McCabe, 2008). Infatti, le variabili più significative compromesse sono l'autostima, il benessere personale, le relazioni amicali e familiari, e gli aspetti educativi e scolastici (Gambarota et al., 2016).

Le studiose Bosisio e Cavaletto (2025) definiscono la malattia come il risultato di una transizione, intesa come il movimento del soggetto da uno stato all'altro nel corso della vita, che, nel caso della patologia, si configura come non auspicabile e inatteso.

Tale transizione crea discontinuità nella vita del bambino, poiché possiede la caratteristica di causare una crisi su una specifica traiettoria di sviluppo, come quella scolastica (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Tale crisi non coinvolge soltanto il bambino, ma anche l'ambiente circostante, chiamato a suggerire nuove attribuzioni di senso alla nuova traiettoria (Bosisio &

Cavaletto, 2025). L'esordio di una malattia cronica e grave incide infatti sul benessere psicosociale del giovane paziente, della sua famiglia e della rete sociale di riferimento (Barlow & Ellard, 2006; Obaid, 2015 come citato in Capurso et al., 2021).

Inoltre, l'insorgenza della malattia può provocare i cosiddetti *cross-career effects*, ossia "perturbazioni allargate che sfidano l'equilibrio complessivo del soggetto" (Bosisio & Cavaletto, 2025, pag. 29). Ciò implica che una specifica transizione ha il potere di influenzare anche le altre traiettorie che caratterizzano la vita del bambino (Moen et al., 1995 come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025).

Le traiettorie di vita non sono predeterminate e, grazie alla capacità di *agency* - citata nel capitolo precedente - i soggetti possiedono le potenzialità per elaborare anche le transizioni più critiche e di riprogettare le traiettorie seguenti (Bosisio & Cavaletto, 2025). Infatti, una transizione conduce a una ridefinizione del sistema corrente di significati nel quale il soggetto intreccia attività, relazioni e aspettative di ruolo (Bronfenbrenner, 1986 come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025).

La transizione dalla condizione di salute a quella di malattia condivide con le altre la caratteristica di avere differente peso e valore a seconda del periodo evolutivo in cui si verifica (Bosisio & Cavaletto, 2025). L'elemento che, invece, la distingue dalle altre transizioni è di non essere normativa, e dunque non attesa lungo il percorso di vita del bambino; ciò comporta la mancanza del repertorio di interpretazione di ruolo, utile ad agevolare l'elaborazione della transizione stessa (Bosisio & Cavaletto, 2025).

La malattia medica possiede inoltre la caratteristica di essere fisicamente afflittiva, poiché mette in evidenza i cambiamenti che avvengono sul corpo del paziente.

Tale aggressione fisica può causare nel bambino una rottura psicologica molto profonda che coinvolge anche la sua identità (Bosisio & Cavaletto, 2025). Infatti, gli intensi protocolli terapeutici e i relativi effetti collaterali incidono sulla percezione del Sé, compromettendo l'autostima e l'immagine corporea; tali aspetti risultano particolarmente critici quando il giovane paziente è adolescente (Gambarota et al., 2016).

Un ulteriore elemento, comune a tutte le transizioni definite non normative in letteratura, è che la malattia sottrae al giovane paziente la possibilità di creare una rappresentazione di Sé anticipatoria rispetto le condizioni che dovrà affrontare nel corso della transizione (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Infatti, la malattia richiede al bambino di crescere sostenendo orizzonti temporali (“*quanto durerà?*”) e identitari (“*come sarò dopo?*”) incerti, che erodono le sue risorse materiali, organizzative ed emotive, compromettendo così la capacità del bambino di affrontare eventuali esperienze future stressanti (Bosisio & Cavaletto, 2025). Pur essendo informato dai professionisti sanitari, il bambino malato non ha certezze sull’esito finale, ma è consapevole della necessità di continuare a crescere (Bosisio & Cavaletto, 2025).

“*Cosa mi sta succedendo?*” e “*perché a me?*” sono altrettanti interrogativi di natura esistenziale a cui il giovane paziente cerca di dare risposta (Bury, 2005 come citato in Bosisio & Cavaletto, 2025).

Rispetto al modo con cui i bambini elaborano l’esperienza della malattia, troviamo in letteratura due ipotesi principali, corrispondenti a due diversi approcci teorici (Rushforth, 1999 come citato in Capurso et al., 2021). Il primo approccio si rifà alle teorie proposte da Piaget e mette in relazione la comprensione della malattia con lo stadio di sviluppo cognitivo in cui si trova il bambino. In particolare, i bambini nello stadio preoperatorio (2-6 anni) tendono a spiegare la malattia in termini fenomenologici oppure magici. I bambini nello stadio operatorio concreto, invece, iniziano ad avere una conoscenza più realistica, ma soltanto nello stadio operatorio formale (11 anni e oltre) emerge la comprensione degli aspetti medici e scientifici (Bibace, 1980; Walsh, 1981 citati in Capurso et al., 2021).

Il secondo approccio è di stampo socio-costruttivista in quanto integra alla teoria piagetiana il ruolo delle esperienze socio-culturali, emotive e cognitive; i bambini, infatti, comprendono gli aspetti della loro malattia se adeguatamente mediati dal contesto e supportati da strumenti culturali e cognitivi, che permettono loro di creare un legame tra le nuove informazioni e quelle pregresse (Capurso et al., 2021).

I giovani pazienti affetti da patologia cronica presentano bisogni eterogenei, generalmente connessi sia alla sintomatologia sia alle conseguenze della malattia. Essi possono manifestare difficoltà nelle funzioni cognitive e nei processi neuropsicologici, in particolare attenzione e memoria, talvolta riconducibili anche agli effetti delle terapie farmacologiche assunte, come ad esempio quelle chemioterapiche. Tuttavia, le criticità maggiormente riportate in letteratura, riguardano la sfera socio-emotiva: i bambini e gli adolescenti possono infatti sperimentare ritiro sociale, difficoltà nella regolazione emotiva della rabbia, nonché stati depressivi e ansiosi (Shaw & McCabe, 2008).

Capurso e colleghi (2021) hanno svolto uno studio qualitativo di *art-based research* col fine di raccogliere le narrazioni dei bambini sull'esperienza di malattia e ospedalizzazione. Raccogliendo i diversi dati ottenuti dal lavoro con i bambini, gli autori hanno osservato che i disegni dei piccoli pazienti spesso rilevano molto del loro stato psicologico (Capurso et al., 2021); in particolare, alcuni disegni hanno evidenziato che, in assenza di strategie psicologiche e di coping, il bambino percepisce esclusivamente gli aspetti negativi dell'esperienza di malattia, resa ancora più difficile da affrontare in mancanza di aspettative o anticipazioni sul futuro (Capurso et al., 2021).

Nonostante ciò, alcuni bambini, anche affetti da tumore, sono capaci di individuare elementi positivi nel presente, percepito come temporaneo e destinato a finire, e di coltivare speranza nel futuro, considerato un tempo che sarà aperto a nuove opportunità (Capurso et al., 2021).

Dal punto di vista psicologico, depressione e ansia sono disturbi ad esordio precoce molto comuni nei bambini e adolescenti che crescono con malattie croniche, con sintomi quali tristezza persistente, perdita di interesse, irritabilità, preoccupazione e disturbi del sonno (Elenga et al., 2024).

Elenga e colleghi (2024) conducendo lo studio sulla qualità di vita di bambini affetti da anemia falciforme, hanno evidenziato come le malattie croniche possano provocare crisi dolorose ripetute e improvvise, che generano nel piccolo paziente uno

stato di paura per il futuro e per l'imprevedibile rischio di morte, con la conseguente insorgenza di stati ansiosi e depressivi (Elenga et al., 2024).

Inoltre, i bambini affetti da malattia cronica vivono spesso sensazioni di imbarazzo legate alla loro condizione medica, che possono determinare un'inibizione dell'espressione emotiva (Elenga et al., 2024). La capacità espressiva può essere aumentata quando si propongono modalità comunicative diverse da quelle verbali, come il racconto, il disegno, il gioco oppure, per i più grandi, le conversazioni sulla propria esperienza (Capurso et al., 2021).

Tali modalità espressive si fondano sul pensiero narrativo che rappresenta, soprattutto per i bambini, uno strumento fondamentale per attribuire significato alla realtà della malattia (Capurso et al., 2021). Secondo Bruner (1986, come citato in Capurso et al., 2021) la narrazione è infatti il mezzo attraverso cui si possono costruire le rappresentazioni del proprio mondo. In particolare, le metafore costituiscono lo strumento narrativo più potente; tuttavia, non sono facilmente usate e comprese dai bambini più piccoli. Nonostante ciò, Capurso e colleghi (2021) hanno osservato come esse risultano utili per rappresentare graficamente le paure, il dolore e la speranza del crescere con la malattia, come nel caso di Mattia, 9 anni, che ha rappresentato la sua patologia come un terribile mostro da combattere (Figura 1).

Figura 1 – Mattia, 9 anni



(Fonte: "My Life in the Hospital": Narratives of Children With a Medical Condition)

Crescere con la malattia comporta un cambiamento e stravolgimento delle esigenze e delle priorità, determinando profondi e complessi mutamenti nella realtà

vissuta dal giovane paziente, a cui risponde anche l'intera famiglia (Gambarota et al., 2016). Infatti, la malattia influenza non solo chi ne è colpito direttamente, ma anche chi gli sta intorno (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Crescere con la malattia comporta che “l'ospedale diventa la nuova realtà evolutiva che si prende cura del ragazzo” (Gambarota et al., 2026, pag. 49), diventando per il bambino non solo un luogo di cura, ma anche una parte della propria esperienza di crescita. Ogni bambino interpreta la malattia in modo soggettivo e attribuisce un senso alla realtà vissuta in molteplici modi (Capurso et al., 2021).

Ciò che accomuna tutti i giovani pazienti è la difficoltà di conciliare il desiderio di sentirsi simili ai propri coetanei ma con la percezione di essere diversi (Boles et al., 2017 come citato in Di Padova et al., 2023), insieme all'impatto significativo che la malattia, soprattutto quando cronica, esercita sull'istruzione e sulla continuità educativa (Shaw & McCabe, 2008).

La scuola in ospedale svolge infatti un ruolo centrale nel contesto di crescita del bambino che convive con la malattia: essa viene rappresentata dai pazienti-studenti come uno spazio libero dalla rigidità dell'ambiente ospedaliero, in cui è possibile riappropriarsi, anche se parzialmente, della propria identità di essere bambino, e non esclusivamente di malato (Bosisio & Cavaletto, 2025).

2.2. L'IMPATTO DELL'OSPEDALIZZAZIONE

La malattia che irrompe nella vita del bambino, turba profondamente la sua vita (Bosisio & Cavaletto, 2025), specialmente quando risultano necessarie terapie invasive che richiedono lunghi periodi di ospedalizzazione (Di Padova et al., 2023) e frequenti ricoveri (Gambarota et al., 2016).

Lo psicologo John Bowlby fu il primo a teorizzare che l'ospedalizzazione, se vissuta nelle fasi precoci di vita, può essere un evento capace di influenzare in modo permanente la vita dei giovani pazienti (De Mula-Fuentes et al., 2017).

Nel suo lavoro *Maternal care and mental health* (1951), pubblicato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Bowlby documenta, infatti, come la

separazione precoce dalla figura di accudimento nei primi anni di vita possa avere conseguenze significative sullo sviluppo emotivo e relazionale, esponendo il bambino a vissuti di protesta (agitazione intensa), disperazione (ritiro emotivo, diminuzione dell'attività motoria e apatia) e distacco (distacco emotivo a lungo termine) (Bowlby, 1951).

Questi principi, originariamente osservati nei contesti di privazione affettiva, sono stati successivamente applicati anche alla comprensione delle esperienze di ospedalizzazione pediatrica, in cui la separazione dai caregiver può rappresentare un fattore di rischio per il benessere psicologico dei giovani pazienti.

Tale ipotesi è stata confermata da studi successivi, i quali evidenziano come i ricoveri ospedalieri possano generare disturbi comportamentali ed emotivi, soprattutto quando si verifica un'interazione tra le caratteristiche individuali del giovane paziente, del contesto familiare e dell'ambiente ospedaliero (De Mula-Fuentes et al., 2017).

Lo studio condotto da De Mula-Fuentes e colleghi (2017) ha evidenziato che tra le variabili correlate all'aumento dei comportamenti disadattivi nei bambini ospedalizzati vi sono le strategie di coping centrate sul problema, che tendono a favorire l'evitamento della situazione attraverso idealizzazioni fantasiose di realtà alternative a quella ospedaliera, e le strategie centrate sulle emozioni, caratterizzate da isolamento sociale, autocritica e autoaccusa. Tali strategie, invece di ridurre il disagio, risultano associate a un incremento dei livelli di ansia nei giovani pazienti. Infatti, livelli elevati di ansia sembrano predisporre il bambino a percepire gli stimoli ambientali come minacciosi, reagendo in maniera eccessiva rispetto allo stimolo reale (De Mula-Fuentes et al., 2017).

Tra i meccanismi di coping, la negazione sembra essere la strategia maggiormente utilizzata per ridurre gli stati depressivi e ansiosi, soprattutto nei bambini con neoplasia (Mabe et al., 1991).

Al contrario, la self-compassion, ossia la capacità di essere benevoli e comprensivi verso sé stessi, si è dimostrata una strategia protettiva nei confronti dello stress e del disagio durante l'ospedalizzazione (Baxter & Sirois, 2024).

L'ospedalizzazione rappresenta un evento che costringe il bambino a sospendere o ridefinire i propri progetti di vita in fasi di sviluppo, come l'infanzia e l'adolescenza, generalmente caratterizzate da numerose esperienze relazionali e conoscitive fondamentali per il processo di costruzione identitaria che condurrà l'età adulta (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Il ricovero ospedaliero incide infatti sul processo di costruzione identitaria, poiché il bambino si trova ad assumere un'imprevista posizione di Sé come persona malata, alla quale si associa il nuovo ruolo sociale di paziente (Bosisio & Cavaletto, 2025). All'interno di questa dinamica di ridefinizione identitaria, le passioni, gli interessi e i progetti - temporaneamente sospesi o trasformati dall'esperienza dell'ospedalizzazione - possono acquisire nuovi significati, pur rimanendo influenzati dalla condizione di malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Secondo Bosisio e Cavaletto (2025), i diversi posizionamenti identitari assunti dai giovani pazienti durante l'ospedalizzazione, possano essere influenzati da contesti che favoriscono l'affermazione di sé; tra questi, le autrici evidenziano l'importanza di poter accedere a forme di partecipazione scolastica durante il ricovero. La continuità scolastica può infatti contribuire a determinare la differenza tra la percezione di *essere malato* e quella di essere *un malato*: la prima descrive una condizione identitaria transitoria che quindi non definisce il ruolo del bambino, mentre la seconda rimanda ad un Sé che si identifica nella malattia in quanto considerata come l'elemento centrale della propria identità (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Inoltre, grazie alle narrazioni di vita dei bambini ospedalizzati, le studiose Bosisio e Cavaletto (2025) hanno osservato che per alcuni giovani pazienti, recuperare le proprie passioni significa ricordare la vita precedente al ricovero, e quindi di avere la possibilità di stabilire un filo conduttore tra passato e presente che contribuisce a creare una continuità identitaria. Per cui, per alcuni giovani pazienti, l'ospedalizzazione diventa un tempo intermedio che non annulla l'identità precedente e non modifica le prospettive future (Bosisio & Cavaletto, 2025).

“All’età di cinque anni i miei genitori mi regalarono una bicicletta e mi sono appassionato alle biciclette. Negli anni la bicicletta è diventata il mio oggetto preferito. Poiché mi sono appassionato alle biciclette, ho imparato molto sui marchi di biciclette e sui componenti di biciclette. E quando sono stato ricoverato in ospedale non potevo andare in bicicletta. Fino a poco a tempo fa! Quando ho ripreso a pedalare, mi sono venuti in mente tanti ricordi. Ogni ora libera che ho, la trascorro in bicicletta, e per di più fa bene alla salute. (Ragazzo, scuola secondaria di I grado, Meyer)” (Bosisio & Cavaletto, 2025, pag. 101).

L’inserimento di questo estratto di testimonianza risulta particolarmente rilevante poiché illustra concretamente come, per alcuni giovani pazienti, la malattia non determini necessariamente una frattura identitaria, ma piuttosto una fase che crea una continuità di Sé.

Tuttavia, per alcuni bambini e adolescenti, l’ospedalizzazione rappresenta una fase della vita che deve concludersi affinché possano ricostruire la propria identità e ristabilire le relazioni precedenti alla malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Nonostante l’ospedalizzazione richieda al giovane paziente di ridefinire la propria identità, il contesto ospedaliero, caratterizzato da una forte rigidità normativa, può causare un paradossale rallentamento nel processo di ricostruzione biografica. Tale arresto può generare nel bambino stati emotivi caratterizzati da paura, insicurezza e apatia (Bosisio & Cavaletto, 2025). La letteratura evidenzia, infatti, come il bambino ospedalizzato possa sperimentare diversi stati emotivi, tra cui sintomi depressivi e ansiosi (Mabe et al., 1991; Elenga et al., 2024), spesso accentuati dalla sintomatologia della malattia fisica e dalle invasive procedure mediche necessarie per il trattamento (Mabe et al., 1991).

Nel corso del ricovero ospedaliero, il giovane paziente può inoltre sviluppare paure legate all’esperienza dolorosa vissuta, che talvolta persistono per oltre sei mesi dalla dimissione (De Mula-Fuentes et al., 2017). Tali livelli di paura risultano particolarmente elevati quando l’evento ospedaliero è imprevisto; al contrario, quando il ricovero è programmato, il bambino ha la possibilità di prepararsi al contatto con il contesto ospedaliero e di sviluppare strategie che aumentano la percezione di controllo e di autoefficacia, riducendo così il rischio di manifestare stati emotivi disfunzionali (De Mula-Fuentes et al., 2017).

Analogamente, le procedure mediche possono influenzare il benessere psicologico del giovane paziente: se da un lato generano stress costante, dall'altro una corretta preparazione ai trattamenti può attenuare il disagio percepito (Mabe et al., 1991).

L'ospedale e l'esperienza dell'ospedalizzazione vengono descritti dai giovani pazienti come luoghi e momenti inospitali, caratterizzati da stimoli che coinvolgono tutti i cinque sensi e che conducono alla scoperta di oggetti, suoni e giusti spesso spiacevoli (Bosisio & Cavaletto, 2025). I bambini raccontano, ad esempio, di trovare fastidiosi i suoni emessi dai macchinari medici utilizzati per la somministrazione delle terapie, il gusto del cibo proposto oppure il contatto con gli strumenti sanitari, come aghi, siringhe e garze (Bosisio & Cavaletto, 2025).

L'esperienza dell'ospedalizzazione è resa ancora più gravosa dalla routine ospedaliera e dalle pratiche terapeutiche, sulle quali i bambini hanno minori possibilità di controllo e di azione. Il tempo viene spesso descritto dai giovani pazienti come noioso, faticoso e scandito da numerose regole da rispettare, inizialmente imposte dal personale sanitario e successivamente riprodotte anche dai familiari (Bosisio & Cavaletto, 2025). In particolare, quanto più il bambino è piccolo, tanto più risulta vulnerabile agli stressor e agli stimoli dell'ambiente ospedaliero (Mabe et al., 1991). In questo contesto, Capurso e colleghi (2021) sottolineano l'importanza di riconoscere la complessità delle emozioni e delle paure vissute dei bambini ospedalizzati: un ascolto attivo da parte delle figure adulte consente infatti di rispondere al loro bisogno di comunicazione e dialogo sperimentato durante il periodo di ricovero (Capurso et al., 2021).

Bosisio e Cavaletto (2025) evidenziano inoltre come tali condizioni possano inibire la capacità di agency dei bambini nel percorso di cura, riducendo la loro possibilità di iniziativa e azione. Questa inibizione risulta tipica della fase iniziale dell'ospedalizzazione; successivamente, dopo aver superato il disorientamento iniziale, i giovani pazienti tendono a manifestare nuovamente la propria agency

attraverso l'elaborazione di strategie che consentono loro di contrastare l'apatia e la rigidità tipiche del contesto ospedaliero (Bosisio & Cavaletto, 2025).

In particolare, i bambini di età compresa tra i 5 e i 10 anni tendono a trovare un rifugio dalle difficoltà dell'ospedalizzazione attraverso l'immaginazione e la fantasia: in questo modo il piccolo paziente può trasformare l'esperienza vissuta in un evento che non riguarda soltanto lui, ma che viene condiviso simbolicamente con tutti coloro che sperimentano sensazioni ed esperienze negative e opprimenti, come la malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Gli adolescenti, invece, trovano una possibile via di fuga dalla routine angosciante del ricovero attraverso la tecnologia e l'accesso a internet (Bosisio & Cavaletto, 2025). A tal proposito, Gambarota e colleghi (2016) rilevano che lo smartphone e i social network offrono ai giovani pazienti la possibilità di rimanere in contatto con la società e di comunicare con la propria rete relazionale, dalla quale sono temporaneamente allontanati a causa dell'ospedalizzazione. Quest'ultima, infatti, interrompe le relazioni e le esperienze significative per lo sviluppo dei ragazzi ospedalizzati (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Durante l'ospedalizzazione, il giovane paziente può sperimentare un senso di perdita di controllo sulla propria vita e sulla realtà (Gambarota et al., 2016), dovuto all'incertezza riguardo all'esito delle terapie e alla progressione della malattia (Bosisio & Cavaletto, 2025), nonché alla limitazione dell'indipendenza personale (Capurso et al., 2021). Questo bisogno di riappropriarsi del controllo sulla realtà vissuta si manifesta, ad esempio, nella tendenza dei ragazzi di cercare informazioni sul web riguardo alla propria condizione medica (Gambarota et al., 2016).

L'ospedalizzazione può aumentare l'isolamento del bambino (Capurso et al., 2021), allontanandolo dalla quotidianità e dalla rete familiare e sociale (Bosisio & Cavaletto, 2025). Per questo motivo, Di Padova e colleghi (2023) sottolineano l'importanza di prestare attenzione alle dinamiche di vita del bambino al di fuori dell'ospedale, oltre che alla cura della malattia.

Rimanere connessi alle attività tipiche di una vita pre-ospedaliera costituisce per i giovani pazienti stanchi e demotivati, una risorsa fondamentale che permette di affrontare i complessi protocolli di cura con maggiore consapevolezza (Di Padova et al., 2023). A conferma, i giovani pazienti intervistati da Gambarota e colleghi (2016) riferiscono che il principale sostegno durante la malattia proviene dalla famiglia e dalla rete amicale.

Tuttavia, l'equilibrio familiare può modificarsi: spesso il genitore che trascorre la maggior parte del tempo in ospedale, rafforza il legame con il figlio e il dialogo sull'esperienza di malattia, fungendo da moderatore agli stressor dell'ospedalizzazione. In molti casi, la figura genitoriale predominante è la madre, che diventa un riferimento emotivo centrale (Gambarota et al., 2016; Mabe et al., 1991). Nonostante ciò, le emozioni e le difficoltà della madre possono influenzare negativamente la percezione del bambino, riducendo così l'efficacia del supporto emotivo; un supporto familiare percepito come scarso può aumentare il rischio di sintomi depressivi (Mabe et al., 1991). Infatti, caregiver che manifestano ansia o stress possono indurre nei giovani pazienti vissuti di disagio, irrequietezza, preoccupazione o tensione, attraverso il contagio emotivo con la figura genitoriale (De Mula-Fuentes et al., 2017).

Anche le amicizie rappresentano una risorsa significativa: mantenere le relazioni interpersonali durante l'ospedalizzazione aiuta i giovani pazienti a preservare le parti sane della loro vita nonostante la malattia (Capurso et al., 2021; Gambarota et al., 2016).

Dai disegni dei bambini emerge spesso una distinzione tra gli elementi legati alla malattia e quelli che richiamano esperienze infantili dinamiche; il contatto con i pari è descritto come un tempo che scinde dalla realtà ospedaliera, capace di creare un ambiente percepito sereno e sicuro, come rappresentato da Pietro, di 9 anni (Figura 2) (Capurso et al., 2021).

La tecnologia offre agli adolescenti ricoverati la possibilità di mantenere legami sociali e accedere a comunità online che condividono esperienze simili (Domínguez &

Sapiña, 2016 come citato in Gambarota et al., 2016). Un'ulteriore risorsa è il gioco, che funge sia da mezzo sociale, mantenendo il contatto con i coetanei, sia da strategia di coping, aiutando il bambino a confinare la malattia e gli strumenti medici in uno spazio mentale protetto, in cui può anche tornare ad esprimere sé stesso (Capurso et al., 2021).

Figura 2 – Il gioco occupa la parte centrale della scena, mentre i letti vuoti, che rappresentano la malattia, vengono posizionati di lato.



(Fonte: “My Life in the Hospital”: Narratives of Children With a Medical Condition)

L'ospedalizzazione comporta inoltre interruzioni significative della frequenza scolastica, costringendo i giovani pazienti a modificare la loro routine e aumentando il rischio di ricadute scolastiche (Gambarota et al., 2016; Di Padova et al., 2023). Per questo alcune strutture ospedaliere italiane, come gli ospedali Regina Margherita, Gaslini e Meyer offrono il servizio di Scuola in Ospedale (Bosisio & Cavaletto, 2025), che consente al paziente-studente di proseguire il percorso educativo e di mantenere un senso di normalità simile alla routine precedente al ricovero (Gambarota et al., 2016). La scuola, infatti, riveste un ruolo centrale, poiché rappresenta un elemento che contribuisce alla salute e al benessere dei pazienti-studenti (St. Leger, 2014 come citato in Di Padova et al., 2023).

Per i bambini e gli adolescenti ospedalizzati, la scuola in ospedale rappresenta non solo una distrazione dalle difficoltà del percorso terapeutico, ma anche un mezzo per percepire un legame con la realtà e con la normalità precedente alla diagnosi e alla malattia (Gambarota et al., 2016). L'esperienza ospedaliera diventa marginale, mentre

la scuola diventa centrale: la scuola in ospedale offre opportunità evolutive (Capurso et al., 2021), in un luogo normativo e limitante (Bosisio & Cavaletto, 2025), favorendo la riduzione della percezione della malattia come elemento primario nella quotidianità del giovane paziente (Capurso et al., 2021).

2.3. IL PERCORSO DI USCITA DALL'OSPEDALE E IL RIENTRO A SCUOLA

Concluso il programma terapeutico, il giovane paziente può essere considerato “fuori terapia”, fase in cui sono previste visite di controllo ambulatoriali finalizzate al monitoraggio dello stato di salute. In questo periodo la quotidianità del bambino tende progressivamente a stabilizzarsi, permettendogli di riprendere, con le dovute attenzioni, le attività interrotte a causa del ricovero, come la scuola e gli incontri con i pari (Gambarota et al., 2016).

L'ospedalizzazione può avere diverse ripercussioni sulla vita scolastica del giovane paziente; tra le più significative si evidenziano la perdita di giorni di scuola e il conseguente calo del rendimento scolastico (Hopkins et al., 2014 come citato in Di Padova et al., 2023), l'aumento del rischio di abbandono scolastico e quindi la minore probabilità di completare l'istruzione obbligatoria (Emerson et al., 2016; French et al., 2013; Conley & Bennett, 2000 come citati in Di Padova et al., 2023) e, infine, una minore probabilità di riuscire ad accedere ai percorsi universitari (Haas & Fosse, 2008 come citato in Di Padova et al., 2023).

Nel momento in cui il giovane paziente può riprendere le attività quotidiane precedentemente sospese a causa del ricovero, i professionisti coinvolti nel suo percorso di cura, si coordinano per sviluppare programmi di transizione e reinserimento sociale personalizzati, costruiti in base alle condizioni mediche e alle esigenze individuali del bambino (Shaw & McCabe, 2008). Questo contesto rimanda all'importanza della scuola in ospedale poiché rappresenta un servizio finalizzato a garantire la continuità educativa, facilitando così il reinserimento del giovane paziente nella scuola territoriale di appartenenza (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020).

I piani personalizzati di transizione ospedale-scuola possono contribuire ad attenuare gli effetti della malattia cronica e, in particolare, a favorire la frequenza scolastica dei giovani pazienti, soprattutto quando vengono progettati da un'equipe multidisciplinare attenta ai diversi bisogni del bambino (Shaw & McCabe, 2008). È inoltre consigliabile coinvolgere attivamente lo studente nella costruzione del piano di reinserimento e prevedere momenti di monitoraggio per individuare e gestire eventuali difficoltà nel percorso di rientro a scuola (Shaw & McCabe, 2008).

All'interno dell'equipe multidisciplinare, anche le figure professionali scolastiche svolgono un ruolo importante: esse sono infatti chiamate a osservare il funzionamento psicologico dello studente e a comunicare al personale medico quando la terapia somministrata sembra influenzare in modo rilevante le capacità cognitive ed emotive del bambino (Shaw & McCabe, 2008).

L'obiettivo primario dei programmi di reinserimento scolastico consiste nel favorire la regolare frequenza del percorso d'istruzione, poiché la presenza fisica in aula può simboleggiare un ritorno alla normalità (Kaffenberger, 2006 come citato in Shaw & McCabe, 2008). Tale obiettivo si realizza durante la fase definita “fuori terapia” (Gambarota et al., 2016), in quanto i ricoveri tendono a diminuire mentre aumentano le visite ambulatoriali, offrendo quindi al giovane paziente maggiori opportunità di poter tornare a frequentare le lezioni scolastiche in presenza (Shaw & McCabe, 2008). In questa fase, la scuola e le famiglia sono chiamate inoltre a collaborare per favorire la progressiva normalizzazione della quotidianità e sostenere il processo di rientro scolastico (Shaw & McCabe, 2008).

Nonostante il ritorno a scuola, il bambino può comunque necessitare di forme di assistenza sanitaria durante l'orario scolastico. Per questo motivo, i piani di reinserimento scolastici possono includere indicazioni relative ad adattamenti strutturali degli ambienti scolastici, come ad esempio la modifica delle attività di educazione fisica, la predisposizione di spazi tranquilli in cui il bambino possa riposare e la riduzione di situazioni potenzialmente imbarazzanti (Shaw & McCabe, 2007). Tuttavia, l'introduzione di tali accorgimenti può revocare e rafforzare nel bambino la

percezione di essere diverso dai propri pari (Shiu, 2001 come citato in Shaw & McCabe, 2007), aumentando il rischio di stress psicosociale (Worchel-Prevatt et al., 1998 come citato in Shaw & McCabe, 2008).

Un reinserimento non adeguatamente strutturato sulle esigenze del bambino (Shaw & McCabe, 2008), può infatti trasformare la scuola in un contesto associato al fallimento sociale e accademico (Shiu, 2001 citato in Shaw & McCabe, 2008).

Non sempre, tuttavia, il giovane paziente è pronto a tornare immediatamente alla tradizionale frequenza scolastica dopo le dimissioni: in questi casi può essere attivato il servizio di scuola domiciliare, rivolto agli studenti temporaneamente impossibilitati a rientrare a scuola (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2020). Inoltre, tale intervento può rappresentare un valido strumento di transizione tra l'ospedale e la scuola (Shaw & McCabe, 2008).

La scuola domiciliare presenta comunque alcune criticità, tra cui una possibile bassa motivazione da parte dello studente e il forte coinvolgimento della famiglia, che assume un ruolo centrale nel supporto didattico, con il rischio di determinare un'ulteriore carico stressogeno (Shaw & McCabe, 2008).

Un'ulteriore strumento utile per favorire il rientro scolastico del giovane paziente è rappresentato dalla pianificazione di una didattica differenziata, un approccio che mira a rispondere alle diverse esigenze individuali degli studenti (Broderick et al., 2005 citato in Shaw & McCabe, 2008). Tale strumento permette al personale scolastico di adattare i contenuti, i processi, i prodotti educativi e l'ambiente di apprendimento alle necessità specifiche sanitarie dello studente (Shaw & McCabe, 2008).

Poiché la maggioranza dei bambini affetti da malattia cronica vive condizioni psicologiche ed emotive delicate, i piani di reinserimento dovrebbero includere anche interventi volti a garantire un accesso continuo al supporto sociale e psicologico (Shaw & McCabe, 2008).

Un ultimo elemento importante da considerare per la realizzazione del piano di reinserimento è la motivazione scolastica. Essa può essere compromessa dal dolore e

dalle difficoltà associate alla malattia; in questo senso la scuola può intervenire sui fattori ambientali che influenzano l'esperienza di apprendimento dello studente, sostenendone il coinvolgimento e la partecipazione (Shaw & McCabe, 2008).

Nonostante le vastità di difficoltà sperimentate durante la transizione ospedale-scuola, i bambini mostrano spesso una notevole resilienza nelle loro risposte emotive, nei comportamenti e nelle strategie di coping. Per questo i professionisti scolastici dovrebbero valorizzare tali risorse, promuovendo la partecipazione degli studenti alle attività scolastiche e mettendo in evidenza i loro punti di forza e le loro unicità piuttosto che le differenze legate alla malattia (Shaw & McCabe, 2008).

CAPITOLO 3 – I BENEFICI PSICOLOGICI DELLA SCUOLA IN OSPEDALE

Questo capitolo conclusivo prende in esame quattro studi quantitativi volti ad approfondire il tema della scuola in ospedale, con l'obiettivo di analizzare i benefici psicologici che tale servizio può avere sul benessere dei giovani pazienti. Da una prospettiva cronologica, la selezione comprende tre ricerche di recente pubblicazione, tra cui una realizzata nel contesto italiano, e una risalente al 2015.

Al fine di svolgere un'approfondita indagine delle fonti selezionate, il capitolo è stato organizzato in otto sottocapitoli tematici, ciascuno focalizzato su specifiche dimensioni metodologiche. La parte iniziale è rivolta alla definizione degli obiettivi, delle ipotesi e delle domande di ricerca, dei partecipanti e delle variabili osservate; la parte centrale descrive, invece, gli strumenti di valutazione e misurazione utilizzati e le principali caratteristiche delle scuole in ospedale coinvolte. Infine, i sottocapitoli conclusivi riportano i risultati emersi e le nuove prospettive di ricerca in tale contesto educativo-ospedaliero.

3.1. INTRODUZIONE

La domanda di ricerca sul quale si fonda questo lavoro è “quali benefici a livello psicologico possono avere gli studenti che frequentano la scuola in ospedale?”.

La scelta di porre attenzione ai benefici della scuola in ospedale nasce dalla volontà di evidenziare come l'educazione possa trasformarsi in una risorsa emotiva e cognitiva fondamentale per tutti i bambini e tutte le bambine costretti a conoscere e a convivere con il dolore e la malattia, in un periodo di vita che, al contrario, dovrebbe essere dedicato al gioco, alla spensieratezza e all'opportunità di scoprire il sé, gli altri e il mondo.

Per rispondere a tale quesito ho svolto un'accurata ricerca bibliografica utilizzando database accademici, tra cui EBSCOhost, PubMed e Google Scholar. Le parole chiave che ho utilizzato sono: *hospitalized children*, *children pain*, *hospital-based school*, *hospital school*, *hospital school benefict* e *hospital classroom*.

Il processo di ricerca è iniziato con una prima lettura di articoli *review*, utile a delineare la letteratura esistente sul tema della scuola in ospedale. Successivamente, ho svolto un'indagine più mirata che ha consentito di selezionare quattro articoli adatti a rispondere alla domanda di ricerca e per lo sviluppo dell'analisi presentata in quest'ultimo capitolo.

L'indagine bibliografica ha evidenziato fin da subito come la scuola in ospedale sia un'area ancora poco esplorata dalla ricerca empirica, configurandosi come un elemento di innovatività. Il presente lavoro intende quindi offrire un contributo, seppur modesto e limitato, all'approfondimento di un tema ancora marginale nella letteratura scientifica; gli stessi articoli selezionati per rispondere al quesito di ricerca sottolineano, infatti, un vuoto di conoscenza riguardo la scuola in ospedale e i suoi benefici.

3.2. OBIETTIVI, IPOTESI, DOMANDE DI RICERCA DEGLI STUDI

Gli articoli individuati per rispondere alla domanda di ricerca hanno in comune l'oggetto di studio, ovvero il ruolo e l'impatto che la scuola in ospedale ha sui giovani pazienti, ma differiscono per le variabili psicologiche e i costrutti esaminati.

Il primo studio analizzato, condotto da Hostert e colleghi (2015), evidenzia come l'impatto psicologico della malattia e del relativo percorso terapeutico sul bambino sia legato alla gravità, al decorso e alla sintomatologia della patologia, oltre che alla tipologia di interventi medici. Inoltre, l'ospedalizzazione può favorire, in tempi brevi, la comparsa di comportamenti disfunzionali; di conseguenza, l'osservazione delle manifestazioni comportamentali dei giovani pazienti risulta fondamentale per comprendere le risposte al contesto ospedaliero.

A ciò si aggiunge che la valutazione dell'impatto dinamico della malattia deve tenere conto del repertorio di strategie di coping usate dal bambino per fronteggiare le avversità e lo stress dell'ospedalizzazione. Tali strategie, infatti, risultano funzionali in base al livello di sviluppo cognitivo del giovane paziente e dalla sua specifica modalità di interazione con il contesto ospedaliero.

La comprensione delle strategie di coping dovrebbe, inoltre, tenere conto dei fattori biologici (condizione clinica), psicologici (emozioni, credenze e aspettative vissute con la malattia), sociali (interazione con altri bambini e la presenza e il ruolo dei caregiver), situazionali (stimoli dell'ambiente ospedaliero e della stanza in cui vengono eseguite le procedure mediche) e autobiografici (esperienza del paziente con la malattia) del bambino.

Per tali motivi, l'obiettivo principale dello studio proposto da Hostert e colleghi (2015) è quello di descrivere le strategie di coping impiegate dai giovani pazienti per fare fronte all'ospedalizzazione e al trattamento della malattia. Nello specifico, la finalità della ricerca è di delineare i problemi comportamentali e le competenze sociali dei bambini malati di cancro, verificando anche l'importanza attribuita da essi alla scuola in ospedale.

Il secondo studio, svolto nel contesto italiano "The Effects of Hospital-Based School Lessons on Children's Emotions, Distress and Pain" (Ciucci et al., 2024) afferma che, in seguito al ricovero, i bambini, affetti da malattie croniche, potrebbero sviluppare problemi comportamentali, emotivi e sociali, iperattività e difficoltà nelle interazioni sociali.

La letteratura esistente mostra che, per i bambini in trattamento oncologico, la frequenza scolastica tradizionale sia correlata ad una migliore qualità di vita (Sandeberg et al., 2008; Sodergren et al., 2017; Weibel et al., 2020 come citati in Ciucci et al., 2024); allo stesso modo è plausibile ipotizzare che la frequenza alle lezioni offerte dal servizio di scuola in ospedale promuova effetti positivi anche per la salute dei bambini ospedalizzati.

Gli autori riportano che la maggior parte dei piani di assistenza sanitaria pediatrica, proposti alle famiglie e ai bambini, prevedono l'accesso a un livello di assistenza psico-sociale, promuovendo pratiche come la clownterapia e la pet therapy; tali interventi possono facilitare il recupero clinico dei giovani pazienti, riducendo il dolore percepito e l'ansia, aumentando gli effetti positivi sperimentati durante le procedure mediche a cui sono sottoposti.

Non esistono tuttavia studi che indagano il ruolo della frequenza alle lezioni della scuola in ospedale nel migliorare il benessere e nel ridurre il dolore e il disagio dei bambini ospedalizzati. Per questo motivo, lo studio di Ciucci e colleghi (2024) si propone di esaminare come la partecipazione alle lezioni offerte dal servizio di scuola in ospedale, possa promuovere emozioni positive e ridurre le emozioni negative, il disagio e il dolore percepito dai bambini ricoverati nei reparti di Oncologia e Pediatria.

“Short-Term Effects of Hospital Schooling on the Resilience of Hospitalised Children” è il terzo articolo analizzato realizzato da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025). Gli autori evidenziano come l’incertezza vissuta dai giovani pazienti causi spesso disfunzioni emotive che si manifestano con stress prolungato, stati d’ansia e di panico. Per questo motivo, diversi autori (Coyne & Kirwam, 2012; Rosenberg et al., 2019; Shah et al., 2020 come citati in Padillo-Andicoberry et al., 2025) sottolineano l’importanza di rafforzare la resilienza - definita come il risultato di un processo dinamico ed evolutivo di adattamento funzionale alle avversità - nei giovani pazienti per contrastare l’impatto emotivo del ricovero e della malattia.

In ambito educativo e clinico, la resilienza è strettamente legata alla salute psicologica e può essere incentivata offrendo ambienti stimolanti che permettono ai bambini di sviluppare le proprie competenze individuali. Sebbene l’ambiente ospedaliero e l’ospedalizzazione rischi di deteriorare tale risorsa, i fattori individuali, familiari e sociali giocano un ruolo cruciale nel potenziarla e rafforzarla.

Il presente studio si concentra, quindi, sulle attività curriculari della scuola in ospedale e sul loro impatto a breve termine sulla resilienza dei pazienti-studenti. Questo servizio, infatti, oltre a ricoprire una funzione educativa, riveste un ruolo terapeutico e di supporto emotivo; in quest’ottica, gli insegnanti ospedalieri lavorano per creare un ambiente stimolante, capace di mitigare gli effetti negativi della malattia e della degenza ospedaliera.

Adottando il quadro teorico di Grotberg (2006, come citato in Padillo-Andicoberry et al., 2025), che interpreta la resilienza come forza interiore, e constatando la presenza di soli due studi in letteratura focalizzati sull’impatto della scuola ospedaliera sul

benessere dei giovani pazienti (tra cui Ciucci et al., 2024), la ricerca svolta in questo terzo studio si propone di approfondire e comprendere le relazioni tra le lezioni offerte dal servizio di scuola in ospedale e il loro impatto sul miglioramento della resilienza dei bambini ospedalizzati.

In particolare, mira a rispondere alla domanda di ricerca "la partecipazione ad attività curriculari durante un breve ricovero ospedaliero contribuisce a cambiamenti misurabili nella resilienza dei bambini ospedalizzati?". Per rispondere a tale quesito, gli autori hanno definito quattro obiettivi di studio:

1. Valutare la resilienza complessiva e le sue dimensioni in una coorte di bambini ospedalizzati, analizzando se determinati parametri correlati alla malattia (quali ricoveri precedenti e tipologia di malattia) possono influenzare lo stato di resilienza *baseline*.
2. Valutare il grado di soddisfazione dei bambini rispetto al servizio di scuola in ospedale.
3. Valutare i cambiamenti osservati nella resilienza all'interno del sistema scolastico ospedaliero.
4. Analizzare se l'offerta della scuola in ospedale influisca sul miglioramento della resilienza, considerando altri parametri relativi alla malattia e all'ospedalizzazione.

Il quarto articolo intitolato "The role of hospital school education in reducing anxiety among hospitalized children", si sviluppa in parallelo al terzo articolo; in questo contributo, Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) focalizzano la loro attenzione sull'ansia, considerata come la risposta negativa più frequentemente adottata e sperimentata dai bambini durante il ricovero.

L'insorgenza di tale vissuto può essere sia influenzata da una predisposizione individuale - ansia di tratto - che favorisce la comparsa di stati d'ansia, sia da fattori di stress contestuali, tra cui la percezione dell'ospedale come ambiente ostile e l'impatto della malattia stessa; quest'ultimi possono generare ansia di stato.

In questo scenario, gli interventi educativi e didattici proposti dalla scuola in ospedale mirano ad attenuare le difficoltà fisiche e psico-emotive che i giovani pazienti possono sperimentare durante l'ospedalizzazione. Nello specifico, il presente studio si concentra sulle attività didattiche curricolari, colmando una lacuna nella letteratura scientifica: ad oggi, infatti, vi sono ancora poche prove empiriche che analizzano l'impatto che tali attività hanno sugli stati ansiogeni e sulla resilienza dei pazienti-studenti.

L'obiettivo della ricerca è quindi esaminare se la partecipazione alle attività curricolari della scuola in ospedale possa esercitare un effetto positivo sulla riduzione dei livelli di ansia di stato e ansia di tratto nei giovani pazienti.

Per raggiungere tale obiettivo sono state individuate cinque domande di ricerca:

1. Quali sono i livelli basali di ansia di stato e di tratto nei bambini ospedalizzati al momento del ricovero, e in che misura questi livelli sono influenzati da variabili legati alla malattia e all'ospedalizzazione?
2. Come i pazienti-studenti percepiscono e valutano, in termini di soddisfazione, le attività didattiche offerte dal servizio di scuola in ospedale?
3. Quali cambiamenti nell'ansia di stato e di tratto si osservano nei bambini ospedalizzati al momento delle dimissioni, dopo la partecipazione alle attività didattiche della scuola in ospedale?
4. Le attività curricolari realizzate nella scuola in ospedale contribuiscono alla riduzione dei livelli di ansia nei bambini ricoverati, tenendo conto delle variabili cliniche e contestuali?
5. Quali variabili possono fungere da potenziali predittori dell'evoluzione dell'ansia durante la frequenza scolastica in ospedale e in che modo queste potrebbero contribuire all'identificazione precoce dei bambini a rischio di stati ed esiti emotivi negativi?

Nel terzo e nel quarto studio, per rispondere alle domande di ricerca, è stato adottato un disegno di ricerca prospettico pre-test e post-test. Attraverso questa osservazione

longitudinale, i partecipanti sono stati valutati in due momenti: prima e dopo la frequenza alle lezioni scolastiche ospedaliere.

3.3. I PARTECIPANTI

Le ricerche condotte nei quattro studi presi in analisi nel presente capitolo, si concentrano su coorti di pazienti in età pediatrica e scolare. In particolare, esaminano specifici campioni accomunati tra loro dalla frequenza della scuola in ospedale.

Lo studio condotto da Hostert e colleghi (2015) ha coinvolto un totale di 18 bambini (di cui 14 maschi) di età compresa tra i 6 e 12 anni. I giovani pazienti, tutti iscritti al servizio di scuola in ospedale, erano ricoverati presso il Servizio di Oncologia dell'ospedale pediatrico pubblico di Vitória (Spagna) e condividevano la medesima diagnosi di patologia oncologica, configurando così un campione omogeneo.

I giovani pazienti partecipanti allo studio, registravano una degenza media di 47 giorni, motivata dal criterio di inclusione che richiedeva un'esposizione all'ambiente ospedaliero di almeno una settimana. Secondo le osservazioni condotte da Dias e colleghi (2003, citato in Hostert et al., 2015), infatti, è sufficiente un ricovero ospedaliero di 7 giorni per aumentare significativamente la probabilità di sviluppare problemi psicologici e comportamentali nei bambini ospedalizzati.

Inoltre, per essere inclusi nello studio, era necessario avere un'età compresa tra i 6 e 12 anni, in quanto dai 6 anni il bambino possiede già le capacità per utilizzare lo strumento di studio scelto dagli autori.

Solo due bambini del campione affrontavano il primo ricovero in seguito alla diagnosi, mentre gli altri 16 erano al terzo o più ricovero; il campione si presentava quindi fortemente polarizzato verso soggetti con una storia di ripetuti ricoveri.

Le ragioni del ricovero costituivano un campione per lo più eterogeneo: per il 38,9% legati al trattamento farmacologico, il 27,8% in seguito alle complicanze mediche e il restante 33,3% per la diagnosi (corrispondente a due bambini del campione).

La diagnosi principale era leucemia (55,5%), a cui seguono forme di leucemia linfoblastica e mieloide acuta (rispettivamente il 44,4% e il 11,1%). Gli altri 8 bambini presentavano vari tipi di cancro che coinvolgevano reni, cervello e tessuti molli.

Per quanto riguarda la gravità della malattia, il 44,4% si trovava nella fase grave e acuta del decorso, mentre i restanti 10 nella fase moderata e lieve.

Gli autori specificano che i dati medici sono stati raccolti dalle cartelle cliniche dei 18 bambini che costituivano il campione.

Lo studio “The Effects of Hospital-Based School Lessons on Children’s Emotions, Distress and Pain” ha costruito un campione composto da 32 bambini italiani, di cui il 56% femmine, presso l’Unità di Oncoematologia e l’Unità Pediatrica dell’Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze. In particolare, il 75% del campione era ricoverato presso l’Unità Oncoematologia (24), mentre 8 bambini nell’Unità Pediatrica.

I bambini inclusi nel campione avevano un’età compresa tra gli 8 e i 12 anni, fascia per la quale i questionari utilizzati sono stati validati statisticamente; i criteri di inclusione prevedevano, inoltre, assenza di disabilità cognitiva e/o dello sviluppo.

L’età media dei partecipanti è di 9 anni per i maschi e 10 anni per le femmine.

Inoltre, i bambini che compongono il campione hanno frequentato in modo continuativo, e senza interruzioni dovute all’esecuzione delle procedure mediche, le tre lezioni della scuola in ospedale necessarie alla realizzazione dello studio.

L’intero campione era composto da giovani pazienti soggetti a frequenti accessi ospedalieri; a tal proposito, la legge italiana prevede che il servizio di scuola in ospedale venga attivato anche qualora i 30 giorni di degenza (periodo considerato di lungodegenza) non siano continuativi, ma accumulati a causa delle terapie programmate su base giornaliera con dimissione entro le 24 ore.

Il terzo studio preso in analisi, condotto da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) con focus sulla resilienza, vede come partecipanti 52 bambini, tutti iscritti al servizio di scuola in ospedale, di cui 31 femmine e 21 maschi, ricoverati presso l’Ospedale Universitario Virgen del Rocio (Siviglia, Spagna).

Il campione aveva un'età compresa tra i 9 e 14 anni, con una media di 11 anni.

Il numero medio di riammissioni è pari a 4; nello specifico, 14 bambini avevano già vissuto precedenti esperienze di degenza, mentre i restanti 38 erano al loro primo ricovero. Per l'intero campione, la degenza media registrata è stata di dieci giorni.

Per quanto riguarda la condizione clinica, il 78,6% (41) del campione era affetto da una patologia acuta e il 21,2% (11) presentava una malattia cronica.

Parte della coorte dello studio “The role of hospital school education in reducing anxiety among hospitalized children” (Padillo-Andicoberry et al., 2025), è stata inclusa nello studio precedente di Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) sulla resilienza e sul ruolo delle attività didattiche della scuola in ospedale.

In questo caso sono stati inclusi 60 bambini ricoverati presso l'Ospedale Universitario Virgen del Rocio di Siviglia (Spagna), frequentanti il servizio di scuola in ospedale.

L'età dei bambini del campione variava tra i 9 e 14 anni, con età media di 11 anni.

Per la maggior parte del campione (42 bambini, pari al 68%) si trattava del primo ricovero, mentre i restanti 18 (32%) avevano già avuto precedenti esperienze ospedaliere.

Dal punto di vista clinico, il 75% del campione è affetto da malattia acuta, mentre il 25% presenta una condizione cronica. In particolare, 34 bambini sono stati ricoverati per trattamenti di tipo medico, mentre i restanti sono stati sottoposti a interventi chirurgici.

La durata del ricovero ospedaliero è variata da un minimo di 6 a un massimo di 15 giorni, a fronte di una frequenza alle lezioni scolastiche ospedaliere compresa tra i 2 e i 9 giorni.

3.4. LE VARIABILI ESAMINATE

Lo studio condotto da Hostert e colleghi (2015) ha esaminato variabili socio-demografiche e mediche dei partecipanti, raccogliendo dati sia tramite appositi moduli, sia attraverso la consultazione delle cartelle cliniche. Nello specifico, sono stati rilevati il genere, l'età, la scolarità, la religione dei bambini, oltre allo stato civile dei genitori,

il livello di istruzione e la professione; sul piano clinico sono state prese in esame la diagnosi, la gravità della patologia e la durata del ricovero.

Grazie all'impiego dello strumento *Computerized Instrument for Assessing Hospitalization* (AEHcomp) - software composto da 20 scene che raffigurano situazioni e comportamenti di vita quotidiana tipici del contesto ospedaliero - è stato possibile valutare variabili di tipo comportamentale e le strategie di coping.

Sono state inoltre esaminate variabili psicopatologiche e di adattamento legate alla presenza di problemi comportamentali, rilevate attraverso la somministrazione della *Child Behavior Checklist* (CBCL) ai genitori dei bambini partecipanti.

Infine, lo studio ha analizzato le variabili relative alla percezione della scuola in ospedale, con particolare riferimento al significato attribuito dai bambini all'attività curriculare e didattica ospedaliera. Tali dimensioni sono state raccolte attraverso l'analisi del contenuto delle risposte fornite dai 18 partecipanti durante l'intervista AEHcomp.

Nel secondo studio, guidato da Ciucci e colleghi (2024), le variabili analizzate riguardano le emozioni positive (quanto il bambino si sente entusiasta, attivo e determinato), e negative (stati di paura, di tristezza, di nervosismo e di colpa), misurate attraverso la versione italiana della *Positive and Negative Affect Scale for Children* (PANAS-C).

Al fine di verificare la correlazione tra la partecipazione alle attività scolastiche ospedaliere e la riduzione del dolore e del disagio, sono state raccolte informazioni sull'iperattivazione fisiologica. Nello specifico, attraverso l'impiego della *Psychological Hyperarousal Scale for Children* (PH-C), è stato possibile rilevare l'autovalutazione delle manifestazioni corporee (come, ad esempio, dolore al petto o sensazione di soffocamento) sperimentate dai partecipanti, mentre l'intensità del dolore è stata esaminata attraverso l'uso della *Visual Analogue Scale* (VAS).

Infine, sono stati presi in analisi i dati socio-demografici e clinici (genere, età, sesso, unità del ricovero, criteri di inclusione) dei partecipanti.

Tutte le variabili analizzate sono state valutate prima dell'inizio e al termine di ogni lezione frequentata, per un totale di tre diverse sessioni per ogni bambino.

Nello studio “Short-Term Effects of Hospital Schooling on the Resilience of Hospitalised Children” (Padillo-Andicoberry et al., 2025) le variabili analizzate sono state suddivise in diverse categorie per analizzare il loro impatto sulla resilienza:

1. Variabili di resilienza: resilienza globale (punteggio attuale ottenuto dai 52 bambini del campione) e dimensioni specifiche della resilienza (identità e autostima, ambiente, capacità di apprendimento, risorse interne e risorse esterne). La *School Resilience Scale* (SRS) è lo strumento selezionato per misurare tali variabili.
2. Variabili sociodemografiche associate alla malattia e all'ospedalizzazione: età e genere, tipo di malattia (acuta o cronica), storia ospedaliera e durata della degenza. Sono state rilevate tramite l'uso del modulo di raccolta dati socio-demografici.
3. Variabili legate alla scuola in ospedale: frequenza scolastica (giorni di partecipazione), soddisfazione e divertimento (“mi è piaciuto imparare la lezione di oggi”) e utilità percepita (“questa lezione mi ha aiutato a non preoccuparmi della mia permanenza in ospedale”). La *Likert-based visual scale* è risultata utile a misurare queste variabili.

Per quanto riguarda il quarto articolo di Padillo-Andicoberry e colleghi (2025), lo stato di ansia basale dei partecipanti si configura come la variabile indipendente, misurata, al momento dell'ammissione in ospedale, tramite la *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC).

Le variabili dipendenti analizzate riguardano, invece, i livelli di ansia di stato e ansia di tratto sperimentate dai bambini al momento delle dimissioni.

La percezione della soddisfazione dei bambini rispetto alle attività didattiche svolte durante la frequenza delle lezioni della scuola in ospedale e il suo impatto sull'ansia ha costituito la variabile indipendente operativa, misurata attraverso la *Likert-based visual scale*.

Infine, lo studio ha incluso come variabili di controllo, di tipo socio-demografico e clinico l'età, il sesso biologico, il tipo di malattia, il trattamento richiesto, il numero e la durata dei ricoveri, e i giorni di frequenza del servizio della scuola in ospedale, raccolte attraverso un apposito modulo di raccolta dati.

3.5. GLI STRUMENTI UTILIZZATI

Lo studio "Coping with hospitalization in children with cancer: the importance of the hospital school" condotto da Hostert e colleghi (2015) si è avvalso di quattro strumenti principali per la raccolta dei dati.

Il primo è un modulo per la raccolta delle informazioni socio-demografiche dei partecipanti, utile per le informazioni relative al genere, età, religione, stato civile dei genitori, l'istruzione e la loro professione e, infine, la zona abitativa.

Per la valutazione psicopatologica e comportamentale è stata impiegata la *Child Behavior Checklist* (CBCL), uno strumento adatto a bambini e adolescenti compresi dai 6 ai 18 anni e quindi applicabile al campione di riferimento del presente studio. In particolare, la scala è composta da 138 item, di cui 20 relativi alla valutazione delle competenze sociali del campione (attività, socievolezza e educazione) e 118 per la valutazione dei problemi comportamentali.

I problemi comportamentali valutati riguardano ansia/depressione, isolamento/depressione, disturbi somatici, problemi sociali, di pensiero e di attenzione, comportamento trasgressivo e aggressivo.

Gli item della CBCL non vengono interpretati singolarmente, ma raggruppati in scale che misurano aspetti specifici: 1) scala della competenza sociale, che deriva dai 20 item iniziali e misura quanto il bambino funziona nella vita quotidiana; 2) scala sindromica, deriva dai 118 item che valutano i problemi comportamentali in base a due dimensioni: problemi internalizzanti (ansia/depressione, isolamento/depressione e disturbi somatici) e problemi esternalizzanti (comportamento aggressivo e trasgressivo); infine, 3) scala orientata al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-scale) che deriva da 18 item - già inclusi nella sezione dei problemi comportamentali -

raggruppati in modo che riflettano le categorie diagnostiche del DSM. Tale scala serve a collegare i risultati del CBCL a quadri clinici diagnostici.

Il terzo strumento utilizzato è il *Computerized Instrument for Assessing Hospitalization* (AEHcomp), somministrato attraverso l'utilizzo di un software composto da 20 scene che raffigurano situazioni e comportamenti di vita quotidiana tipiche dell'ambiente ospedaliero; le scene rappresentano lo stimolo utile a identificare cosa fanno, pensano e provano i bambini riguardo la loro condizione di ospedalizzazione.

Ai bambini partecipanti sono state presentate le 20 tavole stimolo con la consegna di fornire una descrizione della situazione rappresentata nella scena somministrata e successivamente indicare quanto si identificasse con tale situazione durante il periodo di ospedalizzazione, attraverso l'utilizzo di una scala Likert ("mai", "a volte", "un po'", "spesso", "sempre"). La risposta data doveva essere poi giustificata/spiegata dal bambino durante l'intervista. Grazie a questi passaggi è stato possibile analizzare e identificare le strategie di coping usate dai giovani pazienti.

Le 20 scene rappresentano: prendere medicine, parlare, studiare, guardare la TV, giocare, sentirsi arrabbiati, pregare, ricattare, senso di impotenza, ascoltare musica, sentirsi infelici, cercare informazioni, cantare, pensare a un miracolo, nascondersi, piangere, leggere giornali, paura, colpa, pensare di scappare.

Le scene relative al giocare, parlare, guardare la TV, prendere medicine, studiare e sperimentare rabbia sono state scelte dall'intero campione.

L'analisi dei dati e del contenuto è stata utilizzata per descrivere l'importanza della scuola in ospedale per i bambini ospedalizzati.

Ciucci e colleghi (2024) hanno selezionato la *Positive and Negative Affect Scale for Children* (PANAS-C) per valutare le emozioni positive (PA), come ad esempio felicità, forza e audacia, e le emozioni negative (NA) come tristezza, paura e solitudine nei bambini ospedalizzati.

La sottoscala PA è composta da 11 item che riflettono il livello di coinvolgimento piacevole e di attivazione, mentre la sottoscala NA, composta da 13 item, riflette il livello di coinvolgimento spiacevole e di disagio soggettivo. I partecipanti hanno

valutato in che misura stessero sperimentando le emozioni positive e negative su una scala Likert a 5 punti, in seguito alla richiesta di segnalare l'intensità di esse.

Nella sottoscala PANAS-C PA punteggi più alti riflettono livelli più elevati di intensità di coinvolgimento piacevole e attivazione; nella sottoscala PANAS-C NA punteggi alti riflettono livelli più elevati di intensità di coinvolgimento spiacevole e di disagio soggettivo.

In questo studio, sono stati calcolati i valori medi dei punteggi PANAS-PA e PANAS-NA rilevati prima e dopo tre lezioni scolastiche ospedaliere frequentate.

Per valutare l'iperattivazione fisiologica come risultato di un aumento del livello di disagio fisico, è stata utilizzata la versione italiana della *Psychological Hyperarousal Scale for Children* (PH-C), composta da 14 item. È stato chiesto ai partecipanti di valutare l'intensità dei sintomi fisiologici sperimentati in "questo momento" su una scala Likert a 5 punti (ad esempio sensazioni di nausea, dolore al petto).

Infine, la *Visual Analogue Scale* (VAS) *for children*, è una misura di autovalutazione del dolore, utilizzata con bambini di età superiore ai 6 anni, che indaga l'intensità di dolore che si sta sperimentando in "questo momento", con punteggio che va da 0 (nessun dolore) a 10 (il peggiore dolore immaginabile).

La somministrazione degli strumenti prevedeva che, all'inizio e alla fine di ogni lezione, ai bambini del campione venisse chiesto di compilare la PANAS-C, la PH-C e la VAS, per valutare le emozioni positive e negative, l'iperattivazione fisiologica e il dolore.

Questa procedura è stata ripetuta in tre giorni, nonostante la raccolta dei dati abbia richiesto molto tempo in quanto la maggior parte delle lezioni venivano interrotte da visite mediche; per questi motivi è stato necessario che ogni bambino partecipasse almeno a cinque lezioni.

Le lezioni interrotte sono state escluse dallo studio in quanto non era possibile chiedere ai bambini di compilare i questionari dopo le visite o i trattamenti medici a causa dell'affaticamento psicologico causato da quest'ultime. Un ulteriore motivo risiede nel fatto che misurare l'esperienza emotiva del bambino dopo l'interruzione, dovuta alle

procedure mediche, avrebbe significato misurare gli effetti di ciò che il bambino aveva sperimentato durante la visita medica piuttosto che quelli vissuti durante la lezione frequentata. Infatti, solo 32 bambini ricoverati sono riusciti a frequentare le tre lezioni necessarie allo studio senza interruzioni, costituendo così il campione di studio.

Il terzo articolo analizzato (Padillo-Andicoberry et al., 2025), per valutare la resilienza globale dei partecipanti, ha utilizzato la *School Resilience Scale* (SRS), composta da 27 domande. In particolare, è possibile valutare cinque dimensioni specifiche della capacità di resilienza: 1) identità e autostima (fattore “io sono”); 2) ambiente: percezione delle reti e dei modelli (fattore “io ho”); 3) capacità di apprendimento (fattore “io posso”); 4) risorse interne, che riflettono le caratteristiche individuali del soggetto e le capacità strutturali; 5) risorse esterne, con riferimento alle caratteristiche dell’interazione tra il soggetto e il suo ambiente.

La SRS è stata somministrata due volte: al momento dell’entrata nella scuola in ospedale e prima delle dimissioni.

La *Likert-based visual scale* è lo strumento usato per valutare il grado di soddisfazione e divertimento dei bambini rispetto alle attività curriculari (spagnolo, matematica e scienze) su scala Likert. Tale metodologia rappresenta un adattamento metodologico della tradizionale scala Likert, progettata per la ricerca psicopedagogica e clinica con soggetti in età pediatrica e scolare (Padillo-Andicoberry et al., 2026).

A differenza delle scale classiche che richiedono la valutazione di costrutti complessi e astratti, questo strumento traduce i livelli di intensità e gradimento in elementi visivi standardizzati, come espressioni facciali (vedi Figura 3).

In contesti delicati come la scuola in ospedale, tale configurazione visiva permette ai giovani pazienti di quantificare autonomamente e con chiarezza quanto i contenuti li abbiano aiutati a distarsi dalle preoccupazioni legate all’ospedalizzazione e il gradimento delle attività scolastiche prese in analisi (Padillo-Andicoberry et al., 2026). Attraverso l’impiego di tale strumento, sono state valutate due dimensioni: “mi è piaciuto imparare la lezione”, che si riferisce al divertimento, e “questa lezione mi ha

aiutato a non preoccuparmi della mia permanenza in ospedale”, riguardante l'utilità percepita.

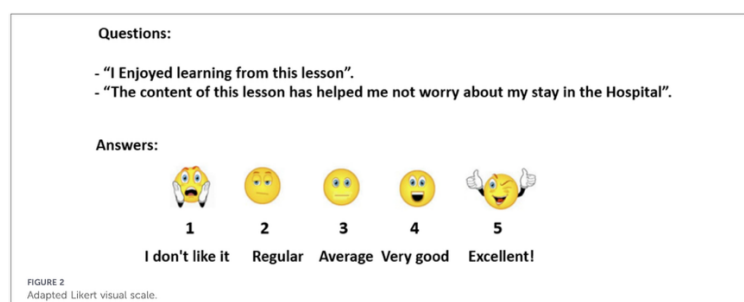
Tale valutazione è stata effettuata ripetutamente, a partire dal secondo giorno di frequenza alle lezioni scolastiche ospedaliere.

La metodologia di somministrazione prevedeva che il primo giorno di frequenza alle lezioni scolastiche ospedaliere, i pazienti-studenti compilassero la scala SRS. La somministrazione veniva poi ripetuta al momento delle dimissioni.

La *Likert-based visual scale* invece veniva somministrata durante il secondo giorno di frequenza scolastica ospedaliera e svolta ogni due giorni fino alle dimissioni.

Inoltre, al momento del ricovero, veniva somministrato un modulo di raccolta dei dati personali e del livello di istruzione.

Figura 3: Likert-based visual scale



(Fonte: Analyzing the resilience of hospitalized children and its relationship between state and trait anxiety: a hospital school approach)

Per lo studio condotto da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025), è stata selezionata la *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) usata per valutare i livelli di ansia. Lo strumento comprende, inoltre, due sottoscale indipendenti che permettono di misurare rispettivamente l'ansia di stato e l'ansia di tratto.

L'ansia di stato è associata a stati di ansia transitori causati da fattori vissuti dal bambino al momento della valutazione oppure da una situazione specifica legata all'ospedalizzazione. La relativa sottoscala comprende 20 item con la quale il bambino può esprimere "come si sente in un certo momento" con tre opzioni di risposta che si riferiscono all'intensità della sensazione (1 per niente, 2 un po', 3 molto).

L'ansia di tratto si riferisce, invece, alla tendenza del bambino ospedalizzato a sperimentare vissuti d'ansia in modo costante. La sottoscala di riferimento è composta da 20 item con cui il bambino può indicare “come si sente in generale” con tre alternative di risposta relative alla frequenza di presentazione dei vissuti d'ansia (1 quasi mai, 2 a volte, 3 a volte lieve).

La somministrazione della STAIC è avvenuta in due momenti specifici durante il percorso del bambino nella scuola in ospedale: all'ammissione in ospedale e quindi all'ingresso del bambino alla scuola in ospedale, e al momento della dimissione.

Il secondo strumento usato dagli autori è stato il modulo di raccolta dei dati socio-demografici, somministrato al momento del ricovero per raccogliere le informazioni sul livello di istruzione e dei dati personali. Tale modulo consente anche agli insegnanti ospedalieri di programmare il piano didattico personalizzato per il paziente-studente. Infine, per valutare la percezione delle attività curriculari didattiche proposte nelle lezioni della scuola in ospedale (lingua spagnola, matematica e scienze) è stata scelta una *Likert-based visual scale*, composta da cinque opzioni di risposta in cui i bambini possono esprimere il loro accordo o disaccordo.

Le attività didattiche sono state valutate ripetutamente durante la frequentazione della scuola in ospedale, ponendo particolare attenzione a due dimensioni: “mi è piaciuto imparare a lezione” e “questa lezione mi ha aiutato a non preoccuparmi del ricovero ospedaliero”.

3.6. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA SCUOLA IN OSPEDALE

La scuola in ospedale coinvolta nello studio condotto da Hostert e colleghi (2015) prende il nome di “Angolo dell'Incanto” ed è offerta all'interno dell'ospedale infantile Nossa Senhora da Glória, nella città di Vitória (Spagna).

Dal 2004 sono stati assistiti più di 13.000 pazienti-studenti appartenenti a diversi ordini e gradi scolastici (dall'istruzione infantile all'istruzione superiore di secondo grado). In particolare, la maggior parte dei bambini seguiti è ricoverata nei reparti pediatrici di Oncologia e Onco-Ematologia; si tratta dei giovani pazienti che, a causa della

complessità terapeutica, registrano una frequenza più continuativa e duratura alla scuola in ospedale.

All'interno dell'ospedale, l'“Angolo dell'Incanto” ha una propria aula fisica attrezzata con materiali didattici e giocattoli. Nonostante ciò, gli insegnanti ospedalieri non operano esclusivamente nell'aula riservata alla scuola in ospedale, ma svolgono le lezioni anche nelle stanze dei bambini impossibilitati a lasciare il letto.

La scuola in ospedale è offerta dal lunedì al venerdì; le lezioni che si svolgono durante la mattina (dalle 7 alle 11) sono rivolte ai bambini del reparto di Onco-Ematologia, mentre quelle del pomeriggio (dalle 13 alle 17) sono dedicate ai giovani pazienti del reparto di Oncologia.

Nel caso dei bambini ricoverati, le attività si svolgono quotidianamente, mentre i bambini in day-hospital partecipano alle attività didattiche programmate nei giorni delle visite mediche.

L'“Angolo dell'Incanto” è reso possibile da un'equipe di dieci insegnanti ospedalieri.

Spostando l'attenzione al panorama italiano, il servizio di scuola in ospedale offerto dall'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze è il protagonista dello studio condotto da Ciucci e colleghi (2024).

Gli insegnanti ospedalieri dell'ospedale Meyer tengono lezioni nella stanza del bambino nel 92% dei casi, mentre il tempo restante è dedicato a lezioni individuali svolte in aula. Le lezioni durano dai 20 ai 60 minuti a seconda delle condizioni di salute del bambino, delle visite mediche programmate e delle terapie. Tutte le lezioni sono strutturate in più parti: la prima parte è dedicata all'insegnamento di nuovi contenuti, a cui segue una seconda parte dedicata alla verifica della comprensione di essi.

Gli insegnanti ospedalieri sono liberi di utilizzare qualsiasi materiale didattico durante le lezioni indipendentemente dalla materia.

Le materie scolastiche proposte nella scuola in ospedale sono matematica, geometria, storia, italiano, geografia, inglese e scienze. Durante le lezioni ai genitori viene chiesto di uscire dall'aula, o dalla stanza, per permettere al proprio figlio di seguire la lezione con l'insegnante in tranquillità e senza interferenze.

Infine, gli studi condotti da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) - “Short-Term Effects of hospital schooling on the resilience of hospitalised children” e “The role of hospital school education in reducing anxiety among hospitalized children” – hanno coinvolto la scuola in ospedale offerta dall’Ospedale Universitario Virgen de Rocio (Siviglia, Spagna), in cui il programma scolastico offerto è sviluppato da tre insegnanti ospedalieri e un assistente didattico. Il programma propone tre aree didattiche (lingua spagnola, scienze e matematica), di cui le attività curriculari proposte sono personalizzate per ogni paziente-studente, in base all’età, al livello scolastico e alla condizione clinica ed emotiva. Per gli studenti con ricoveri ospedalieri di breve durata, infatti, l’intervento didattico si basa principalmente sui contenuti appresi dal bambino durante la frequenza della scuola tradizionale.

Ai pazienti-studenti vengono anche proposte attività ludiche, digitali e artistiche e il programma può includere anche progetti in collaborazione con ulteriori servizi sociali. Al momento del ricovero, gli insegnanti ospedalieri presentano e offrono il servizio di scuola in ospedale ai giovani pazienti e ai genitori; questa azione risulta utile anche per instaurare un primo rapporto con loro. Infatti, il coinvolgimento della famiglia è un aspetto fondamentale per garantire l’efficacia dell’intervento degli insegnanti ospedalieri. Nonostante ciò, si consiglia alle famiglie di non partecipare alle lezioni della scuola in ospedale al fine di incoraggiare l’autonomia dei bambini e la collaborazione con i docenti ospedalieri.

Viene incoraggiato infatti un modello di apprendimento cooperativo in cui i pazienti-studenti più giovani (e quindi con un livello d’istruzione minore) risolvono compiti più semplici, da cui derivano compiti più complessi che dovranno svolgere quelli con un grado di istruzione maggiore; tale modalità didattica favorisce la socializzazione e la collaborazione tra giovani pazienti di fasce d’età diverse.

Concludendo, gli insegnanti della scuola in ospedale, coordinano il loro lavoro con le pratiche svolte dagli altri professionisti sanitari che si prendono cura del paziente-studente e con la scuola territoriale di provenienza di ogni giovane paziente.

3.7. RISULTATI OTTENUTI

I risultati del primo studio analizzato in quest'ultimo capitolo (Hostert et al., 2015) sono stati divisi in tre sezioni diverse:

1. comportamenti e strategie di adattamento messi in atto dai giovani pazienti durante il ricovero ospedaliero
2. strategie di adattamento associate al comportamento di studio e all'importanza attribuita dal bambino alla scuola in ospedale
3. comportamenti sociali e problemi comportamentali prima del ricovero ospedaliero

Per quanto riguarda i risultati contenuti nella prima sezione, l'impiego dello strumento AEHcomp ha permesso di valutare le strategie di coping adottate dai bambini durante il periodo di ospedalizzazione. In particolare, è stato possibile evidenziare come le scene relative a giocare, parlare, guardare la TV, prendere medicine, studiare e provare rabbia sono state scelte dall'intero campione. Al contrario, gli scenari meno opzionati sono risultati essere “pensare alla fuga” e “senso di colpa”.

Inoltre, le spiegazioni fornite dai bambini durante la somministrazione delle tavole stimolo dell'AEHcomp sono state classificate seguendo la sistematizzazione del processo di coping proposto da Skinner e colleghi (2003). Secondo gli autori, è possibile individuare precise “famiglie di coping”, intese come macro-categorie in cui inserire i diversi comportamenti e strategie adattive. Tali famiglie includono: *problem solving*, ricerca di supporto, fuga, distrazione, ristrutturazione cognitiva, ruminazione, senso di impotenza, isolamento sociale, regolazione delle emozioni, ricerca di informazioni, negazione, opposizione e delega.

Attraverso questa classificazione sono state identificate complessivamente 360 strategie di coping; tra queste, la più frequente è risultata la distrazione (100 casi), seguita dalla ruminazione (88). Le modalità meno rilevate hanno riguardato la ristrutturazione cognitiva (8) e il senso di impotenza (2), mentre il ritiro sociale, l'opposizione e la delega sono strategie che non sono state menzionate da nessun bambino.

I risultati contenuti nella seconda sezione hanno dimostrato che le strategie di coping sono frequentemente associate all'attività di studio. Infatti, la predominanza della distrazione come strategia adattiva trova riscontro nelle giustificazioni fornite dai bambini, i quali attribuiscono allo studio la capacità di “aiutare a passare il tempo” (Hostert et al., 2015, pag. 634).

Nei casi in cui i partecipanti hanno riferito di sperimentare vissuti di benessere e felicità durante l'attività di studio, si è osservata l'attivazione di strategie di regolazione emotiva. Inoltre, l'apprendimento è risultato associato a modalità di *problem solving*, ritenute utili per favorire un miglioramento delle condizioni cliniche percepite dal giovane paziente. Tale comportamento è stato ulteriormente correlato alla strategia di ristrutturazione cognitiva: lo studio viene infatti considerato dai bambini ospedalizzati come un elemento in grado di rinforzare la percezione della temporaneità del ricovero, in vista di un successivo ritorno alla normalità.

Secondo il campione esaminato, l'attività di studio si è rivelata anche un'importante risorsa di protezione dallo stress, evidenziando il valore della scuola in ospedale come spazio in cui apprendere, proseguire la scolarizzazione e mantenere il legame con la scuola territoriale di provenienza. Infine, quattro bambini hanno specificatamente menzionato l'importanza di mantenere la continuità scolastica durante i regimi di day-hospital per il trattamento oncologico.

I risultati appartenenti alla terza sezione evidenziano che, tra i bambini classificati come clinici dalla *Child Behavior Checklist* (CBCL), 17 presentavano punteggi significativi nella scala sindromica. Di questi 13 manifestavano problematiche di tipo internalizzante (esemplificate da item come “gli piace stare da solo”) e 6 di tipo esternalizzante (“è disobbediente a casa”). Quattro bambini del campione, invece, rientravano nel profilo clinico della scala delle competenze, mostrando una compromissione nelle abilità sportive, nello svolgimento dei compiti e nella partecipazione sociale; tuttavia, nessun bambino è stato classificato come clinico in termini di competenza sociale e scolastica. Infine, per quanto riguarda la scala orientata

al DSM, 15 bambini si collocavano nella fascia clinica, mostrando una particolare prevalenza nella sottoscala dei disturbi somatici.

I risultati ottenuti dallo studio “The Effects of Hospital-Based School Lessons on Children’s Emotions, Distress and Pain” (Ciucci et al., 2024) evidenziano per quanto riguarda le emozioni positive (PANAS-C PA), che il punteggio medio rilevato dopo la frequenza delle lezioni (post-lezione) è significativamente più alto di quello misurato prima dello svolgimento delle attività didattiche (pre-lezione). Nonostante ciò, l’incremento del livello di coinvolgimento piacevole e di attivazione emotiva non si è manifestato in modo omogeneo in tutti i bambini partecipanti allo studio.

Sul versante delle emozioni negative (PANAS-C NA), il punteggio medio registrato nelle somministrazioni post-lezione è risultato significativamente inferiore rispetto alla rilevazione pre-lezione; tuttavia, la diminuzione del livello di vissuti spiacevoli e di disagio soggettivo non si è dimostrata costante nell’intero campione. Relativamente al disagio fisiologico (PH-C), gli autori hanno riscontrato un punteggio medio post-lezione significativamente più basso rispetto a quello pre-lezione. Infine, per quanto riguarda l’intensità del dolore (VAS), il valore medio post-lezione è apparso significativamente inferiore a quello iniziale. La forte correlazione statistica emersa suggerisce che la riduzione del grado di dolore sperimentato si sia verificata in modo costante in tutti i bambini del campione.

Tali risultati dimostrano come la partecipazione alle lezioni della scuola in ospedale produca effetti statisticamente significativi sull’incremento degli stati affettivi positivi e sulla contemporanea riduzione delle emozioni negative, del disagio e del dolore in soggetti in età compresa tra gli 8 e 12 anni, ricoverati nei reparti di Oncologia e Pediatria. Tuttavia, occorre riaffermare che, a differenza del cambiamento riscontrato nella percezione del dolore, i benefici emotivi e la riduzione del disagio psicologico non si sono verificati in eguale misura in tutti i bambini del campione.

In conclusione, si può sostenere che l’offerta didattica dal servizio di scuola in ospedale sia in grado di promuovere attivamente il benessere dei giovani pazienti attraverso la riduzione del dolore, del disagio e della sofferenza emotiva. I dati emersi rafforzano

l'ipotesi che la scuola in ospedale sia efficace non soltanto nella dimensione educativo-emotiva, ma anche nel profilo clinico, grazie al suo impatto sulla riduzione del dolore. Infine, lo studio amplia la letteratura poiché approfondisce l'influenza della scuola in ospedale sul funzionamento emotivo del bambino ospedalizzato, superando la tradizionale attenzione sui risvolti scolastici e sociali.

Il terzo studio preso in esame, condotto da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025), evidenzia come i giovani pazienti abbiano valutato positivamente le attività didattiche della scuola in ospedale, ritenendole efficaci per affrontare l'esperienza del ricovero ospedaliero. In particolare, i programmi didattici relativi alla scienza e alla lingua spagnola hanno generato livelli di soddisfazione superiori rispetto alle attività matematiche; inoltre, le lezioni di scienze si sono dimostrate le più efficaci nel ridurre le preoccupazioni legate alla malattia e alla degenza.

È stata inoltre riscontrata una correlazione significativa tra il gradimento complessivo delle lezioni e la percezione della loro utilità nel mitigare il timore relativo all'ospedalizzazione: i pazienti-studenti hanno infatti espresso punteggi elevati sia in termini di divertimento sia di supporto emotivo.

Per quanto riguarda la valutazione della resilienza, i punteggi ottenuti dalla *School Resilience Scale* (SRS) hanno evidenziato un incremento significativo al momento della dimissione rispetto all'ingresso in ospedale. Tale miglioramento è risultato associato principalmente alle dimensioni dell'identità e delle risorse interne del bambino. Un dato di particolare importanza metodologica riguarda il fattore temporale: i bambini che hanno frequentato le lezioni scolastiche ospedaliere per tre o più giorni hanno mostrato un potenziamento della resilienza significativamente superiore rispetto a chi ha usufruito del servizio per un periodo inferiore. Questo elemento suggerisce che, nonostante l'impatto negativo della degenza, l'attività didattica proposta dalla scuola in ospedale fornisca un rinforzo positivo progressivo, sebbene gli autori sottolineino l'importanza di considerare la contemporanea influenza positiva esercitata dalle altre attività ludiche, artistiche e digitali offerte dal programma educativo ospedaliero.

L'analisi dei dati ottenuti ha inoltre rilevato che il livello di gradimento delle attività curriculari ospedaliere correla positivamente con lo sviluppo della resilienza nella dimensione dell'apprendimento. Parallelamente, la percezione delle lezioni come mezzo utile a ridurre le preoccupazioni ha mostrato una forte associazione con il rafforzamento dell'identità e delle risorse interiori, fattori chiave per l'autostima del giovane paziente. È interessante notare, infine, come i bambini con esperienze di precedenti ricoveri abbiano manifestato livelli di resilienza basale inferiori all'inizio delle lezioni rispetto ai pazienti al loro primo ingresso in ospedale.

Concludendo, si può affermare che i risultati ottenuti nel presente studio confermano l'ipotesi iniziale: le lezioni offerte dalla scuola in ospedale non solo assolvono a scopi educativi, ma si configurano come un intervento in grado di potenziare le capacità di resilienza nei bambini ospedalizzati di fronte alle avversità della malattia, contribuendo in modo significativo al miglioramento della loro qualità di vita.

I risultati dell'ultimo studio preso in esame, intitolato "The role of hospital school education in reducing anxiety among hospitalized children" (Padillo-Andicoberry et al., 2025) evidenziano che al momento del ricovero, i livelli di ansia di tratto non mostravano variazioni significative in base alla tipologia di patologia (cronica e acuta) o al trattamento medico richiesto. Questo riscontro suggerisce che i pazienti affetti da malattie croniche tendono a sviluppare strategie di coping agli episodi di crisi analoghe a quelle impiegate da chi si trova ad affrontare una condizione acuta e improvvisa. Al contrario, un'anamnesi caratterizzata da precedenti ricoveri ospedalieri è risultata significativamente associata a livelli basali più elevati sia di ansia di tratto sia di stato; quest'ultima, in particolare, si è osservata con valori nettamente superiori rispetto all'ansia di tratto nell'intero campione, indipendentemente dalle variabili cliniche secondarie (quali tipologia di patologia, tipo di trattamento medico e la durata della degenza).

Inoltre, l'82% dei bambini ha espresso una valutazione positiva sulle attività educative svolte e il 90% ha percepito il servizio scolastico ospedaliero come un supporto fondamentale per affrontare l'ospedalizzazione. La forte correlazione tra

l'apprezzamento delle lezioni e la percezione di sostegno trova una solida spiegazione nel Principio di Normalizzazione, spiegato da Benigno e Fante (2020), il quale interpreta la scuola in ospedale come un elemento chiave per garantire al bambino la continuità della propria routine e l'esposizione a stimoli familiari, del tutto simili a quelli della scuola tradizionale di provenienza.

La valutazione eseguita al momento della dimissione ha evidenziato un decremento significativo dell'ansia di stato dei bambini partecipanti, quantificabile in circa il 30%. Nonostante i bambini con precedenti ricoveri mantenessero punteggi generalmente più elevati alla fine della degenza, i partecipanti appartenenti a questo sottogruppo, che avevano frequentato le lezioni per più di sei giorni, hanno sperimentato un miglioramento nei livelli di ansia di tratto; tale dato risulta di straordinaria importanza clinica: poiché il tratto rappresenta una predisposizione individuale stabile (Schmitt & Blum, 2020), la sua modulazione indica che l'attività didattica agisce direttamente sulla tendenza del bambino a reagire negativamente agli stimoli stressogeni del contesto ospedaliero.

In conclusione, la ricerca svolta da Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) dimostra che, nonostante fattori ambientali e clinici, come il decorso della malattia o la durata del ricovero, possano aggravare lo stress psicologico, l'offerta di un programma scolastico funge da potente fattore di protezione. I risultati ottenuti, infatti, propongono che l'introduzione di stimoli positivi e familiari (come le lezioni scolastiche) siano in grado di mitigare l'impatto destabilizzante dei ricoveri prolungati, migliorando in modo significativo gli stati emotivi e il benessere del giovane paziente.

3.8. NUOVE PROSPETTIVE DI RICERCA

I quattro studi presi in esame in quest'ultimo capitolo evidenziano in maniera condivisa la necessità di ampliare la letteratura sul tema della scuola in ospedale, al fine di esplorare aspetti e benefici non ancora del tutto approfonditi.

In primo luogo, le ricerche condotte da Hostert e colleghi (2015) e Ciucci e colleghi (2024) sottolineano come i benefici della scuola tradizionale siano veicolati anche dalla qualità della relazione tra docente e studente. Nel contesto ospedaliero, questo legame

tende a essere più saldo, soprattutto a causa delle modalità di insegnamento prevalentemente individualizzate (circa il 92% delle lezioni sono svolte nella stanza del bambino). Di conseguenza, gli autori evidenziano la necessità di indagare non solo gli effetti della frequenza delle lezioni della scuola in ospedale, ma anche il ruolo specifico della relazione che si instaura tra insegnante ospedaliero e paziente-studente, valutando anche l'impatto delle esperienze emotive di quest'ultimo.

In merito al vissuto emotivo, lo studio di Ciucci e colleghi (2024) - coerentemente con quanto riportato da Hostert e colleghi (2015) - conferma il bisogno di esplorare altre dinamiche relazionali; tra queste spiccano le interazioni che si instaurano tra pazienti-studenti, gli effetti del modello di insegnamento adottato dagli insegnanti ospedalieri e la percezione della scuola in ospedale da parte di professionisti sanitari e genitori. Inoltre, gli autori suggeriscono di analizzare i benefici prodotti dall'interazione tra le lezioni scolastiche ospedaliere e le altre pratiche psico-sociali (come la clownterapia e la Pet Therapy), con l'obiettivo di isolare e misurare il reale effetto che la partecipazione alle attività didattiche ha sul funzionamento emotivo del bambino durante il ricovero.

Sul piano psicologico, un importante punto di svolta è rappresentato dalle indagini sulla resilienza. Lo studio condotto da Padillo-Andicoberry e colleghi nel 2025 aveva prefigurato la necessità di svolgere nuovi studi per verificare se il miglioramento della capacità di resilienza potesse essere associato a una riduzione dell'ansia nei giovani pazienti. Tale esigenza ha trovato risposta nella successiva pubblicazione del 2026 con lo studio "Analyzing the resilience of hospitalized children and its relationship between state and trait anxiety: a hospital school approach", che si è proposto di esaminare come i livelli di resilienza al momento del ricovero, e i relativi cambiamenti durante l'esperienza scolastica ospedaliera, riescano a modulare l'ansia di stato e l'ansia di tratto nei giovani pazienti.

Infine, per dare maggiore validità metodologica a questi filoni di ricerca, Padillo-Andicoberry e colleghi (2025) suggeriscono di replicare le indagini sul ruolo della scuola in ospedale nella riduzione degli stati ansiogeni utilizzando campioni più ampi,

col fine di permettere di progettare strategie ospedaliere multidisciplinari che includono una valutazione precoce dell'ansia di stato e di tratto, così da individuare tempestivamente i bambini maggiormente vulnerabili o a rischio di sviluppare quadri emotivi negativi. In questa prospettiva, risulterà funzionale integrare negli studi futuri variabili come il supporto familiare e il background culturale e socioeconomico di provenienza dei partecipanti, in quanto esse possono influenzare il benessere complessivo dei giovani pazienti.

CONCLUSIONE

Questa tesi si è proposta di indagare il ruolo della scuola in ospedale e l'impatto che la continuità e la frequenza scolastica nel contesto ospedaliero può avere sul benessere psicologico ed emotivo e sulle risorse di coping degli studenti-pazienti.

Per realizzare tale scopo sono stati selezionati quattro studi empirici, di cui tre di recente pubblicazione, che hanno permesso di costruire un quadro teorico riguardo i benefici psicologici di questo servizio.

Gli articoli sono stati esaminati nel loro contenuto, ponendo particolare attenzione agli obiettivi o/e alle domande di ricerca, ai partecipanti, alle caratteristiche della scuola in ospedale, agli strumenti e alle variabili osservate. Inoltre, sono stati analizzati con attenzione i risultati ottenuti da questi studi; essi hanno evidenziato chiaramente come la scuola in ospedale non si configuri solo come un servizio socio-assistenziale che assolve ad uno scopo puramente educativo, ma bensì rappresenta un fattore di protezione alle conseguenze psico-sociali dell'ospedalizzazione e della malattia.

La scuola in ospedale rappresenta un ponte con la normalità, in cui il bambino può mantenere l'identità di studente accanto a quella di paziente, prevenendo così la spersonalizzazione spesso innescata dalla patologia e dal ricovero.

In particolare, la frequenza scolastica ospedaliera attenua i livelli di ansia e di paura, offrendo uno spazio ricco di stimoli incoraggianti e familiari che favoriscono lo sviluppo di stati emotivi positivi, riducendo l'intensità del dolore e del disagio percepito.

Continuare ad apprendere permette ai giovani pazienti di sviluppare strategie di coping efficaci ad affrontare le difficoltà del percorso ospedaliero e terapeutico; infatti, i bambini attribuiscono spesso allo studio la capacità di "aiutare a passare il tempo" e a distrarsi dalla realtà ospedaliera.

Infatti, i risultati sottolineano che l'attività didattica proposta dalla scuola in ospedale fornisca un rinforzo positivo progressivo, aumentando significativamente la capacità di resilienza dei pazienti-studenti.

Inoltre, la scuola in ospedale consente ai giovani pazienti di confrontarsi con i pari e con gli insegnanti ospedalieri, figure adulte associate tipicamente ad una dimensione di normalità infantile, con la conseguente riduzione del senso di isolamento.

Accanto agli importanti benefici evidenziati e osservati vi sono tuttavia dei limiti e delle criticità. Sul piano della ricerca empirica, si sottolinea la necessità di sviluppare studi su campioni più ampi e con metodologie longitudinali, in grado di valutare l'impatto a lungo termine della scuola in ospedale. Sul piano operativo e normativo, invece, emergono delle disomogeneità nella presenza e nell'articolazione del servizio sul territorio nazionale. In aggiunta, si evidenzia il bisogno di programmare piani formativi specifici per gli insegnanti ospedalieri.

In conclusione, la scuola in ospedale si conferma un ponte fondamentale tra normalità e malattia, che garantisce benessere psicologico a tutti i bambini che vivono condizioni di dolore e vulnerabilità.

Per questi motivi, al termine del percorso di ricerca e di stesura di questo lavoro, emerge con forza l'importanza di investire nel potenziale e nello sviluppo della scuola in ospedale, col fine di garantire a ciascuna bambina e a ciascun bambino non solo il diritto alla cura e all'istruzione, ma anche la possibilità inviolabile e innegabile di continuare a sognare e di guardare con speranza al proprio futuro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Azevedo, R., Rosário, P., Martins, J., Rosendo, D., Fernández, P., Núñez, J. C., & Magalhães, P. (2019). From the hospital bed to the laptop at home: Effects of a blended self-regulated learning intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), Article 3433. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234802>

Barnett, T., Tollit, M., Ratnapalan, S., Sawyer, S. M., & Kelaher, M. (2023). Education support services for improving school engagement and academic performance of children and adolescents with a chronic health condition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(2), Article CD011538. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011538.pub2>

Bastidas-Rivera, S., Sánchez, J. E., Sierra Gil, Y. L., & González Cabal, L. F. (2023). *The hospital classroom, an opportunity for educational inclusion* [Preprint]. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2997062/v1>

Baxter, R., & Sirois, F. M. (2024). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 30(1), Article e12761. <https://doi.org/10.1111/bjhp.1276>

Benigno, V., Dagnino, F., & Fante, C. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on Italy's School-in-Hospital (SiHo) services: The teachers' perspective. *Continuity in Education*, 1(1), 136–149. <https://doi.org/10.5334/cie.2>

Benigno, V., & Fante, C. (2020). Hospital school teachers' sense of stress and gratification: An investigation of the Italian context. *Continuity in Education*, 1(1), 37–47. <https://doi.org/10.5334/cie.14>

Bosisio, R., & Cavaletto, G. M. (A cura di). (2025). *La scuola in ospedale*. FrancoAngeli.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children* (2^a ed., Monograph Series No. 2). World Health Organization.

Caggiano, G., Brunetti, L. I. G., Ho, K., Piovani, A., & Quaranta, A. (2021). Hospital School Program: The right to education for long-term care children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), Articolo 11435. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111435>

Capurso, M., & Vecchini, A. (2010). Un profilo professionale degli insegnanti di scuola in ospedale. *L'integrazione scolastica e sociale*, 9(5), 519–526.

Capurso, M., Bianchi di Castelbianco, F., & Di Renzo, M. (2021). "My Life in the Hospital": Narratives of children with a medical condition. *Continuity in Education*, 2(1), 4–25. <https://doi.org/10.5334/cie.12>

Castro Ibáñez, C. (2024). The education of children in hospital schools: A literature review. *Continuity in Education*, 5(1), 111–123. <https://doi.org/10.1080/03004430.2023.2273789>

Ciucci, E., Tomberli, L., Amore, E., Smorti, A., Maffei, F., & Vagnoli, L. (2024). The effects of hospital-based school lessons on children's emotions, distress and pain. *Continuity in Education*, 5(1), 100–110. <https://doi.org/10.5334/cie.118>

De Mula-Fuentes, B., Quintana, M., Rimbau, J., Martinez-Mejias, A., Úriz, M. S., Rivera-Pérez, C., & Garolera, M. (2017). Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 42–50.

Di Padova, M., Dipace, A., & Pettoello-Mantovani, M. (2023). Quando l'istruzione diventa cura: la scuola in ospedale, un esempio di comunità educante. *IUL Research*, 4(8), 178–191. <https://doi.org/10.57568/iulresearch.v4i8.476>

Elenga, N., Lony, J., Mafemamissindu, J., Thomas Boizan, N., Osei, L., & Nacher, M. (2024). Precariousness represents an independent risk factor for depression in children with sickle cell disease. *Depression and Anxiety*, 2024, Article 1689091. <https://doi.org/10.1155/2024/1689091>

Gambarota, F., Capello, F., & Barbero Vignola, G. (2016). Il benessere psicosociale degli adolescenti con malattia onco-ematologica. *Studi Zancan*, 17(5), 48–58.

Hen, M., & Gilan-Shochat, M. (2022). Exploring the unique professional identity of hospital teachers. *Continuity in Education*, 3(1), 115–126. <https://doi.org/10.5334/cie.46>

Hitlin, S., & Elder, G. H., Jr. (2007). Agency: An empirical model of an abstract concept. In R. MacMillan (Ed.), *Constructing adulthood: Agency and subjectivity in adolescence and adulthood* (Advances in Life Course Research, Vol. 11, pp. 33–67). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(06\)11002-3](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(06)11002-3)

Hostert, P. C. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2015). Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 627–639. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>

Jiliberto, F., & Zárate Alva, N. (2025). Influencing factors in-hospital school education: Exploring the context from the teacher's perspective. *Continuity in Education*, 6(1), 1–15.

Mabe, P. A., Treiber, F. A., & Riley, W. T. (1991). Examining emotional distress during pediatric hospitalization for school-aged children. *Children's Health Care*, 20(3), 162–169. https://doi.org/10.1207/s15326888chc2003_5

Padillo-Andicoberry, A., de Asís Díaz-Beato, F., Sánchez-Lissen, E., & Romero-Pérez, C. (2025). The role of hospital school education in reducing anxiety among hospitalized children. *Frontiers in Education*, 10, Articolo 1601988 <https://doi.org/10.3389/feduc.2025.1601988>

Padillo-Andicoberry, A., de Asís Díaz-Beato, F., Sánchez-Lissen, E., & Romero-Pérez, C. (2025). Short-Term Effects of Hospital Schooling on the Resilience of Hospitalised Children. *Continuity in Education*, 6(1), 104–120. <https://doi.org/10.5334/cie.172>

Padillo-Andicoberry A, Pacheco-Caballero M, Pereira-Arenas S and García-Sánchez C (2026) Analyzing the resilience of hospitalized children and its relationship between state and trait anxiety: a hospital school approach. *Front. Educ.* 11:1772824. <https://doi.org/10.3389/feduc.2026.1772824>

Schmitt, M., & Blum, G. S. (2020). State/trait interactions. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer.

Shaw, S. R., & McCabe, P. C. (2008). Hospital-to-school transition for children with chronic illness: Meeting the new challenges of an evolving health care system. *Psychology in the Schools*, 45(1), 74–87. <https://doi.org/10.1002/pits.20280>

SITOGRAFIA

Assemblea Generale delle Nazioni Unite. (1948, 10 dicembre). Dichiarazione universale dei diritti umani (Art. 26). Nazioni Unite. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (consultato il 5 dicembre 2025)

Ministero dell'Istruzione e del Merito. (s.d.). *Scuola in Ospedale*. <https://scuolainospedale.mim.gov.it/> (consultato il 5 dicembre 2025)

Ministero della Salute. (s.d.). *Condizioni di salute della popolazione pediatrica in Italia*. <https://www.salute.gov.it/> (consultato il 23 febbraio 2026)

Torrìsi, A., Castaing, M., Giurato, E., Pesce, P., Sciacchitano, C., Calabretta, L., Ieni, A., Leone, A., Varvarà, M., Di Prima, A., Fidelbo, M., Benedetto, G., Sciacchitano, S., Vasquez, E., Sciacca, S., & Magro, G. (2011, 7 marzo). *Dati preliminari di incidenza dei tumori in età pediatrica ed adolescenziale nelle province di Catania e Messina*. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). <https://www.registri-tumori.it/cms/contenuto/dati-preliminari-di-incidenza-dei-tumori-eta%E2%80%99-pediatrica-ed-adolescenziale-nelle-province> (consultato il 22 febbraio 2026)