

Professioni sanitarie della riabilitazione: analisi critica e valutazione della percezione degli studenti

Silvia Lazzaro¹, Anna Pilat², Anna Chiara Frigo³

¹ Scuola di Dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata – FISPPA Università degli Studi di Padova. E-mail: lazzaro.silvia@gmail.com

² Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie, Università di Padova; Servizio professioni sanitarie Ulss 16, Padova

³ Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari – Sede di Igiene, Università degli Studi di Padova

ABSTRACT

Introduction: a lack of specific and shared culture between health professions of rehabilitation may be hypothesized. It can be due to an inadequate mutual knowledge among these professions.

Aim: to describe and analyse the knowledge of a sample of health professions of rehabilitation students with regard to the different professions of rehabilitation and the meaning of the term “rehabilitation”.

Materials and methods: between April and September 2013 a sample of 80 students (short degrees in health professions of rehabilitation sciences – University of Padua) and 9 students (2 years of specialization in health professions of rehabilitation sciences – University of Padua) was evaluated. All students filled in an ad hoc questionnaire.

Results: the 5% of short degrees students has been able to identify all the eight health professions of rehabilitation; the percentage increases among students with the 2 years of specialization: 66,7% ($p < 0,0001$). Some “cross topics” in rehabilitation have been identified: “aims of rehabilitation process”; “relationship with patient”; “way of understanding the relationship in rehabilitation”; “topics, interventions and measures”; “roles and competences”; “knowledge”.

Conclusions: some emerging topics have a significant influence on the students’ developing professional identity. The process of unification of the different professions of rehabilitation may include a mediation of knowledge and objectives. This process represents a theoretical and epistemological mediation, as well. We may speculate that the identification of shared objectives (theoretical and practical) between professions will increase the development of a coherent professional identity in rehabilitation. This process of identification, research and study about health professions of rehabilitation can be included in an educational and academic setting.

Key words: rehabilitation, topics in rehabilitation, health professions of rehabilitation sciences, students and education

RIASSUNTO

Introduzione: si ipotizza una mancanza di “cultura condivisa” tra le professioni riabilitative derivante dalla scarsa conoscenza tra le stesse.

Obiettivo: analisi del grado di conoscenza degli studenti circa le differenti figure riabilitative e il significato attribuito al concetto di “riabilitazione”.

Materiali e metodi: tra aprile e settembre 2013 un questionario *ad hoc* è stato compilato da 80 studenti dei corsi triennali delle professioni riabilitative e da 9 studenti della laurea magistrale in Scienze Riabilitative (Università degli Studi di Padova).

Risultati: il 5% degli studenti triennali è in grado di identificare tutte le professioni riabilitative, la percentuale aumenta per gli studenti magistrali: 66,7% ($p < 0,0001$). Vengono identificate alcune “aree” trasversali in riabilitazione: “obiettivi riabilitativi”; “relazione con il paziente”; “filosofia sottesa alla relazione riabilitativa”; “aree e modalità di intervento”; “funzioni e competenze”; “conoscenze”.

Conclusioni: temi e dati rilevati incidono sul concetto di “identità professionale”; l’inserirsi in un quadro riabilitativo più ampio comporta una mediazione tra il proprio e l’altrui patrimonio conoscitivo nonché la formulazione di obiettivi condivisi. Risulta essenziale la predisposizione di contesti formativo-universitari adeguati.

Parole chiave: riabilitazione, concetti chiave in riabilitazione, professioni riabilitative, operatori della riabilitazione, studenti e formazione

INTRODUZIONE

Podologo (pod), fisioterapista (ft), logopedista (log), ortottista (ort), terapeuta della neuro e psicomotricità dell’Età Evolutiva (tnpee), tecnico di riabilitazione psichiatrica (trp), terapeuta occupazionale (to) ed educatore professionale (ep) sono i profili facenti capo all’area della riabilitazione.

L’area riabilitativa percorre lo spazio più conosciuto della pratica fisioterapica (spesso, soprattutto nel linguaggio comune, “riabilitazione” e “fisioterapia” vengono considerati sinonimi), le aree ascrivibili al linguaggio ed alla comunicazione, al recupero di funzioni fisiche settoriali e altre definibili come “borderline” tra psico-sociale e sanitario [1].

In relazione a ciò vanno considerate, seppur sinteticamente, alcune criticità. Le diverse discipline riabilitative si trovano a dover gestire la complessità dell’apporto conoscitivo delle discipline umanistiche e delle scienze della natura tentando di coniugare forme di sapere complementari e alle volte dissonanti [2, 3, 4]. Esiste infatti una consistente variabilità tra le professioni riabilitative (PrR) e, parimenti, una scarsità di riflessioni circa l’essenza delle “scienze riabilitative”. Sembra che le stesse, ciascuna alla ricerca del-

la propria identità epistemologico-scientifica, non condividano o “presumano di non condividere” un patrimonio comune, o perlomeno che lo stesso “non sia ancora compiutamente definito”. Appare dunque ancora carente un confronto il cui oggetto sia la “riabilitazione” intesa come scienza.

Tale indefinitezza - ascrivibile ad un piano prettamente epistemologico - si ripercuote inevitabilmente sia sulla prassi che su aspetti legati alle pratiche didattico-formative e curriculari, delle diverse professioni. Da ciò scaturiscono legittimi interrogativi circa la plausibilità (da un punto di vista squisitamente teorico) dell’accorpamento di tali profili professionali, della loro omogeneità e della effettiva possibilità di considerare gli stessi su un piano egualitario e confrontabile. Ciò in relazione sia alle discipline teoriche di riferimento per ciascuna professione che alle peculiarità operative delle stesse; dunque alle conoscenze, competenze e abilità espresse dalle diverse professioni e oggetto di formazione universitaria, dunque di progettazione educativa e formativa.

Si può dunque parlare di un “orizzonte comune” tra le diverse PrR? Cosa connota il loro agire? Esistono aree di trasversalità a partire dall’esperienza uni-

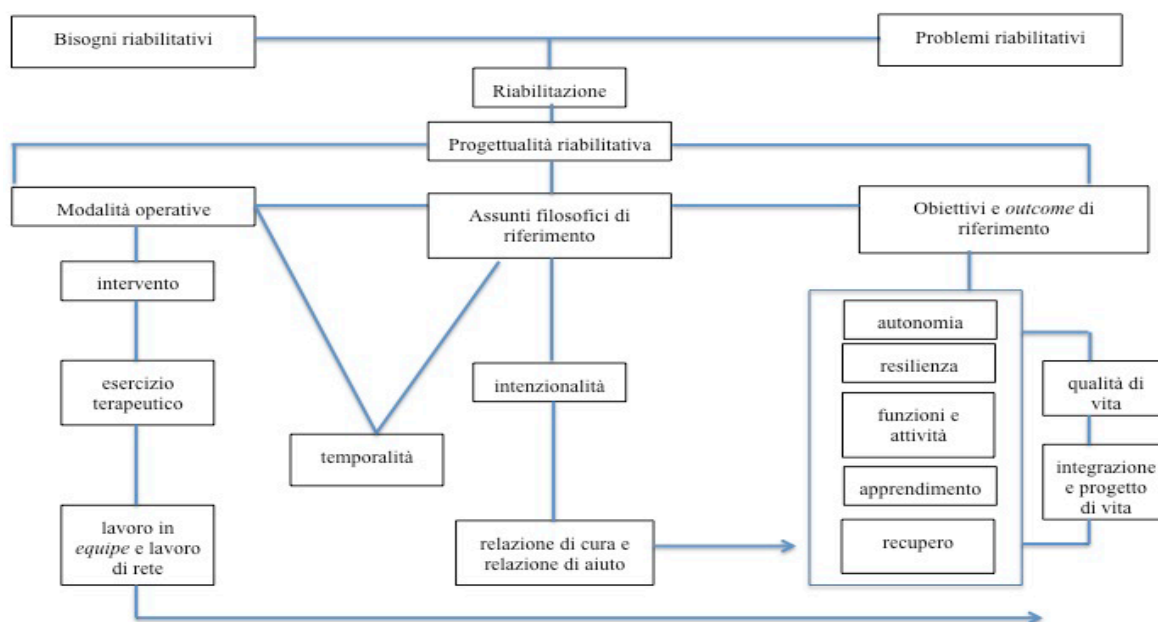


Figura 1. Assunti di riferimento in riabilitazione: proposta di mappa concettuale.

versitaria (in aula e di tirocinio) e successivamente nella pratica lavorativa?

Il presente lavoro parte dall'analisi critica dei diversi profili professionali al fine di verificare la presenza di termini significativamente ricorrenti, concetti trasversali che possano essere d'aiuto per iniziare a tracciare un profilo del concetto di "riabilitazione" (Figura 1).

Scopo dello studio è l'analisi del grado di conoscenza che gli studenti hanno circa le differenti PrR (dove per "conoscenza" si intende il grado di acquisizione e comprensione di informazioni significative che permettano discussione, confronto e formazione circa un patrimonio condiviso criticamente) ed il significato attribuito al concetto di "riabilitazione".

MATERIALI E METODI

Soggetti coinvolti

i) 80 studenti del terzo anno dei corsi di laurea triennali (cdl) di: educazione professionale (EP), terapia occupazionale (TO), tecnica della riabilitazione psichiatrica (TRP), terapia della neuro-psicomotricità (TNPEE), fisioterapia (FT), ortottica (ORTT), logopedia (LOG). Tutti i cdl fanno capo all'Università degli Studi di Padova ad eccezione del

corso di TRP facente capo all'Università degli Studi di Verona. Non sono stati coinvolti studenti del corso di podologia (POD) in quanto lo stesso non risulta (al momento della ricerca) attivo in nessun Ateneo veneto (Tabella 1);

ii) 9 studenti del primo anno del cdl magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (Università di Padova), (Tabella 2).

Strumento

Questionario anonimo creato *ad hoc* composto da otto domande: due con risposte a scelta multipla, sei a risposta aperta che vertono su:

- individuazione delle figure riabilitative (è stato fornito un elenco con tutte le professioni sanitarie. Gli studenti sono stati chiamati ad individuare le otto professioni riabilitative);
- analisi di affinità e diversità tra professioni;
- grado di conoscenza tra diverse PrR;
- individuazione di concetti trasversali in riabilitazione;
- necessità di implementare la conoscenza e formazione inter-professionale.

Sono state elaborate due versioni differenti del questionario, per gli studenti dei cdl triennale (STri) e per gli studenti magistrali (SMag).

cdl n = totale studenti	EP n = 20	TO n = 8	TRP n = 10	TNPEE n = 8	FT n = 13	ORTT n = 5	LG n = 16	Totale STR n = 80
Sesso n (%)								
maschi	3 (15)	1 (12,5)	2 (20)	0 (0)	8 (61,5)	0 (0)	2 (12,5)	16 (20)
femmine	17 (85)	7 (87,5)	8 (80)	8 (100)	5 (38,5)	5 (100)	14 (87,5)	64 (80)
Età media								
anni (DS)	23,1 (5,4)	24,6 (8,2)	22,1 (0,7)	23,3 (3,5)	22,2 (3,5)	23 (1)	23,1 (2,9)	23,1 (3,5)
(min – max)	(21 – 30)	(21 – 45)	(21 – 23)	(21 – 32)	(21 – 34)	(21 – 24)	(21 – 31)	(21 – 45)

Tabella 1. STRi: caratteristiche socio-demografiche.

	Totale = 9
Sesso n (%)	
maschi	1 (11,1)
femmine	8 (88,9)
Età media	
anni (DS)	30,2 (5,6)
(min – max)	(23 – 40)
Profili professionali n (%)	
EP	1 (11,1)
TO	0 (0)
TRP	1 (11,1)
TNPEE	1 (11,1)
FT	3 (33,3)
ORTT	2 (22,2)
LG	1 (11,1)
POD	0 (0)

Tabella 2. SMag: caratteristiche socio-demografiche.

Svolgimento dello studio

Tra aprile e giugno 2013, grazie alla mediazione dei coordinatori dei cdl e dei tutor, gli studenti hanno completato il questionario fornito.

Analisi dei dati

Le variabili di tipo categoriale sono state analizzate descrittivamente riportando numero e percentuale di risposte in ciascuna categoria, per quelle di tipo quantitativo sono state riportate: media, deviazione standard o mediana, minimo e massimo.

Per valutare la relazione tra gruppi (relativamente agli studenti dei diversi cdl) e le variabili categoriale è stato utilizzato il test esatto di Fisher, mentre per quelle quantitative o assunte come tali è stato

impiegato il test di Wilcoxon della somma dei ranghi per il confronto di due gruppi o il test di Kruskal-Wallis per più di due gruppi, seguito dal test di Dunn per i confronti a due a due nel caso di una significatività statistica.

I dati sono stati inseriti in un foglio di Excel 2007; le analisi statistiche sono state condotte con il programma SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Si è condotta una analisi qualitativa per le risposte alle domande aperte, mediante il confronto per contenuti tematici e temi ricorrenti.

RISULTATI

Saranno considerate le risposte fornite alle domande ritenute maggiormente rilevanti per i fini espositivi.

Studenti dei corsi triennali

▪ *Quali professioni, tra le opzioni proposte, appartengono alla classe delle professioni sanitarie della riabilitazione? (massimo 8 risposte corrette).*

La mediana delle risposte corrette date dal totale dagli STRi è 6. Le mediane dei punteggi dei singoli cdl sono: EP 5 risposte corrette; TO 5,5; TRP 6; TNPEE 6; FT 7; ORTT 6; LG 6.

Il punteggio più basso appartiene agli studenti del corso di EP, quello più alto agli studenti di FT ($p < 0,05$). Quattro studenti su ottanta (5%) hanno fornito risposta completamente corretta, individuando tutte le otto PrR. Nessuno studente ha fornito risposta completamente errata (tutti hanno individuato almeno una PrR).

Per quanto riguarda l'individuazione di ciascuna PrR dal totale degli studenti, la figura più individuata è quella del ft: 98,5%; seguono tnpee: 93,1; log: 92,2%; to: 76,4%; trp: 70%; ep: 63,3%; ort: 26,7%; pod: 22,5%.

▪ *Le è capitato, nel corso del tirocinio e/o della Sua esperienza lavorativa, di collaborare con altre figure riabilitative?*

Sessantasette studenti su ottanta (83,8%) riferiscono di aver incontrato altre figure riabilitative. Le percentuali di risposta affermativa per cdl sono: EP: 45%; TO: 100%; TRP: 100%; TNPEE: 100%; FT: 92,3%; ORTT: 80%; LG: 100%.

▪ *Indichi le figure riabilitative che ritiene maggiormente "simili/affini" alla Sua e motivi la scelta.*

L'analisi di questo item tiene conto di aspetti quan-

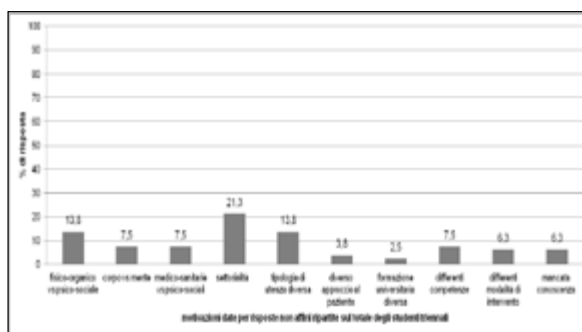


Figura 2. Professioni "affini": uso delle dieci categorie da parte degli STri.

titativi (per la stima delle professioni indicate dagli studenti come "maggiormente affini") e qualitativi (per l'analisi delle motivazioni alla scelta). Queste

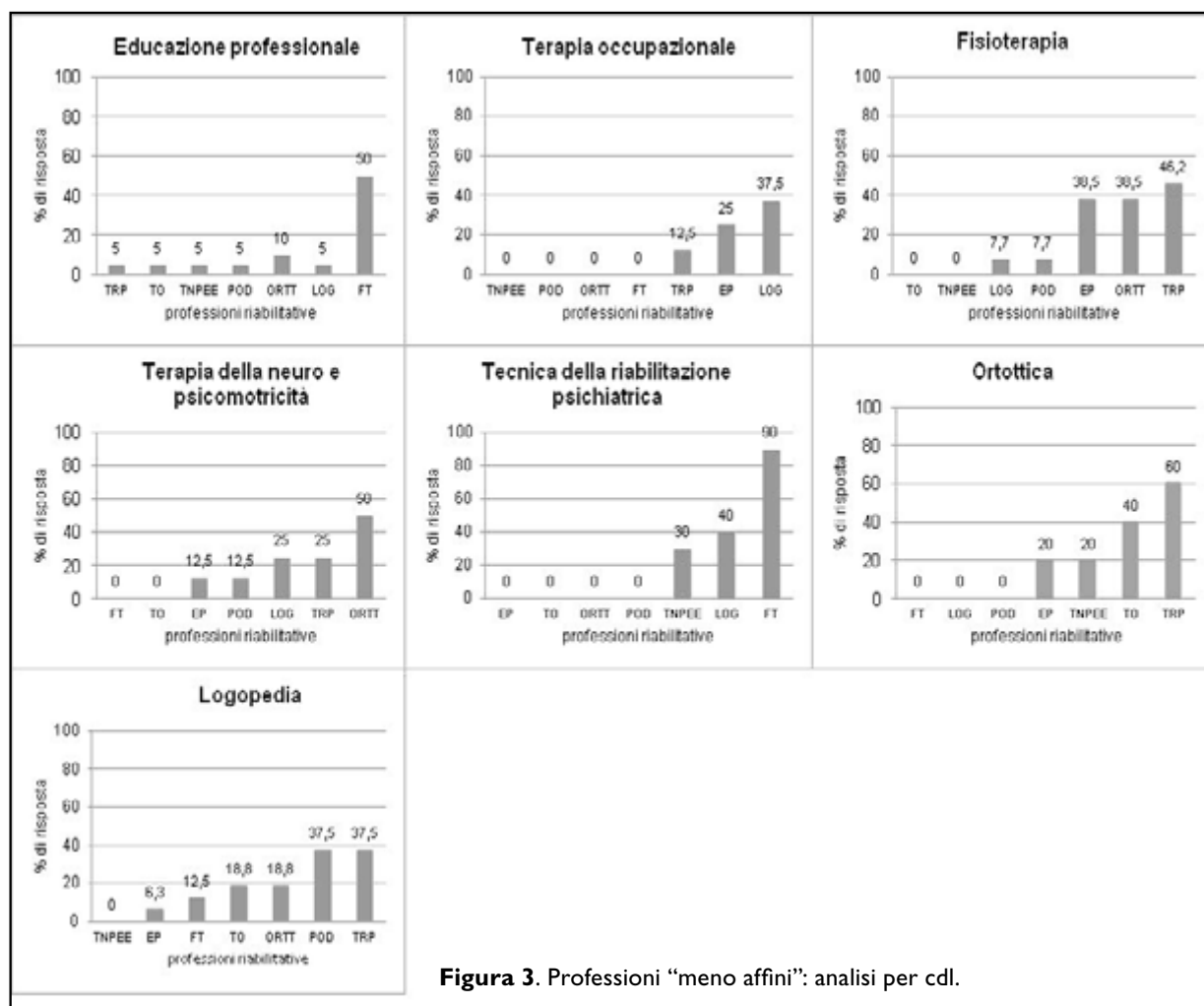


Figura 3. Professioni "meno affini": analisi per cdl.

ultime sono state suddivise in categorie che sembrano rappresentare le modalità usate dagli studenti per il confronto con le altre professioni.

Le dieci categorie individuate sono: *i)* relazione con il paziente; *ii)* obiettivi; *iii)* interventi; *iv)* progettualità; *v)* funzioni e competenze; *vi)* ruoli professionali; *vii)* formazione universitaria; *viii)* conoscenze personali dello studente; *ix)* lavoro di *equipe*; *x)* tipologia di utenza (Figure 2 e 3).

▪ *Quali sono le figure riabilitative che ritiene meno “simililaffini” alla Sua? Motivi la scelta.*

Anche per l’analisi di questo item sono stati considerati aspetti quantitativi e qualitativi. Le dieci categorie individuate sono: *i)* aree di interesse: aspetto fisico-organico vs. psico-sociale; *ii)* approccio ria-

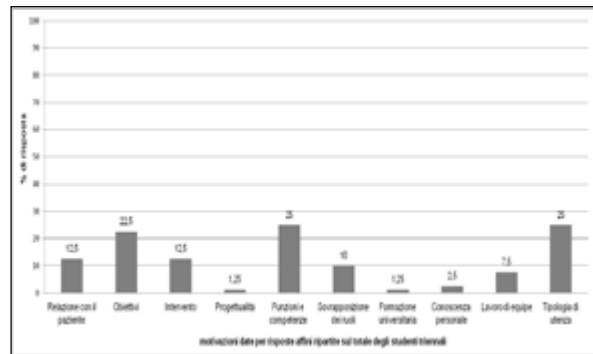


Figura 4. Professioni “meno affini”: uso delle dieci categorie da parte degli STRi.

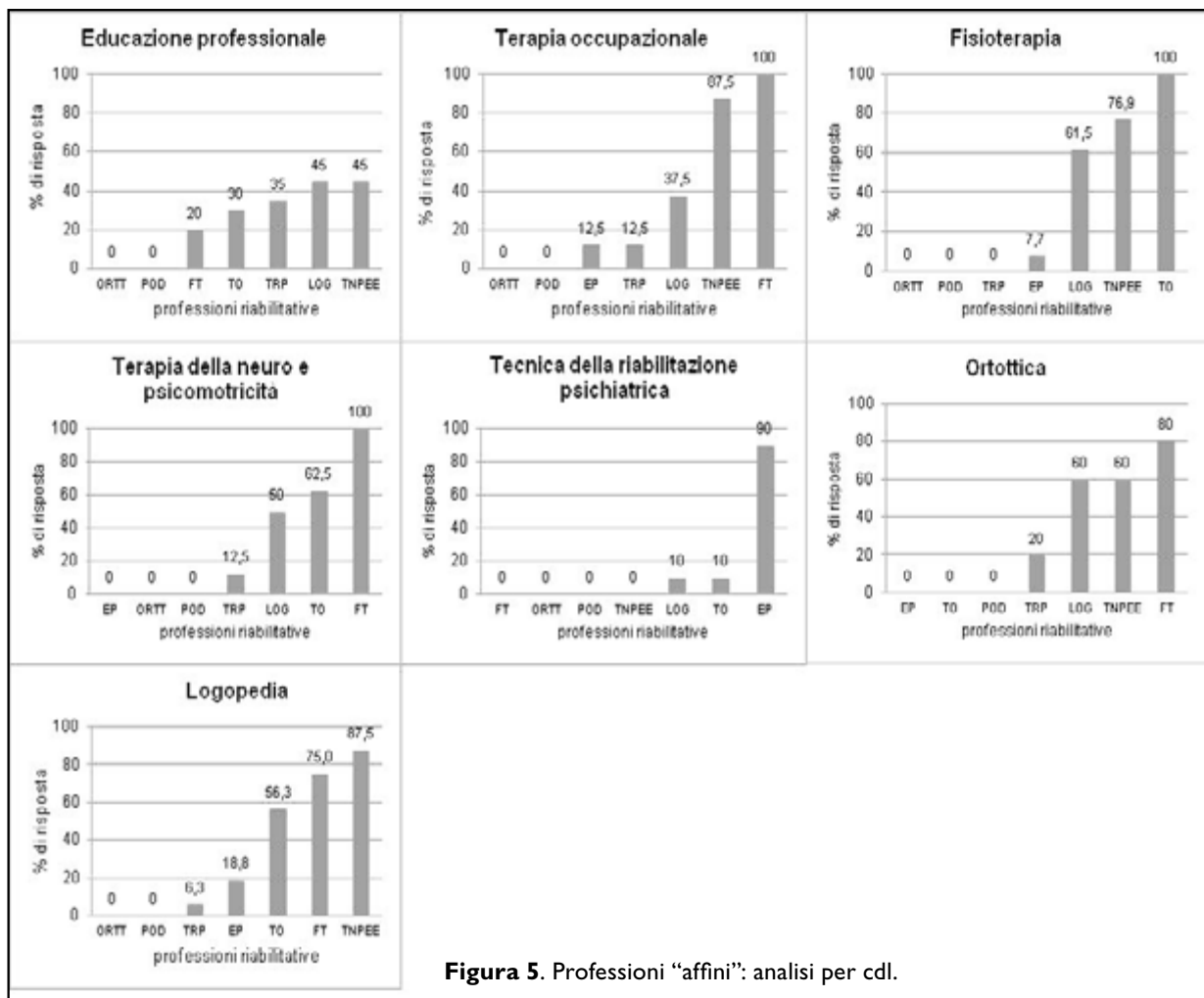


Figura 5. Professioni “affini”: analisi per cdl.

bilitativo orientato a: corpo vs. mente; *iii*) finalità riabilitative medico-sanitarie vs. psico-sociali; *iv*) settorialità dell'ambito di competenza; *v*) diversità della tipologia di utenza; *vi*) diversità nelle modalità di approccio al paziente; *vii*) differente formazione universitaria; *viii*) differenti competenze; *ix*) differenti modalità di intervento; *x*) mancata conoscenza delle peculiarità della professione (da parte dello studente) (Figure 4 e 5).

▪ *Cosa accomuna le diverse PrR? Indichi concetti, attività, capacità e competenze che possono essere trasversali alle diverse professioni.*

Si è operata una analisi qualitativa delle risposte. Sono state identificate 42 microaree di risposta raggruppate in 8 macroaree (Tabella 3).

▪ *Riterrebbe necessario sviluppare una maggior conoscenza delle diverse PrR? Motivi la risposta.*

Settantacinque studenti su ottanta (93,8%) hanno risposto affermativamente.

All'analisi qualitativa sono state individuate 15 tipologie di motivazioni per le risposte affermative e 6 per le negative (Tabella 4).

▪ *Agli studenti che hanno risposto in modo affermativo all'item precedente è stato richiesto di attribuire un valore di significatività ad alcune proposte volte ad incrementare una maggior conoscenza tra le PrR.*

In Figura 6 si riporta l'elenco delle modalità proposte e i punteggi medi di significatività per gli STri.

Studenti del corso magistrale

▪ *Quali professioni, tra le opzioni proposte, appartengono alla classe delle professioni sanitarie della riabilitazione? (massimo 8 risposte corrette).*

La mediana delle risposte corrette è 7. Sei studenti su nove (66,7%) hanno fornito risposta completamente corretta, individuando tutte le PrR. Il confronto tra questa percentuale e quella degli STri (5%) risulta statisticamente significativo ($p < 0,0001$). Nessuno studente ha fornito risposta completamente errata. Le professioni maggiormente individuate sono: ort: 100%; ft: 100%; log: 100%; tnpee: 100; seguono pod: 88,9%; trp: 87,5%; to: 77,8%; ep: 62,5%.

▪ *Cosa accomuna le diverse professioni riabilitative? Indichi concetti, attività, capacità e competenze che possono essere trasversali alle diverse professioni.*

Si è operata una analisi qualitativa delle risposte

Macroaree e microaree n (%)	Totale n = 80
Obiettivi	48 (51,3)
autonomia	15 (36,6)
benessere psicofisico	10 (24,4)
qualità di vita	9 (22)
acquisizione/mantenimento abilità	7 (17,1)
"obiettivi" non specificati	7 (17,1)
empowerment	4 (9,8)
partecipazione	2 (4,9)
prevenzione	2 (4,9)
compliance	2 (4,9)
integrazione	1 (2,4)
Centralità del paziente	28 (35)
percorso di cura /presa in carico	17 (60,7)
globalità della persona	13 (46,4)
approccio centrato sui bisogni del paziente	4 (14,3)
Filosofia sottesa alla relazione con il paziente	36 (45)
relazione empatica	33 (91,7)
sostegno, supporto, aiuto	5 (13,9)
visione "ottimista" del paziente	1 (2,8)
altruismo	1 (2,8)
Aree/modalità di intervento	26 (32,5)
educazione/rieducazione	8 (30,8)
funzioni fisiche-organiche	4 (15,4)
esercizio, attività, intervento	4 (15,4)
temporalità	3 (11,5)
strategie di compenso	3 (11,5)
"interventi" non specificati	3 (11,5)
capacità adattive	2 (7,7)
motivazione	2 (7,7)
mobilitazione/posturazione	2 (7,7)
apprendimento/ri-apprendimento	1 (3,8)
quotidianità	1 (3,8)
Competenze/funzioni professionali	14 (17,5)
progettualità	8 (57,1)
ragionamento clinico	3 (21,4)
valutazione	2 (14,3)
sapere, saper fare, saper essere	2 (14,3)
diagnosi funzionale	1 (7,1)
osservazione	1 (7,1)
lavoro pratico	1 (7,1)
Formazione universitaria	8 (10)
conoscenze mediche	7 (87,5)
conoscenze psicologiche	3 (37,5)
formazione universitaria (risposta generica)	2 (25)
conoscenze sociologiche	1 (12,5)

Tabella 3. STri: macroaree e microaree trasversali in riabilitazione.

identificando 17 microaree raggruppate in 5 macroaree (Tabella 5).

risposte affermative (n = 75)	
<i>Motivazioni n (%)</i>	
• Migliorare lavoro in equipe	31 (41,3)
• Migliorare approccio al paziente	21 (28)
• Fare chiarezza su specifiche competenze di ogni professionista	19 (25,3)
• Maggiore riconoscimento professionale	18 (24)
• Necessità di capire confine tra propria e altrui professione (evitare abuso professionale)	14 (18,7)
• La collaborazione è necessaria in riabilitazione	8 (10,7)
• Sapere a chi rivolgersi in caso di problemi nuovi	3 (4)
• Migliorare progetto riabilitativo	2 (2,7)
• Migliorare propria formazione	2 (2,7)
• Elaborare obiettivi condivisi	1 (1,3)
• Diminuire preconcetti/pregiudizi tra professioni	1 (1,3)
risposte negative (n = 5)	
<i>Motivazioni n (%)</i>	
• Professioni incontrate/conosciute durante tirocini	2 (40)
• Conosce già le professioni (non specifica in quali contesti le ha conosciute)	1 (20)
• Riferisce di non essere interessato	1 (20)
• Ritene sufficiente la conoscenza delle figure “più inerenti” il suo ambito	1 (20)
• Tale attività toglierebbe tempo alla specifica formazione professionale	1 (20)
• Ogni professione ha le sue specifiche competenze	1 (20)

Tabella 4. STri: motivazioni affermative e negative.

▪ *Riterrebbe necessario sviluppare una maggior conoscenza delle diverse PrR? Motivi la risposta.*

Otto studenti su nove (88,9%) hanno risposto affermativamente (Tabella 6). All’analisi qualitativa sono state individuate 7 tipologie di motivazioni per le risposte affermative; lo studente che ha risposto negativamente non ha espresso motivazioni.

▪ *Agli studenti che hanno risposto in modo affermativo all’item precedente è stato richiesto di attribuire un valore di significatività ad alcune proposte volte ad incrementare una maggior conoscenza tra le PrR.* In Tabella 6 si riporta l’elenco delle modalità proposte e i punteggi medi di significatività attribuiti.

DISCUSSIONE

Questo studio rappresenta un primo tentativo di analisi trasversale circa le differenti PrR.

La conoscenza delle PrR risulta equamente distribuita tra i cdl; si osserva una differenza tra i punteggi degli studenti di EP e di FT (5 vs. 7; $p < 0,05$). Tale discrepanza può essere ricongiunta alla recente introduzione del corso in EP tra i corsi delle professioni sanitarie.

Soltanto il 5% degli STri (quattro su ottanta) e il 66,7% degli SMag (sei su nove) ha individuato tutte le PrR. Seppur esista una differenza tra le percentuali ($p < 0,0001$) tale dato delude l’aspettativa nei confronti degli SMag, che lavorano e stanno affrontando un percorso di studi avanzato.

La scarsa conoscenza riscontrata tra gli studenti risulta parzialmente spiegabile facendo riferimento alla recente normativa che ha unificato le PrR e ai differenti percorsi universitari che le stesse affrontano.

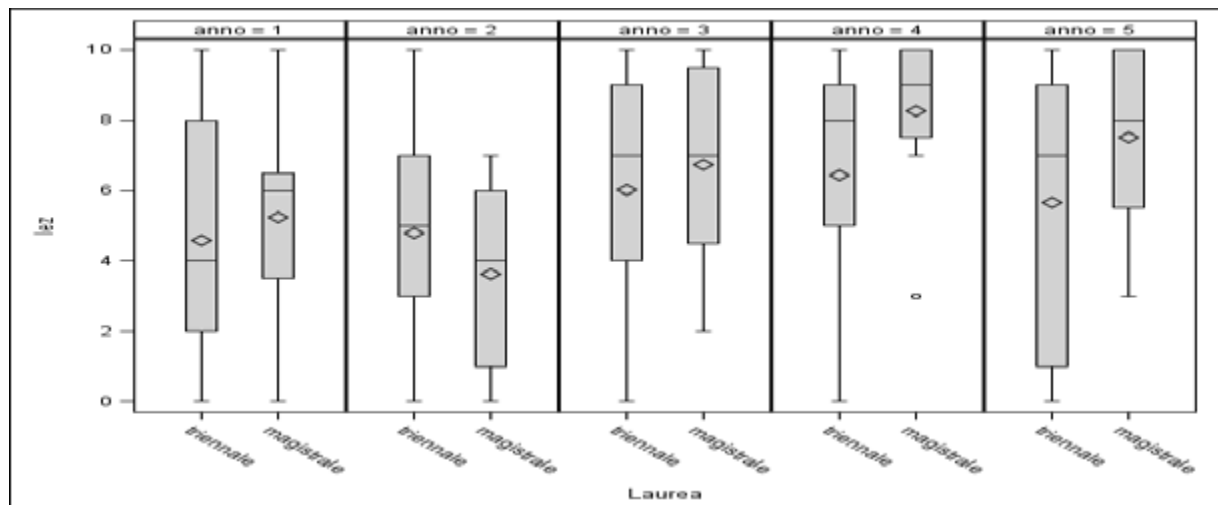
Una analisi più profonda conduce altresì ad interrogarsi sia circa l’esistenza di una reale frammentazione tra le diverse figure, che in merito alla capacità (semantica ma anche pragmatica) del concetto di “riabilitazione” di fungere da collante, da nucleo di significato che le tiene unite non soltanto sul piano normativo, ma anche teorico e pratico.

Rispetto all’individuazione delle figure più o meno “affini” si è prestata attenzione alle motivazioni fornite mediante l’individuazione di temi ricorrenti. Tra le stesse, alcune categorie usate per definire le professioni ritenute “più affini” sono state: “funzioni e competenze”, “tipologia di utenza” e “obiettivi”. Anche gli SMag presentano percentuali significative per la categoria “tipologia di utenza” e per “tipologia di problematiche affrontate”.

Per le professioni “meno affini” si evince una forte dicotomia tra dinamiche fisiche e psico-sociali. Tale “doppia natura” risulta evidente in alcune categorie individuate: “aree di interesse: aspetto fisico-organico vs. psico-sociale”, “approccio riabilitativo orientato a corpo vs. mente”, “finalità riabilitative medico-sanitarie vs. psico-sociali”.

Queste riflessioni conducono all’idea che probabilmente la modalità migliore da adottare nel confronto con le altre professioni possa essere rintracciata sul piano della riflessione critica rispetto a casi di

Lezioni frontali



Laboratori

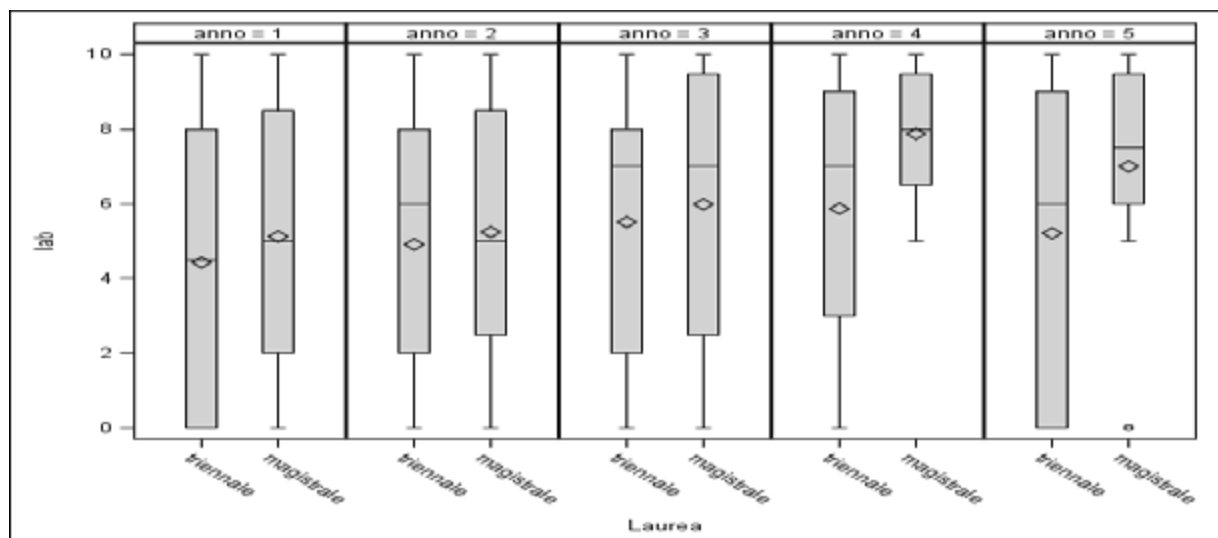
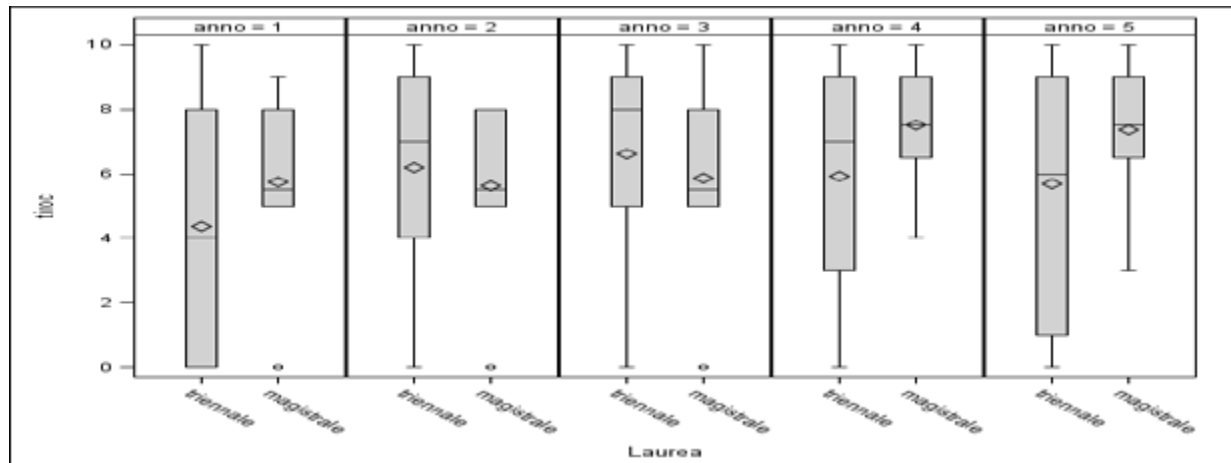


Figura 6. STri e SMag: confronto punteggi (continua a pag. 31).

rilevanza pratica, individuando “settori di competenza” che definiscano l’approccio al paziente con bisogni riabilitativi mediante l’azione integrata tra figure. Lo strumento del caso clinico, come “luogo ideale” di confronto può rappresentare un *medium* ne eccessivamente teorico (dunque lontano dalla realtà) ne meramente pragmatico (difficilmente suscettibile di analisi critica). L’individuazione di aree trasversali in riabilitazione ha consentito di disporre di una grande quantità

di risposte, raccolte in alcune “macroaree”. L’area maggiormente rilevata tra gli STri è stata quella relativa alla “formulazione di obiettivi”; l’autonomia del paziente risulta l’obiettivo maggiormente identificato come connotante le figure riabilitative. Il 45% degli STri e il 44,4% degli SMag ha individuato la “relazione con il paziente” come peculiare all’agire riabilitativo. Altra area fortemente individuata è quella relativa alla “centralità del paziente” che si concretizza nel concetto di “presa in carico” e nel

Tirocinio



Presentazione professionisti

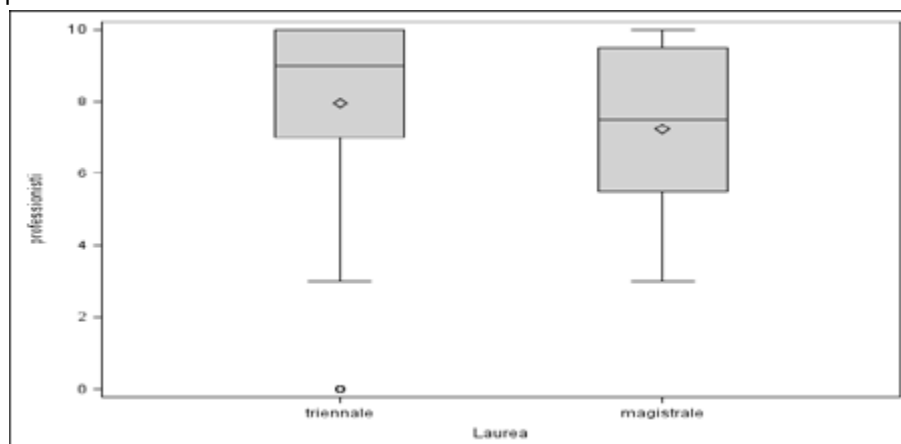


Figura 6. STri e SMag: confronto punteggi (continua a pag. 32).

riferimento ad interventi calati nella quotidianità che sembrano confermare l'importanza di definire il progetto riabilitativo nei termini di “progetto di vita”. Seppur tale concetto non goda ancora di ampia diffusione, emerge come implicitamente gli studenti considerino centrale la contestualizzazione di ogni pratica riabilitativa nella vita del paziente. Ulteriore aspetto rilevante è quello relativo alla formazione universitaria. Gli STri individuano tre settori disciplinari che sembrano connotare le PrR: medico, psicologico, sociologico. Buona parte degli studenti ritiene necessario sviluppare una maggior conoscenza delle PrR. Le

motivazioni date riconducono all'importanza di migliorare il lavoro di *équipe* nonchè all'esigenza di comprendere la propria identità professionale. La natura complessa dei problemi riabilitativi richiede inoltre l'integrazione di competenze plurime. Complessivamente, sembra che gli studenti faticino a collocare la loro professione in un contesto più ampio – quello riabilitativo – a “contestualizzare” il loro ruolo professionale nell'interazione e attraverso il riconoscimento delle altre figure. Tale *gap* formativo potrebbe risultare colmabile attraverso la promozione del giusto valore del processo di formazione alla propria professione anche mediante la

Pratica lavorativa

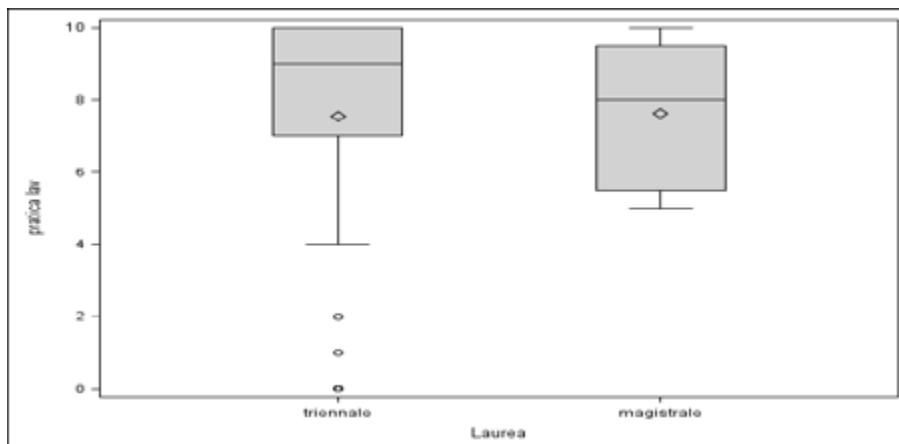


Figura 6. STri e SMag: confronto punteggi.

Macroaree e microaree n (%)	Totale studenti n = 9
1) <i>Competenze/funzioni professionali</i>	3 (33,3)
progettualità	1 (11,1)
osservazione del paziente	1 (11,1)
diagnosi funzionale	1 (11,1)
2) <i>Centralità del paziente</i>	5 (55,6)
focus sul paziente	2 (22,2)
presa in carico del paziente	2 (22,2)
presa in carico della famiglia/caregivers	1 (11,1)
3) <i>Tipologia di relazione con il paziente</i>	4 (44,4)
contatto diretto	1 (11,1)
“relazione” (risposta generica)	2 (22,2)
comunicazione	1 (11,1)
4) <i>Aree/modalità di intervento</i>	5 (55,6)
trattamento prolungato nel tempo	1 (11,1)
disabilità/menomazione	1 (11,1)
rieducazione	1 (11,1)
lavoro trasversale sul paziente	1 (11,1)
“interventi” (risposta generica)	1 (11,1)
5) <i>Obiettivi</i>	3 (33,3)
ri-abilitare	2 (22,2)
migliorare qualità di vita	1 (11,1)

Tabella 5. SMag: macroaree e microaree trasversali in riabilitazione.

conoscenza delle altre PrR, che dovrebbe trovare appropriata collocazione nel processo formativo. A tal scopo sono state avanzate alcune generiche proposte su possibili “contesti formativi” per incre-

risposte affermate (n = 8)	
<i>Motivazioni n (%)</i>	
• Migliorare lavoro in equipe	5 (55,6)
• Rendere percorso formativo più omogeneo	3 (33,3)
• Garantire approccio bio-psico-sociale al paziente	2 (22,2)
• Maggior riconoscimento tra professioni della stessa classe	2 (22,2)
• Visione più ampia dell’organizzazione aziendale	1 (11,1)
• Migliorare efficacia trattamento	1 (11,1)
• Il paziente presenta problemi complessi	1 (11,1)

Tabella 6. SMag: motivazioni affermate.

mentare la conoscenza: lezioni frontali, situazioni laboratoriali, tirocini, presentazione di professionisti, pratica lavorativa. Confrontando i punteggi degli STri e SMag emerge come non vi siano differenze significative (Figura 6).

CONCLUSIONI

La mancata conoscenza rilevata tra gli studenti circa le diverse PrR non esprime soltanto scarsa informazione o disomogenea “maturazione” in relazione alle scienze riabilitative, ma anche una reale difficoltà nel tenere unite realtà differenti, esperienze, vissuti professionali a volte contrastanti ed agli antipodi. Tale ricerca, non può esimersi dal considerare

questi aspetti critici, né dal riflettere circa la possibilità di promuovere il dibattito relativo alle fondamenta epistemologiche delle scienze riabilitative e alla formazione universitaria dei futuri professionisti. La questione che emerge – estremamente critica, e difficilmente esauribile in tale sede - è legata alla necessità di comprendere quali ragioni abbiano condotto all' unificazione delle otto professioni sotto il “grande cappello” della riabilitazione. Risulterebbe inoltre auspicabile la possibilità di far accedere i futuri studenti ad un percorso formativo più omogeneo, almeno per i primi tre anni di corso universitario, diversificando successivamente i settori disciplinari di competenza a seconda dell'area riabilitativa. A tal fine appare indispensabile identificare a priori conoscenze e obiettivi didattici “di base”, e aspetti che invece costituiscono il *core* di ciascuna PrR, evitando parcellizzazioni estreme tra professioni.

In tal senso l'Università potrebbe, e dovrebbe, essere identificata come quello spazio entro il quale lo studente possa sentirsi libero di imparare e conoscersi attraverso le sfide personali che dovrà affrontare ma anche in quell'ineludibile esperienza che consiste nell'essere chiamato al confronto con gli altri.

Lo studio condotto ha consentito una riflessione circa i diversi “luoghi riabilitativi”, così come percepiti dagli studenti, anche se un potenziale limite

è legato alla non rappresentatività del campione, perché su base locale e non nazionale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- [1] Pigiampo R. (2009), “Nuovo dizionario della disabilità, dall'handicap e della riabilitazione”, Armando Editore, Roma.
- [2] Engel G.L. (1977), “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science*, Vol. 196, n° 4286, pp. 129-36.
- [3] Giarelli G., Venneri E. (2009), “Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali”, Franco Angeli, Milano.
- [4] Organizzazione Mondiale della Sanità. (2001), “ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health”, Geneva, trad. it. di G. Lo Iacono, D. Facchinelli, F. Cretti, S. Banal (2002), Edizioni Erickson, Trento.

NORMATIVA

- L. 10 agosto 2000, n. 251, in materia di “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.
- D.M. 29 marzo 2001, n. 118, in materia di “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000).