

SUPSI Health

Rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI

Numero speciale
sulla revisione dei
tre curricula della
Formazione di base

EDITORIALE

Ivan Cinesi

L'OSPITE

Luigina Mortari

IL PROGETTO

Graziano Meli
Magda Chiesa
Francesco Micheloni
Matthias Möller

STRUMENTI

DI VALUTAZIONE

Antonio Amendola
Barbara Masotti

Segnalazioni



editoriale

Le ragioni del cambiamento



Durante l'anno appena trascorso, tra le domande che sono state poste alla Direzione del Dipartimento, si è sentita assai spesso la seguente: "perché dobbiamo cambiare se i nostri Corsi di laurea sono appena stati accreditati?". La domanda è legittima ma non mancano risposte valide.

In organizzazione, si sa, non esistono "regole d'oro". Esistono però concetti di fondo che è bene tenere sempre in considerazione: uno di questi riguarda l'importanza di saper anticipare le necessità di cambiamento. Il DSAN, e in particolar modo il settore della Formazione di base, è tenuto ad adattarsi e modificarsi costantemente, per riuscire a raggiungere il suo obiettivo primario: formare professionisti della salute in grado di operare in un contesto sanitario complesso ed in continua evoluzione.

È necessario rispondere a bisogni sul breve termine senza però mai perdere di vista quelle che potrebbero essere le evoluzioni a lungo termine. Le due prospettive vanno tenute in considerazione sempre simultaneamente, mettendo spesso in difficoltà chi è chiamato a decidere. La complessità di questo processo chiama in causa tutti i collaboratori e mette alla prova il sistema di relazioni tra di loro. L'essere umano è avverso ai cambiamenti, per paura di non essere in grado di affrontarli, di gestirli, di sostenerli; per paura di "perdere" qualcosa, per un senso di pessimismo nei confronti del futuro.

All'interno del Dipartimento si è lavorato alacremente; l'adesione ai valori organizzativi e l'alto grado di motivazione dei collaboratori hanno certamente giovato a questa intensa attività, anche se non sono mancati i conflitti, le resistenze, i momenti più difficili.

Gli elementi di spinta, così come quelli di resistenza, sono confluiti in un risultato elogiabile ottenuto, va sottolineato, in tempi molto brevi (mantenendo nel contempo le attività di "gestione corrente").

Fatta questa premessa, addentrandoci meglio nei motivi che hanno portato la Direzione a voler implementare un progetto di revisione curricolare, si può compiere una prima distinzione: quella tra *fattori esterni* e *fattori interni*.

Partendo dai fattori esterni, determinante è stata la presa di coscienza dei profondi cambiamenti del contesto professionale: nuovi scenari demografici, aumento della cronicità, della complessità delle situazioni cliniche, la comorbidità, i nuovi sistemi di finanziamento (DRG), l'aumento della presa a carico domiciliare. Altro elemento contestuale, di fondamentale importanza, è costituito dalla pubblicazione dei nuovi profili di competenze FKG (*Fachkonferenz Gesundheit*). Questi ultimi cambiano radicalmente rispetto ai precedenti, introducendo un grande elemento di novità caratterizzato dai "sette ruoli" che, trasversalmente, accomunano le diverse professioni sanitarie.

Sempre relativamente alla pubblicazione di nuovi documenti, non va dimenticata la proposta di aggiornamento delle Best Practice KFH (Konferenz der Fachhochschulen).

Internamente al DSAN, le spinte al cambiamento sono state fornite dai rapporti dei "Gruppi Bachelor" (gruppi consultivi costituiti da persone provenienti sia dal mondo accademico che da quello professionale sanitario). Di questi documenti, sono state tenute in considerazione le ipotesi di miglioramento e le aree di sviluppo mirate ad ogni singolo Corso di laurea.

Oltre a questo la Direzione allargata del Dipartimento ha provveduto a compiere un'analisi rispetto a punti forti e aree di criticità del precedente curriculum.

Concludo sottolineando nuovamente l'importanza del lavoro svolto e l'enorme impegno profuso da tutti i collaboratori. L'inizio dell'Anno Accademico rende operativi i nuovi percorsi formativi che non mancheranno di essere indagati e valutati al fine di continuare a garantire la qualità dell'offerta. Il processo di revisione curricolare dunque non finisce qui: andrà alimentato, monitorato e continuamente adattato, perché il senso dell'esistenza di un ente formativo universitario professionale è quello di rispondere a bisogni che vanno ricercati nell'essenza delle professioni, costantemente in evoluzione.

Ivan Cinesi

Direttore del Dipartimento sanità SUPSI



Dipartimento sanità (DSAN)

Galleria 2
CH - 6928 Manno

Realizzazione

Unità di ricerca del DSAN

Hanno collaborato

A. Amendola
M. Chiesa
I. Cinesi
B. Masotti
G. Meli

F. Micheloni
M. Möller
L. Mortari
A. Piccaluga-Piatti

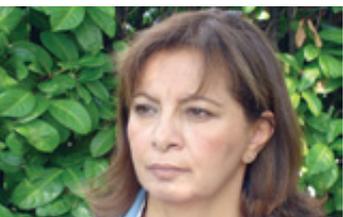
sommario



EDITORIALE.....	2
L'OSPITE	
Il valore del sapere esperienziale	4
IL PROGETTO	
Formare ai "mestieri dell'umano"	
I moduli comuni	6
"Allontanarsi dal paradigma biomedico"	
Il corso di laurea in Cure infermieristiche	11
"La persona al centro della cura e dell'agire terapeutico"	
Il corso di laurea in Fisioterapia.....	16
"Un curriculum ambizioso e tradizionale nel contempo"	
Il corso di laurea in Ergoterapia	22
STRUMENTI DI VALUTAZIONE.....	26
SEGNALAZIONI.....	27

l'ospite

Il valore del sapere esperienziale



Luigina Mortari

Professore di epistemologia della ricerca qualitativa, Dipartimento di Filosofia, Pedagogia Psicologia, Università degli studi di Verona.

Nella nostra tradizione culturale, tuttora gravata dal dualismo fra teoria e pratica, l'agire professionale è concepito come implementazione di saperi elaborati da altri, i cosiddetti teorici. La competenza professionale è, quindi, misurata sulla capacità di mettere in atto logiche predefinite che altri hanno deciso essere autorevoli. In questa visione dualistica prende forma una netta distinzione fra chi fa ricerca e chi agisce praticamente.

Non vi sono dubbi sul fatto che l'agire pratico implichi la messa in atto di saperi che possono essere elaborati altrove. Ma una "buona pratica" non è mera applicazione di teorie elaborate da altri e altrove, perché in questo caso la prassi risulterebbe "disabilitata". Una buona pratica implica, invece, ideazione e progettazione a partire dall'esperienza vissuta e, quindi, un contributo soggettivo che consenta la costruzione di un sapere esperienziale. Per essere efficace la pratica deve essere illuminata da una teoria elaborata a partire dalla pratica stessa; in questo caso si parla di "prassi", per indicare un agire pratico illuminato da una teoria che si costruisce nel contesto dell'azione. Si parla in questo caso di quella che viene definita "'home-grown' knowledge", cioè un sapere che viene dal contesto.

Un pratico realmente competente è colui che all'agire routinario preferisce l'agire pensato e per questo si qualifica come un buon ricercatore. Per essere un "buon pratico" è necessario saper *costruire sapere a partire dall'esperienza*, cioè un sapere che si struttura attraverso un'indagine razionale su ciò che si vive concretamente, cioè attraverso un pensare che esamina il presente che si sta vivendo per decifrare di esso il senso.

Il sapere che viene dall'esperienza, però, non prende forma come semplice conseguenza del partecipare ad un contesto esperienziale, ma presuppone l'intervento della ragione riflessiva, cioè l'essere pensosamente presenti rispetto a ciò che accade. Dall'esperienza si costruisce sapere, occorre la consuetudine a meditare su ciò che accade, e poi un contatto intimo con gli eventi "associato con un acuto interesse" e il lasciarsi assorbire col pensiero nelle situazioni². Costruire sapere a partire dall'esperienza significa sostituire alla logica del "top down", cioè quella che ritiene esserci sempre disponibile una teoria entro la quale sussumere l'esperienza, la logica del "from the ground up", che mira a fare della pratica il luogo in cui si elabora sapere³. Valorizzare un sapere che viene dall'esperienza non implica il rinunciare al confronto con la teoria quanto, invece, costruirla sulla base di altri presupposti: messa tra parentesi l'idea che la pratica sia il mero campo di applicazione della teoria, ma anche quella secondo la quale la pratica sia autosufficiente e non necessiti della teoria, si tratta di concepire il sapere come elaborabile a partire da una ricorsività dialogica fra il lavoro della problematizzazione teoretica e l'analisi dell'esperienza.

A questo scopo è utile riprendere in tutta la sua valenza epistemologica la tesi deweyana circa il rapporto che dovrebbe intercorrere tra la pratica educativa e il processo di elaborazione della teoria, secondo la quale l'esperienza deve costituire sia il punto di avvio per l'elaborazione della teoria sia il punto di arrivo, perché la vera validazione di una teoria dell'agire professionale presuppone il confronto critico con l'esperienza.

¹ Schubert, W.H. 1991. *Teacher Lore*, pp. 207-233, in Witherell, C. and N. Noddings, *Stories lives tell*, New York: Teachers College Press, p. 210.

² Dewey, J. 1986. *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia (tit. or. *How we think*, Boston: Heat, 1933), p. 200.

³ Watson, J. 1998. *A Meta-reflection on Reflective Practice and Caring Theory*, pp. 214-220, in Johns, C. and D. Freshwater (Eds.), *Transforming Nursing through Reflective Practice*, Oxford: Blackwell Science, p. 214.

Occorre dunque riconcettualizzare la pratica, riconoscendone tutto il suo valore epistemologico in quanto luogo di possibile elaborazione di un sapere con senso, e poi di pensare al pratico come ad un ricercatore sul campo, capace di costruire sapere a partire dall'esperienza. Questo farsi ricercatore sul campo di un sapere esperienziale richiede al pratico di saper operare tagli: (i) mettere fuori gioco le soluzioni elaborate al di fuori del contesto della pratica; (ii) non lasciare ad altri il compito di mettere in parole il proprio sapere; (iii) prendere le distanze da quegli specialismi che riducono la portata dei problemi.

Il presupposto epistemologico che fonda il discorso è che il pensiero stesso, quello che intende costruire un sapere capace di fare ordine, "nasca dai fatti dell'esperienza viva e debba rimanervi legato come agli unici segni indicatori validi per la propria ispirazione"⁴. Quando il pensiero si trova ad essere svincolato dall'esperienza rischia di perdere ogni significato e di produrre teorie trite e asfittiche, con la conseguenza che l'esperienza risulta impenetrabile al pensiero. Guadagnare sapere a partire dall'esperienza è, però, un compito arduo perché nel tempo moderno la capacità di fare esperienza tende a sparire.

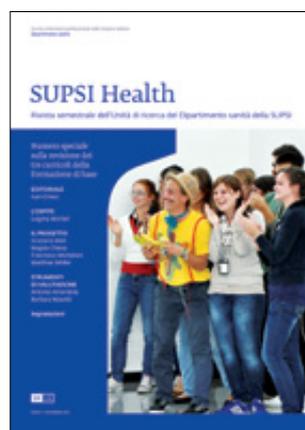
Per comprendere tale affermazione è necessario distinguere fra "esperienza" e "vissuto".

Con il termine 'vissuto' indico quel tessuto di eventi che si snodano in una condizione preriflessiva, dove si vive l'accadere delle cose in una condizione di muta immediatezza, stando a corpo a corpo con gli eventi. Con il termine 'esperienza' indico l'accadere di un vissuto accompagnato dal pensare riflessivo. L'esperienza prende forma quando il vissuto diventa oggetto di riflessione e il soggetto se ne appropria consapevolmente per comprenderne il senso. C'è esperienza quando si esplora la vita preriflessiva e si attribuisce senso a quello che accade. Perché ci sia esperienza è, quindi, necessario un intervento del pensiero che consenta di mettere in parola il vissuto dando ad esso esistenza simbolica. Il fare esperienza va inteso come il movimento dello stare in contatto di sé, il disporsi in un atteggiamento di ascolto pensoso rispetto al divenire della propria presenza nel mondo.

Preso nella morsa della frenesia attivistica, la pratica

quotidiana rischia di restare senza l'ombra di una riflessione e così il vissuto rimane mancante di una possibile significazione. Ma nel momento in cui la trama del vissuto rimane senza parola scompare alla vista, lasciando senza radici vitali il pensiero. Dal punto di vista husserliano avere esperienza è "essere desti", è stare nel mondo secondo il modo della coscienza, dell'auto-riflessione. C'è un modo ontico di abitare i luoghi del vivere quotidiano, in cui semplicemente si sta coinvolti in quello che accade, nel senso che gli eventi vengono vissuti irreflessivamente, e c'è un modo ontologico, che è quello della riflessione, in cui il vissuto entra nell'orizzonte della coscienza divenendo oggetto dell'indagine razionale. Rispetto al modo di vivere immediato, quello della "semplice vita dentro il mondo"⁵ che fa stare impigliati nelle cose, il modo della riflessione consente una presa di distanza che rende possibile l'emergenza della coscienza di sé nella presenza attuale. Ciò che ho vissuto può essere conservato irreflessivamente come materiale grezzo, è la riflessione che lo porta all'evidenza della coscienza; ma non tutto emerge, da qui la necessità di riflessioni ulteriori per mettere in luce aspetti rimasti impensati⁶. È quando il vissuto entra nell'orizzonte del pensiero che il tempo della vita acquista significato.

Riflettere è cercare la verità dell'esperienza; è la capacità propria della ragione di cercare il significato di ciò che accade e di metterlo in parola. Riflettere è andare alla ricerca di un principio d'ordine, di quella giusta misura del dire, del sentire e dell'agire che fa stare con signoria nel mondo.



⁴ Arendt, H. 1999. *Tra passato e futuro*, Milano: Garzanti (tit. or. *Between Past and Future: Six Exercises in Political Thought*, The Viking Press, New York 1961), p. 38.

⁵ Husserl, E. 1968. *La crisi delle scienze europee*. Milano: Il Saggiatore (tit. or. *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Nijhoff, Den Haag 1954 [1936]), pp. 173-174.

⁶ Pacì, E. 1965. *Funzione delle scienze e significato dell'uomo*, Milano: Il Saggiatore, p. 78.



il progetto

Formare ai "mestieri dell'umano"



Graziano Meli

Responsabile Bachelor DSAN

Una scelta innovativa e coraggiosa sin dal 2005

La decisione nazionale di collocare a livello accademico le formazioni sanitarie, quella cantonale di creare un Dipartimento sanità alla SUPSI che raggruppasse le professioni dell'ergoterapista, del fisioterapista e dell'infermiere ci hanno da subito confrontati con l'esigenza di un forte rinnovamento nelle modalità formative dei professionisti delle salute.

Sin dalle prime scelte operative è emersa la volontà di creare un percorso formativo caratterizzato da moduli comuni e da moduli mono-professionali. Gli elementi presi in considerazione per la creazione di questa "base comune" sono derivati dalle attività di analisi del contesto, dalla riflessione sulle caratteristiche dell'utenza, dalle nuove esigenze richieste ai professionisti della sanità relative alla gestione di metodologie e processi, e dall'esistenza di interrogativi comuni nell'ambito della relazione e della comunicazione sia con l'utenza che nelle diverse équipes. Il progetto relativo alla costituzione delle SUP sanitarie della Conferenza dei direttori della sanità (CDS)¹ e l'interessante documento elaborato dalla HES-SO relativo ad un profilo di competenza comune alle professioni della salute², uniti alla valorizzazione di pregresse esperienze di formazione pluri-professionale, hanno permesso di stilare un "nostro" documento programmatico alla base dei tre nuovi curricula³ e di identificare alcune aree comuni all'interno delle quali progettare dei moduli che favorissero il lavoro interdisciplinare e lo sviluppo di competenze personali, metodologiche, comunicative e sociali indispensabili allo svolgimento delle singole professioni.

I moduli comuni previsti nei curricula 2006/2011 si situavano nelle aree denominate:

- Identità, alterità e ruolo professionale, società e salute (6 moduli – 17 crediti ECTS)
- Organizzazione, sistemi e strutture sanitarie (3 moduli – 8 crediti ECTS)
- Ricerca, metodologia e gestione dei progetti (4 moduli – 10 crediti ECTS)
- Inglese (1 modulo – 7 crediti ECTS)

Con questa scelta si è concretizzata un'assoluta innovazione nel panorama delle formazioni sanitarie nazionali. Innovazione guardata anche con diffidenza e scetticismo in parte giustificati dal timore di una perdita della specificità professionale e di un'ibridazione contenutistica che avrebbe potuto ridurre il valore delle rispettive expertises professionali.

42 crediti formativi ECTS su 180 sono quindi stati pianificati attorno a concetti e competenze comuni e hanno messo in contatto studenti e docenti del DSAN sin dal primo giorno di formazione e per tutto il triennio formativo. Ci piace constatare come questa opzione sia oggi ritenuta un indirizzo formativo valido e adottato anche da altre università sia nella formazione Bachelor che nel contesto della formazione continua.

¹ Projet de profil des HES santé du 5 avril 2004.

² Profil de compétence – domaine santé Haute Ecole Spécialisée de la Suisse Occidentale – 25.11.2004.

³ Aspetti centrali delle formazioni sanitarie SUPSI, settembre 2006.

Professionisti della cura? La costruzione di un'identità comune, nel rispetto della specificità identitaria delle tre professioni

"Noi non esistiamo al singolare, ma la nostra esistenza prende la sua forma dalle relazioni che viviamo, nel senso che è solo nella relazione con l'altro che andiamo tessendo il nostro essere (...) la condizione originaria dell'essere umano è quella dell'essere-con, dell'essere-insieme: il singolare è già da subito plurale" (Mortari, 2006: 94).

Difficile e faticoso argomentare il valore di questa scelta; la costituzione del team di docenti provenienti da culture professionali diverse ha richiesto cautela e nel contempo determinazione. Cautela per non creare resistenze e per dare ad ognuno il proprio spazio nella nuova strutturazione curricolare, determinazione nella continua esplicitazione e ricerca degli elementi comuni, indispensabili alla conduzione di un progetto condiviso e coerente.

Aneddoticamente ricordiamo come agli inizi fosse praticamente impossibile parlare ai docenti dei diversi corsi di laurea di "professioni della cura", ma fosse indispensabile precisare sempre, nel rispetto delle diverse sensibilità, "professioni della cura e della riabilitazione".

La condivisione, la formazione continua interna⁴ ed il continuo scambio tra équipes ci hanno portati progressivamente alla consapevolezza di appartenere ai "mestieri dell'umano" (Cifali, 1998) e a riconoscere con Zannini (2006) che *"svolgono infatti un lavoro di cura sia il medico e lo psicologo che l'infermiere e il riabilitatore, nonché l'educatore. In ciascuna di queste figure troviamo poi, tra loro interrelati e specificamente declinati, i diversi significati di cura"*.

La cura è così diventata l'elemento comune attorno al quale costruire e consolidare la formazione dei qualificati operatori sanitari di domani.

"Tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura, perché l'esistenza nella sua essenza è cura di esistere (...) si parla di primarietà ontologica della cura perché l'aver cura crea la possibilità di esserci" (Mortari, 2006: VII).

"Si può definire la cura come una pratica che ha luogo in una relazione in cui qualcuno si prende a cuore un'altra persona dedicandosi, attraverso azioni cognitive, affettive, materiali, sociali, politiche, alla promozione di una buona qualità della sua esistenza" (ibidem: 55).

L'esplicitazione di un nucleo comune di premesse epistemologiche

La premessa per il cambiamento, e di riflesso per le attività di revisione curricolare, è costituita dalla necessità di condividere e riferirsi a solidi elementi teorici. Uno specifico gruppo di lavoro multi-professionale si è attivato nell'elaborazione di un documento programmatico che precisa in modo chiaro un "nucleo di premesse epistemologiche" di riferimento⁵ basato su 16 diversi punti.

"La premessa antropologica" che promuove un approccio alla comprensione della persona olistico, sistemico e complesso, "un'epistemologia della complessità" che afferma la necessità di un dialogo aperto e rispettoso tra tutte le espressioni del sapere e del sentire dell'uomo e promuove il valore dell'unità nella molteplicità sono alcuni dei temi di fondamentale importanza per la rivisitazione dell'offerta formativa. Oltre a questi sono stati oggetto di dibattito "il rapporto mente-corpo" (Ader, Felten e Cohen, 2006), "il concetto di salute" (WHO, 1986), "l'interazione persona-ambiente", "l'approccio salutogenico" (Antonoski, 1996; Lindström e Eriksson, 2005) "l'intervento terapeutico e di promozione della salute" (Wilcock, 2006), "la professionalizzazione" (Meleis, 2012; WCPT 2011; Creek, 2010), "la relazione professionista-salute" (Wallerstein, 2006), "l'etica" (WHO, 2012), "la formazione personale", "i metodi", "le sfide per le professioni" (Sasso e Lotti, 2007).

Il collegio di Dipartimento ha riconosciuto il valore della produzione, ne ha apprezzato la completezza sottolineando l'importanza per la coesione interna nel cammino della costruzione di una cultura comune.

"Le système de l'éducation doit être le premier espace fécond de connaissance mutuelle, de partage, de respect et d'innovation" (Morin, 2012).

⁴ Seminari e momenti formativi attorno alla conoscenza delle tre professioni, alla condivisione di valori e finalità, allo sviluppo di progetti formativi comuni.

⁵ Documento elaborato dai colleghi Sergio Piasentin, Susanne Knueppel (Cure infermieristiche) Emmanuelle Drecq-Rossini, Ruth Hersche (Ergoterapia), Brigitte Erdmann e Gianpiero Capra (Fisioterapia).

Formare ai "mestieri dell'umano"

Il consolidamento della relazione tra teoria e pratica attraverso il rinforzo della trasversalità: i nuovi moduli comuni

Nelle formazioni accademiche professionalizzanti tutti concordano sulla necessità di cercare continui legami tra teoria e pratica e di consolidare e rendere più coerente il modello dell'alternanza.

"Una formazione in alternanza pone una problematica specifica che non lascia altra scelta se non quella di innovare pedagogicamente se si vuole evitare il rischio di giustapposizione di luoghi, di persone, di contenuti e di apprendimenti" (Mauduit-Corbon e Martini, 1999).

Il desiderio di promuovere l'esercizio della pratica riflessiva, un approccio/comprendimento multipla alla complessità delle situazioni di cura, la volontà di acquisire maggior consapevolezza delle dinamiche comunicative e relazionali così come il desiderio di curare l'integrazione di elementi professionali ad un approccio etico nel rispetto delle diverse culture ci ha portati a rivisitare l'intera articolazione dei moduli comuni e ad adottare strumenti che permettessero di valorizzare l'esperienza. Particolare attenzione sarà quindi data alla creazione di luoghi, spazi in cui si valorizza la dimensione esperienziale, la dimensione processuale, la problematizzazione, la connessione tra teoria e pratica, la riflessione sugli apprendimenti realizzati, la riflessione su se stessi, le capacità di osservazione, la comunicazione interpersonale, la dimensione non verbale, gli aspetti emotivi, affettivi, relazionali, valoriali.

"La riflessione acquisisce una valenza trasformativa quando è il risultato di un periodo di formazione che si sviluppa lungo un arco considerevole di tempo, poiché solo il tempo dilatato consente di ritornare sui propri vissuti e di interrogarli in profondità e da qui sviluppare quella fiducia in se stessi necessaria per attivare azioni trasformative" (Mortari, 2003: 33).

Coerentemente con quanto affermato in precedenza, coordinatori e docenti auspicano che gli indirizzi dei moduli comuni non si allontanino dalle esigenze di una pratica professionale attuale, concreta e innovativa; di conseguenza si è optato per una condivisione "tripartita" della responsabilità nella gestione dei moduli comuni (docenti ergoterapisti, fisioterapisti, ed infermieri), facendo capo ad esperti disciplinari o di materia per apporti specifici e/o approfondimenti.

MODULI COMUNI	SEMESTRE /CREDITI ECTS					
TITOLO MODULO	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Fasi della vita e caratteristiche dell'utenza (1)	4					
Epistemologia della cura (1)	2					
Sistemi e servizi sociosanitari	2					
Inglese	-	7				
Fasi della vita e caratteristiche dell'utenza (2)		2				
Epistemologia della cura (2)		2				
Disagio psicosociale		3				
Identità e alterità: preparazione allo stage		-				
Identità e alterità nella pratica professionale			6			
Statistica sanitaria			2			
Qualità			3			
Identità e etica nella pratica professionale				5		
Metodologia della ricerca (1)				3		
Identità e complessità relazionale nella pratica professionale					2	
Metodologia della ricerca (2)					2	
Gestione multi professionale di situazioni complesse						4
Percorsi di palliazione						3
TOTALE CREDITI COMUNI	8	14	11	8	4	7

Tabella 1

Formare ai "mestieri dell'umano"

Le sfide future

Invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche e della polimorbilità, modalità di cura sempre più complesse, progressivo cambiamento del ruolo dei pazienti (empowerment, espressione di preferenze, scelte), nuove modalità assistenziali, spostamento dell'azione di cura dagli istituti al territorio, progressi medico-tecnici richiedono "a tutti" gli operatori della cura di prestare sempre maggior attenzione all'utilizzazione delle risorse economiche e umane e imparare a condividere il proprio sapere "con tutti" nell'interesse della qualità e della continuità delle cure attraverso modalità di lavoro collaborative.

"La collaborazione interprofessionale è un processo attraverso il quale individui strutturano un'azione collettiva al fine di coordinare i servizi offerti a malati, famiglie, gruppi attraverso un processo di comunicazione, di decisione, di intervento e di apprendimento collettivi. La collaborazione è al contempo processo e risultato (output). La collaborazione si impara"
(Morin, 2012).

Il Lancet e l'Institut of Medecine affermano che "una nuova professionalità deve essere il motore delle cure di domani: quella dell'interprofessionalità".

Noi ci crediamo e lavoriamo in questa direzione con convinzione.

"When two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care"(Centre For The Advancement Of Interprofessional (CAIPE), 2012 in Morin, 2012).

Bibliografia

- Ader, R., D.L. Felten, N. Cohen. 2006 *Psychoneuroimmunology*. 4th edition, 2 volumes. San Diego: Academic Press.
- Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1): 11-18.
- CDS. *Projet de profil des HES Santé du 5 avril 2004*. Berna.
- Cifali, M. 1998. *Lien éducatif: contre-jour psychanalytique*, Paris: PUF.
- Creek, J. 2010. *The core concepts of occupational therapy. A dynamic framework for practice*. London: Jessica Kingsley publishers.
- DSAN SUPSI. 2006. *Aspetti centrali delle formazioni sanitarie SUPSI*. Manno.
- DSAN SUPSI. 2012. *Nucleo comune di premesse epistemologiche*. Manno.
- HES-SO. *Domaine santé de la HES-SO*. 2004. *Profil de compétence*. Delémont.
- Lindström, B., M. Eriksson. 2005. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*; 59:440-442.
- Mauduit-Corbon, M., F. Martini. 1999. *La pédagogie de l'alternance*. Paris: Hachette.
- Meleis, A. I. 2012. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morin, D. 2012. *La formation interprofessionnelle pour les professions de la santé. L'avenir... c'est maintenant*. Winterthur.
- Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. 2003. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Carocci.
- Sasso, L, A. Lotti. 2007. *Problem-based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Wallerstein, N. 2006. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report.
- WHO. 1986. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17-21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada.
- WHO. 2012. *Ethics*. Geneva.
<http://www.who.int/topics/ethics/en/>
(accessed 30 January 2012).
- WCPT. World Confederation for Physical Therapy. 2011. *Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members*. London: WCPT.
<http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities>
(accessed february 2012).
- Wilcock, A. A. 2006. *An occupational perspective of health*. 2nd ed. Thorofare NY: SLACK Incorporated.
- Zannini, L. 2001. *Salute, malattia e cura*. Milano: Franco Angeli.



il progetto

"Allontanarsi dal paradigma biomedico"

Magda Chiesa

Coordinatrice del corso di laurea in Cure infermieristiche



Il momento per cambiare

Siamo così giovani, perché cambiare? Perché da "vecchi" è più difficile farlo. Certezze e difetti si radicano e abbandonarli diventa difficile.

La nostra stessa natura umana suggerisce che i maggiori cambiamenti e adattamenti avvengono in uno spazio di tempo molto breve, se pensiamo alla prospettiva di vita di ognuno. Non è nei primi anni della nostra vita che osserviamo in noi i maggiori cambiamenti? Cambiamenti che nessun adulto riuscirebbe a sostenere, costellano la nostra infanzia e la nostra adolescenza e determineranno per buona parte l'adulto che saremo.

Sei anni di vita?

È il momento giusto per cambiare.

La revisione curricolare ci ha offerto questa opportunità, anche se nonostante queste premesse l'inizio non è stato facile, perché per sei lunghi ed intensi anni si è creduto fortemente al progetto formativo al quale tutti i componenti del team avevano attivamente contribuito. Eravamo consapevoli di avere un dispositivo formativo solido ed innovativo da un punto di vista pedagogico e didattico, che aveva rappresentato un radicale cambiamento per quanto riguarda il panorama dell'insegnamento delle cure infermieristiche in Ticino, in particolare in virtù dell'adozione del PBL¹, ma non soltanto. Avevamo creato un percorso di studi per buona parte in comune con altri due corsi di laurea, una sfida questa che si è rivelata arricchente e che ha confermato la bontà di un progetto che ai più sarebbe parso fin troppo audace.

Si era riusciti inoltre ad ottenere una collaborazione attiva nell'insegnamento da parte degli specialisti della pratica clinica, ovviando allo iato che spesso si veniva a creare fra il sapere "insegnato" e il "sapere praticato". Anche questa scelta era innovativa e aveva permesso di rafforzare uno dei principi pedagogici alla base della nostra formazione e cioè quello della pedagogia dell'alternanza (Pepel, 1989; Raucent, 2010; Reggio, 2011). La formazione modulare, l'attribuzione di crediti formativi ad ogni modulo, la costruzione di un programma coerente con i principi dichiarati negli accordi di Bologna, tutti criteri che il nostro curriculum formativo aveva saputo soddisfare.

Qualcosa nella prima edizione del corso non ci era riuscito e qualcosa ancora non ci convinceva del tutto, ma avevamo costituito una base ed un'esperienza sufficientemente sicure per osare ora quel che prima ci era sembrato troppo arduo persino immaginare.

¹ Acronimo di Problem based learning (PBL), è un dispositivo didattico che reimposta la tradizionale visione della dinamica insegnamento/apprendimento e che si basa su un processo di risoluzione in gruppo di studenti di una situazione-problema concreta pertinente al modulo e rappresentativa in termini di pratica professionale di riferimento.

Per maggiori informazioni si veda: Lotti, A., L. Sasso. 2006. *Problem-Based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: Mc Graw-Hill.

"Allontanarsi dal paradigma biomedico"

Le diverse tappe

Il punto di partenza è stato un'approfondita rivisitazione del precedente curriculum finalizzata a cogliere quali fossero gli elementi superati, mancanti o da affinare.

Se revisione doveva essere, era fondamentale che offrisse delle risposte di miglioramento a quelle lacune che negli anni avevamo ravvisato.

Un altro imperativo era allinearci con il nuovo profilo di competenze per l'infermiere SUP² considerando soprattutto i nuovi sette ruoli definiti e la necessità di renderli visibili nei singoli moduli e in generale nella formazione.

Il primo scoglio che abbiamo dovuto affrontare è stato scegliere se rimaneggiare il vecchio o lasciarsi tentare dal nuovo senza cadere nel proverbiale rischio di gettare il bambino con l'acqua sporca.

Dopo numerose discussioni ha prevalso questa seconda opzione, benché molto più azzardata ed ansiogena rispetto alla prima, considerato il fatto che avremmo dovuto affrontare l'enorme lavoro che una radicale modifica dell'impianto curricolare impone nel pochissimo tempo a nostra disposizione (meno di un anno accademico).

Si trattava quindi d'individuare un nuovo orientamento.

Un tema ci era caro ed aveva rappresentato una sfida quando iniziammo la riflessione sul primo curriculum di studi in Cure infermieristiche SUP e nell'attuale revisione è diventato la tela di fondo, il principio e la fine di tutto il percorso: quella del ribaltamento della logica fondante, da un paradigma riduzionista biomedico organicistico e meccanicistico (Cheli, 2010: 23 e segg.), ad un'organizzazione del percorso a partire da principi e valori che si scostassero definitivamente da tale logica, dalla quale non ci sentivamo più rappresentati e che dominava però il precedente curriculum.

A lato infatti di moduli in cui si sottolineava l'olismo delle scienze infermieristiche e in generale delle scienze dell'umano, coesistevano moduli caratterizzati nella nomenclatura e inevitabilmente in parte anche nei contenuti, dalla contraddizione di questo ambito principio.

Affinché l'operazione non si traducesse soltanto in atto cosmetico, con il rischio di una perdita di significato, di coerenza e di un annullamento della complessità, paradigma adottato dal Dipartimento (Morin, 2000; Lindenberg et al., 2008), s'imponeva la necessità d'immaginare dei macrodefinitori, delle categorie cioè alternative a quelle che avevano organizzato finora i nostri contenuti, per quanto riguarda i moduli cosiddetti "specifici", cioè quelli che racchiuderebbero il corpus di conoscenze dello specifico infermieristico³.

Se l'antica organizzazione aveva il difetto come detto di ridurre il soggetto della cura e di conseguenze la cure stesse ad una visione e lettura organicistica, tuttavia aveva il pregio di essere universalmente comprensibile e indiscutibile.

Abbandonarla significava identificare dei macrodefinitori che potessero rispondere ai seguenti criteri:

- Essere utili, comprensibili, condivisibili e portatori di significato sia per gli studenti, sia per i docenti, sia per eventuali osservatori esterni;
- Sostituirsi definitivamente alla logica del sistema/apparato a vantaggio di un orientamento centrato sull'assistenza, il suo contesto e il gruppo bersaglio cui si rivolge;
- "Contaminare" di senso la dicitura del modulo che contengono.

² Conferenza dei Rettori delle scuole universitarie svizzere. 2011. Competenze finali per le formazioni sanitarie SUP. www.kfh.ch, traduzione in italiano DSAN SUPSI, aprile 2011.

³ Utilizzo il condizionale poiché è indiscutibile il fatto che anche questo corpus di conoscenze si nutre dei contenuti comuni ai tre corsi di laurea, rendendo di fatto superflua, dal mio punto di vista, la distinzione fra comune e specifico.

Un primo timido tentativo in tal senso è stata l'ipotesi di adottare le categorie di acuto e cronico. A partire da questa prima grossolana suddivisione, che ha avuto il pregio di suggerire la via, si è giunti ad immaginare un principio organizzatore che rimettesse al centro lo specifico professionale: da un lato l'assistenza infermieristica e la centralità della dimensione del processo e dall'altro le caratteristiche dell'utenza, individuando in queste due entità, le polarità regolatrici del sapere disciplinare e portando ad un'organizzazione dei contenuti dei moduli specifici sui tre anni, che muovesse da questi due elementi articolati fra di loro. Tali parametri sono andati a costituire gli assi di una tavola di specificazione nella quale è stato possibile sistematizzare i diversi contenuti, secondo questa nuova organizzazione.

Da questa prima struttura, si sono individuate delle sottocategorie (moduli) attraverso l'identificazione di concetti integratori, che sottolineassero la logica sottostante e l'orientamento del modulo stesso, traducendo la volontà di una maggiore centratura sull'assistenza. Così, contenuti apparentemente lontani se interpretati in un'ottica organicistica (es. carcinoma polmonare e convulsioni febbrili), potevano essere accostati in virtù di un concetto integratore che fa da sfondo al modulo (in questo caso le cure centrate sulla famiglia).

Tutto ciò concretamente si è tradotto in un radicale cambiamento ben rappresentato dal raffronto fra i contenuti dei moduli specifici dei due curricula (Tabella 1 e 2).

La riorganizzazione globale del percorso ha richiesto di rivedere le pratiche cliniche interpellando i partner del terreno per verificare la pertinenza delle scelte effettuate a suo tempo, in considerazione dei concetti integratori, dell'evoluzione dell'epidemiologia, dell'esigenza di maggior attenzione sulla centralità dell'utente e non della tecnica e sull'attivazione del ruolo. A questo proposito il contatto e la preziosa collaborazione coi principali partner si è resa indispensabile e questo ci ha dato modo anche di testare in anteprima il livello di intelligibilità e di apprezzamento della nuova struttura: test superato!

"Allontanarsi dal paradigma biomedico"

PRATICA CLINICA E TECNICHE PROFESSIONALI
Fasi della vita, caratteristiche dell'utenza
Modelli, teorie e strumenti dell'assistenza infermieristica
Cure di utenti con problemi cardiovascolari 1
Cure di utenti con problemi cardiovascolari 2
Cure di utenti con problemi respiratori 1
Cure di utenti con problemi respiratori 2
Cure di utenti con disagio psicosociale 1
Cure di utenti con disagio psicosociale 2
Cure di utenti con problemi del sistema nervoso 1
Cure di utenti con problemi del sistema nervoso 2
Cure di utenti con problemi del sistema muscolo-scheletrico e tegumentario
Cure di utenti con problemi al sistema endocrino
Cure di utenti con problemi al sistema riproduttivo
Cure di utenti con problemi del sistema digestivo
Cure di utenti con problemi al sistema urinario
Cure di utenti con problemi del sistema immunitario
Cure di utenti con disturbi psichici
Pratica clinica in situazioni complesse

Tabella 1. Moduli specifici del precedente piano di studio

MODULI SPECIALISTICI
Epistemologia delle cure infermieristiche: il caring
Percorsi di cura di lunga durata 1: cronicità e pianificazione dell'assistenza a corto termine
Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 1: acuzie e pianificazione dell'assistenza a corto termine
Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 2: cure centrate sulla famiglia
Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 3: pianificazione dell'assistenza in chirurgia
Percorsi di cura di lunga durata 2: cure domiciliari ed educazione terapeutica
Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 4: rete assistenziale e aderenza terapeutica
Percorsi di cura ad alta intensità e breve durata 5: percorso nascita e assistenza alla donna
Accompagnamento alla morte: la qualità dell'assistenza nel processo del morire
Percorsi di cura di lunga durata 3: fragilità
Promozione della salute, prevenzione della malattia e salutogenesi
Moduli opzionali
Percorsi di cura di lunga durata 4: Counseling e sostegno
Percorsi di cura di lunga durata 5: dipendenze
Percorsi di cura ad elevata complessità: integrazione del profilo di competenze infermieristico

Tabella 2. Moduli specifici dell'attuale piano di studio

Conclusioni

Dietro ad ogni impresa ci sono le persone, le loro idee, le loro perplessità. Niente di quel che abbiamo realizzato sarebbe stato possibile se, almeno *in nuce*, non ci fosse stata da parte di tutti i docenti del DSAN e della pratica clinica, l'adesione e la condivisione profonda delle scelte epistemologiche del Dipartimento, che sono diventate materia di uno dei primi moduli comuni ai tre curricula e che determinano la chiave di volta per immaginare dei cambiamenti radicali dell'approccio a determinati temi.

Non è un percorso terminato, non è un percorso in discesa e soprattutto è un percorso che merita d'essere monitorato passo dopo passo, proprio per l'elevato livello di innovazione. Solo il tempo ci saprà dire se saremo riusciti nell'intento di ridurre la compartimentazione fra sistemi, a sottolineare la relazione mente corpo contribuendo così a sviluppare un pensiero divergente (Robinson, 2001) nei nostri studenti.

Mi piace citare una frase di una nostra collega che, preoccupata dall'enorme cambiamento che si prospettava disse "Sappiamo che laddove si introduce un cambiamento niente attorno è più lo stesso": niente attorno è più lo stesso, ma sono rimaste uguali le persone che hanno garantito la qualità nel tempo della nostra offerta formativa e che sapranno farlo d'ora in poi e a loro va il mio grazie.

Bibliografia

- Cheli, E. 2010. *Olismo. La scienza del futuro. Verso una civiltà ecologica, pacifica e consapevole*. Milano: Xenia Edizioni.
- Conferenza dei Rettori delle scuole universitarie svizzere. 2011. *Competenze finali per le formazioni sanitarie SUP*. www.kfh.ch, traduzione in italiano DSAN SUPSI, aprile 2011.
- Lindenberg, C. et al. 2008. *On the Edge: nursing in the age of complexity*. Lexington: Plexus Press.
- Lotti, A., L. Sasso. 2006. *Problem-Based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: Mc Graw-Hill.
- Morin, E. 2000. tr. it. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- Pelpel, P. 1989. *Les stages de formation*. Paris: Bordas.
- Raucent, B. et. al. (cur.) 2010. *Accompagner des étudiants*. Bruxelles: De Boeck.
- Reggio, P. 2011. *Il quarto sapere. Guida all'apprendimento esperienziale*. Roma: Carocci.
- Robinson, K. 2001. *Out of our minds. Learning to be creative*. Ed. 2011. Chichester, UK: Wiley and Sons. Ltd.



il progetto

"La persona al centro della cura e dell'agire terapeutico"

Francesco Micheloni

Coordinatore del corso di laurea in Fisioterapia



Aspetti generali e sfondo concettuale

La cornice generale che fa da sfondo alla revisione curricolare, definibile in estrema sintesi come un'analisi sistemica operata grazie al coinvolgimento di diversi attori a vari livelli organizzativi del DSAN e di vari stakeholders esterni al dipartimento, è riassumibile come segue:

- identificazione e salvaguardia degli elementi portanti presenti nel curriculum che sono stati mantenuti ed integrati nell'offerta formativa attuale;
- messa in evidenza di alcune tematiche che, pur presenti nel curriculum, avrebbero beneficiato di una ulteriore implementazione e di maggiore visibilità;
- focalizzazione degli elementi da introdurre ex novo nell'offerta formativa in relazione al nuovo profilo di competenze.

I primi due punti rappresentano gli elementi di continuità nel cambiamento, il terzo corrisponde alla sua portata innovativa.

Da quanto sopra brevemente descritto si è proceduto alla ridefinizione del percorso formativo triennale attraverso una modalità di costruzione partecipativa che ha coinvolto in modo attivo tutti i docenti del corso di laurea.

La sistematizzazione della parte specifica del curriculum si fonda su una dimensione concettuale che:

- ricerca e promuove la visione unitaria della persona (Cheli, 2010; Frigoli, 1999; Lazzari, 2007);
- prende le distanze da un percorso formativo sequenziale fondato sui diversi distretti corporei e sugli ambiti clinici di riferimento;
- valorizza la visione umanistica della professione (Cavicchi, 2004; Mortari, 2006) senza per questo porre in secondo piano gli aspetti tecnico scientifici intrinseci in essa;
- pone la persona al centro della cura e dell'agire terapeutico (Zannini, 2005);
- integra la dimensione interdisciplinare (Lima de Freitas et al., 1994; Morin; 2003) nel processo di insegnamento-apprendimento.

Nel suo insieme l'offerta formativa triennale è strutturata in base ai seguenti principi ordinatori:

- fasi della vita dell'individuo;
- stato¹ dell'individuo in relazione alla fase di acuzie e/o cronicità della malattia.

¹ Il termine "stato" è qui utilizzato nella sua più ampia accezione; esso include i diversi aspetti, le ricadute e le molteplici dimensioni che le condizioni di acuzie/cronicità hanno sulla persona.

L'applicazione, in fase iniziale dei lavori, dei criteri sopra evidenziati ha permesso l'individuazione dei seguenti macro contenitori:

- cura e riabilitazione dell'adulto con problematiche acute;
- cura e riabilitazione dell'adulto con problematiche croniche;
- cura e riabilitazione dell'anziano;
- cura e riabilitazione del bambino.

In essi sono stati accorpati, con modalità coerente all'adozione di un approccio interdisciplinare ed alla salvaguardia del principio di continuità tra i differenti curricula, contenuti correlati a diversi campi disciplinari quali, ad esempio, la neurologia, l'ortopedia, la traumatologia, la reumatologia, la pneumologia eccetera.

L'adozione del concetto di fase della malattia correlata allo stato dell'individuo rappresenta l'elemento unificante che ha consentito questo procedere e ha permesso di coniugare tra loro ambiti disciplinari apparentemente distanti.

Identificazione dei moduli e correlazioni con il profilo di competenze del fisioterapista

Il procedere dei lavori ha portato al progressivo affinamento dei macro contenitori e a derivare da essi parte dei moduli che costituiscono l'attuale offerta formativa (Tabella 2); i loro contenuti coprono il campo relativo alle competenze soggiacenti al ruolo di esperto in fisioterapia.

La necessità di adeguare il curriculum al profilo di competenze ha portato all'individuazione di nuove tematiche. Alcune di esse, pur toccando trasversalmente l'intera offerta formativa, sono state organizzate con una modalità più strutturata e hanno dato vita ad alcuni moduli.

Altre invece, come ad esempio alcuni contenuti correlati alle competenze relative ai ruoli di apprendente e insegnante, manager, membro di un gruppo di lavoro, sono disseminate nei diversi moduli curriculari.

Le relazioni e i legami tra i moduli che costituiscono l'offerta formativa ed il profilo di competenze sono stati esplorati attraverso la creazione di una matrice di correlazione.

L'analisi operata con questo strumento, estesa anche ai moduli comuni e ai diversi periodi di stage, ha permesso di verificare la rispondenza tra l'offerta formativa, considerata nella sua globalità, e il profilo di competenze.

Per quanto concerne la parte specifica del curriculum, la matrice di correlazione ha consentito l'identificazione delle seguenti famiglie di competenze:

- competenze chiave correlate a tutti i moduli specifici e caratterizzate dal fatto di essere trasversali ad essi;
- competenze che fungono da sfondo integratore alla maggior parte dei moduli;
- competenze che, in aggiunta a quelle trasversali ed in relazione agli specifici contenuti, caratterizzano in modo particolare alcuni moduli specifici.

La Tabella 1 permette di meglio evidenziare le correlazioni tra i vari ruoli del profilo professionale, le diverse competenze a essi soggiacenti e i moduli costituenti la parte specifica dell'offerta formativa.

"La persona al centro della cura e dell'agire terapeutico"

FAMIGLIA DI COMPETENZE CHIAVE (TRASVERSALI)	RUOLI	MODULI
<p>Nell'esercizio della pratica applicano saperi aggiornati e rilevanti della fisioterapia, delle scienze motorie (movement sciences) e delle scienze correlate (scienze naturali, medicina, pedagogia, psicologia, sociologia, etnologia).</p> <p>Applicano il ragionamento clinico come base del processo decisionale centrato sull'utente in ambito fisioterapico.</p> <p>Hanno capacità diagnostiche e terapeutiche che permettono loro di affrontare efficacemente i problemi rilevanti dell'utenza in relazione al movimento e al dolore.</p>	Esperto	Correlate a tutti i moduli specifici.
FAMIGLIA DI COMPETENZE CHE FUNGONO DA SFONDO INTEGRATORE	<p>Manager</p> <p>Apprendente e insegnante</p>	Correlate alla maggior parte dei moduli specifici.
<p>Utilizzano le possibilità offerte dalla tecnologia per acquisire informazioni al fine di ottimizzare la cura dell'utenza, il proprio apprendimento, la documentazione del processo di presa in carico e delle altre attività terapeutiche.</p> <p>Valutano le conoscenze rilevanti per la prassi e la loro applicazione nella pratica.</p> <p>Vengono introdotti ai metodi di ricerca scientifica nel settore sanitario e della pratica professionale basata sulle prove di evidenza. (<i>competenza generale</i>)</p>	<p>Membro di un gruppo di lavoro</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto anziano.</p> <p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 2.</p> <p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 2.</p>
FAMIGLIA DI COMPETENZE CHE CARATTERIZZANO ALCUNI MODULI IN AGGIUNTA A QUELLE TRASVERSALI	<p>Apprendente e insegnante</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie croniche.</p> <p>Promozione della salute e salutogenesi.</p> <p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 1.</p>
<p>Riconoscono il valore dell'interprofessionalità, coordinano con altri professionisti la presa in carico dell'utenza ed instaurano con essi relazioni simmetriche.</p>	<p>Promotore della salute</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie croniche.</p> <p>Promozione della salute e salutogenesi.</p>
<p>Promuovono l'apprendimento dell'utenza finalizzato all'educazione del paziente (patient education).</p>	<p>Promotore della salute</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie croniche.</p> <p>Promozione della salute e salutogenesi.</p>
<p>Sanno motivare e sensibilizzare singoli individui e gruppi per migliorare la consapevolezza, l'apprendimento e il comportamento volti a una vita sana.</p> <p>Comprendono i ruoli della fisioterapia nella prevenzione e nella promozione della salute.</p>	<p>Comunicatore</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 3.</p> <p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie acute.</p>

Tabella 1. Correlazione tra profilo di competenze e moduli specifici

A completamento di quanto sopra affermato, si precisa che:

- le competenze generali delle professioni sanitarie sono correlate sia ai moduli comuni sia agli stage;
- le competenze non incluse nella tabella, con particolare riferimento a quelle relative al ruolo legato all'appartenenza professionale, sono correlate in progressione tassonomica ai diversi periodi di stage che, come accennato in precedenza, sono moduli a tutti gli effetti e parte integrante dell'offerta formativa.

Sistematizzazione del percorso formativo e struttura generale dei moduli specifici

Nella sistematizzazione della parte specifica (Tabella 2) si è tenuto conto del fatto che gli studenti, già dal primo anno, affrontano periodi di stage caratterizzati dall'eterogeneità delle diverse strutture di accoglienza (acute, croniche, geriatriche); da qui la necessità di strutturare l'offerta formativa in modo tale da fornire saperi differenziati e strumenti teorico pratici spendibili negli stages con particolare riferimento al periodo di pratica clinica del secondo semestre.

In tal senso nel primo anno di formazione si prevede l'acquisizione di conoscenze inerenti il modello del ragionamento clinico centrato sul paziente e la fisiologia del movimento; esse convergono negli ormai consolidati moduli *Basi dell'attività fisioterapica* e *Basi anatomiche funzionali del movimento* che si rinnova includendo tra i contenuti la cinesiologia del movimento.

Oltre a ciò, nel modulo *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 1* viene affrontata la tematica degli stati di acuzie.

Questa fase è associata a situazioni cliniche correlate a lesioni ossee, legamentose e muscolari ed è proposta in triplice prospettiva: psicosociale, antropologica e biomedica.

Il secondo semestre è caratterizzato dal modulo *Cura e riabilitazione dell'adulto anziano* in cui l'approccio al tema dell'invecchiamento tiene conto dei molteplici aspetti che caratterizzano questa fase della vita, e dei diversi contesti in cui opera il fisioterapista.

L'offerta formativa semestrale è completata dai moduli *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 2* e *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie croniche*.

Nel primo si propone una presa in carico che integra una visione multidimensionale e globale dell'individuo e ci si centra sulla fase acuta di alcune problematiche

afferenti all'ambito neurologico.

Nel secondo si considerano le diverse implicazioni degli stati di cronicità sulla persona e si affrontano problematiche cliniche correlate a patologie di natura internistica.

Nel terzo semestre si chiude il percorso formativo dedicato alle problematiche cliniche acute e si completa l'acquisizione di conoscenze e di gesti pratici finalizzati alla presa in carico di questa tipologia di utenza. Esso è inoltre caratterizzato dal modulo *Promozione della salute e salutogenesi* in cui si pone l'accento anche su aspetti legati alle caratteristiche e alle modalità di generazione della salute.

I moduli *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 1* (terzo semestre) e *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 2* (quarto semestre) consentono di affrontare il tema della cronicità alla luce di una visione globale dell'individuo che integra i molteplici aspetti e le diverse implicazioni di questo stato sulla persona. Le situazioni cliniche affrontate in questi moduli sono correlate alla reumatologia ed alla neurologia con particolare riferimento alle patologie degenerative del sistema nervoso centrale (SNC).

Il quarto semestre è contraddistinto dal modulo *Cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale* in cui si affronta il tema del disagio psichico e della presa in carico corporea e fisioterapica alla luce del modello di riferimento della visione olistica della persona.

Nel terzo anno, con il modulo *Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 3*, si conclude la parte formativa dedicata alla cura delle persone affette da problematiche croniche; anche in questo modulo il tema della cronicità è proposto con una modalità che integra le dimensioni psicologiche, socio-relazionali ed etiche accanto agli aspetti biomedici.

Il sesto semestre è contraddistinto dai moduli *Cura e riabilitazione del bambino* e *Analisi dei casi clinici*.

Nel primo convergono tematiche legate alle principali problematiche ortopediche, respiratorie e neurologiche dell'età pediatrica e si considerano le implicazioni relazionali con l'utenza e con i caregivers.

Nel secondo, che precede l'ultimo periodo di stage che conclude l'iter formativo, si propone l'analisi di situazioni cliniche complesse differenziate per fasce d'età e per fase di progressione della malattia e si considerano i principali ambiti di intervento del fisioterapista ed i differenti ruoli assunti da questa figura professionale.

"La persona al centro della cura e dell'agire terapeutico"

Bibliografia

Cavicchi, I. 2004. *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*. Torino: Bollati Boringhieri.
 Cheli, E. 2010. *Olismo. La scienza del futuro. Verso una civiltà ecologica, pacifica e consapevole*. Milano: Xenia Edizioni.
 Frigoli, D. 1999. *Il corpo e l'anima. Itinerari del simbolo*. Padova: Sapere.
 Lazzari, D. 2007. *Mente&salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
 Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
 Zannini, L. 2005. *Il corpo paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: Franco Angeli.

Sitografia

Edgard Morin *Sur l'interdisciplinarité*.
 Fonte: <http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b2c2.htm>,
 sito consultato il 16 settembre 2012.

Lima de Freitas, Edgard Morin, Basarab Nicolescu *Carta della transdisciplinarità*.
 Fonte: <http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/it/chartit.htm>,
 sito consultato il 16 settembre 2012.

PRIMO ANNO	1° SEMESTRE	<p>Basi dell'attività fisioterapica (5 ECTS) Si propone il modello del ragionamento clinico centrato sul paziente e si affrontano i fondamentali principi della valutazione, della diagnostica e il processo della raccolta dati.</p>
	2° SEMESTRE	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 2 (4 ECTS) Si propone una visione multidimensionale dell'individuo e ci si centra sulla fase acuta di alcune problematiche afferenti all'ambito neurologico. I campi disciplinari di riferimento sono costituiti dalla neurologia, dalla neuropsicologia e dalle neuroscienze.</p>
SECONDO ANNO	3° SEMESTRE	<p>Promozione della salute e salutogenesi (3 ECTS) Nel modulo il tema della salute è affrontato attraverso l'approccio salutogenico che pone l'accento sulle caratteristiche e sulle modalità di generazione della salute. La prevenzione e promozione della salute sono proposte sia in ottica interdisciplinare sia in relazione alla prassi professionale di riferimento.</p>
	4° SEMESTRE	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 2 (6 ECTS) Si promuove la visione globale della persona ed un approccio multiprofessionale alla cura. Il modulo si centra sulla presa in carico di pazienti affetti da patologie a carico del SNC (es. morbo di Parkinson, sclerosi multipla, amiotrofie spinali progressive, neuropatie degenerative).</p>
TERZO ANNO	5° SEMESTRE	<p>Stage 3 (13 ECTS) Durata: 12 settimane I contenuti di riferimento dei diversi periodi di pratica clinica sono reperibili nell'insieme dell'offerta formativa che precede lo specifico modulo di stage. Essi sono costituiti sia da elementi correlati alla prassi di riferimento sia da tematiche, quali gli aspetti comunicativo-relazionali ed etici, legate ad una più ampia visione e dimensione della cura.</p>
	6° SEMESTRE	<p>Cura e riabilitazione del bambino (4 ECTS) L'approccio all'ambito pediatrico tiene conto della variabilità delle situazioni cliniche (es. principali problematiche ortopediche, respiratorie e neurologiche legate all'età pediatrica) con cui è confrontato il fisioterapista. Il modulo considera le implicazioni relazionali con l'utenza pediatrica e con i caregivers.</p>

<p>Basi anatomo funzionali del movimento (5 ECTS) La fisiologia del movimento è proposta in relazione ai meccanismi neurofisiologici, alle dinamiche articolari e agli interventi muscolari.</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 1 (6 ECTS) Il modulo integra una visione globale della persona e considera le principali situazioni cliniche acute legate all'apparato locomotore (lesioni ossee, tendinee, muscolari) ad eccezione del rachide.</p>	
<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie croniche (4 ECTS) Si promuove la figura di un professionista attivo in ambito preventivo e curativo. È posta particolare attenzione all'educazione della persona. Si affronta la presa in carico di pazienti con problematiche croniche correlate a patologie di natura internistica.</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto anziano (4 ECTS) Si propone un approccio all'invecchiamento che tiene conto della multidimensionalità della tematica. La presa in carico della persona è correlata ai diversi luoghi di vita e contesti istituzionali in cui opera il fisioterapista.</p>	<p>Stage 1 (10 ECTS) Durata: 8 settimane Lo stage permette agli studenti di confrontarsi con diverse tipologie di pazienti nelle diverse fasi di decorso della loro malattia e di operare in contesti organizzativi differenziati.</p>
<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie acute 3 (5 ECTS) Il modulo propone una presa in carico che integra una visione multidimensionale e globale della persona. Lo stato di acuzie è affrontato in prospettiva biopsicosociale e correlato a situazioni di cura diversificate (es. lesioni di plesso, lesioni midollare, rachialgie, radicolopatie).</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni cardiocircolatorie e respiratorie acute (4 ECTS) Si valorizza il ruolo del fisioterapista quale professionista implicato in modo attivo e precoce nella cura di persone che presentano affezioni acute. Il modulo si centra sulla presa in carico di pazienti con problematiche correlate a disturbi cardiocircolatori, respiratori e vascolari (Infarto miocardico acuto, asma, problematiche respiratorie dopo interventi chirurgici ecc.).</p>	<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 1 (7 ECTS) Si propone una visione globale della persona che integra gli aspetti multidimensionali e le implicazioni sull'individuo degli stati di cronicità. Questi ultimi sono correlati a situazioni cliniche differenziate (es. tendinopatie croniche, artrosi, lombalgia cronica, sindromi dolorose correlate alla cronicità).</p>
<p>Cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale (4 ECTS) Il tema della presa in carico corporea fisioterapica è esplorato attraverso il modello della visione olistica della persona. Si promuove l'approccio interdisciplinare alla cura e si valorizza il ruolo del fisioterapista e la specificità degli approcci a mediazione corporea rivolti a questa tipologia di utenza. I contenuti del modulo includono le caratteristiche cliniche dei principali disturbi psichici.</p>		<p>Stage 2 (12 ECTS) Durata: 10 settimane Tutti i periodi di stage hanno carattere operativo; il confronto con la clinica consolida ed implementa gli apprendimenti finalizzati alla presa in carico dell'utenza.</p>
<p>Due moduli opzionali da 2 ECTS ciascuno Il DSAN propone dei moduli opzionali in base ad un rilevamento annuale dei diversi campi di interesse degli studenti. È possibile frequentare dei moduli opzionali presso altre istituzioni formative (Dipartimenti SUPSI, SUP svizzera, Università europee) che conferiscono ECTS. I moduli opzionali possono anche prendere la forma di pratica in contesti clinici e territoriali differenziati. La frequenza ai moduli opzionali contribuisce allo sviluppo delle competenze attese e risponde ai bisogni e agli interessi del singolo studente.</p>		
<p>Cura e riabilitazione dell'adulto con disfunzioni neuromotorie croniche 3 (4 ECTS) Il modulo propone una visione globale dell'individuo che integra, accanto ad aspetti biomedici, le dimensioni psicologiche, sociali, relazionali ed etiche correlate alle diverse disabilità. Si affronta la presa in carico di pazienti con disturbi cronici legati a quadri clinici diversificati (es, dislipidemie, insufficienza renale, trapianti d'organo, patologie tumorali).</p>	<p>Analisi di casi clinici (4 ECTS) Si affronta l'analisi di situazioni cliniche complesse differenziate per fasce d'età e per fase di progressione della malattia. Il modulo integra i principali ambiti di intervento del fisioterapista (neurologico, ortopedico, internistico, traumatologico ecc.) e i differenti ruoli (educativo, preventivo, curativo) assunti nella professione.</p>	<p>Stage 4 (13 ECTS) Durata: 12 settimane I diversi periodi di stage permettono agli studenti di articolare, integrandole tra loro, le dimensioni teorico-pratiche del percorso formativo e contribuiscono a sviluppare le competenze attese attraverso il confronto con situazioni professionali diversificate e con saperi differenziati.</p>

Tabella 2. Struttura e sequenza dei moduli specifici nel triennio di formazione



il progetto

"Un curriculum ambizioso e tradizionale nel contempo"



Matthias Möller

Coordinatore del corso di laurea in Ergoterapia

Tre punti di partenza

Sin dalla sua attivazione nel 2006 il corso di laurea in Ergoterapia si è caratterizzato per un livello generale di alta qualità – riconosciuta per altro dall'Organo di accreditamento e di garanzia della qualità delle istituzioni universitarie svizzere (OAQ) nel suo rapporto finale del 2009 – sia per quanto concerne i contenuti scelti per la parte specifica sia per l'innovativo approccio pedagogico-didattico e per l'entusiasmo dimostrato nell'insegnamento.

Parallelamente alla procedura di accreditamento, un gruppo di esperti ergoterapisti provenienti da contesti universitari della Svizzera tedesca e francese e della pratica professionale ticinese ha analizzato attentamente il curriculum con l'intenzione di eseguire un ulteriore bilancio qualitativo dopo il primo triennio e l'attribuzione, per la prima volta in Ticino, del titolo Bachelor of Science in Ergoterapia.

Dal 2006 ad oggi il team di docenti ergoterapisti si è potenziato integrando al proprio interno professionisti provenienti da contesti internazionali, nazionali e locali assai diversi e aumentando costantemente il proprio grado di expertise attraverso percorsi di studio di "Master of Science in Ergoterapia" e aggiornamenti specifici di tipo professionale, scientifico e/o pedagogico-didattico. Anche l'esperienza di questi 5 anni ha certamente contribuito ad una evoluzione positiva sulla base di una continua attività riflessiva individuale e collettiva, sia all'interno del team di ergoterapia sia con i colleghi degli altri corsi di laurea.

There is always room for improvement (c'è sempre spazio per il miglioramento), dicono gli inglesi riferendosi anche alle cose già ben fatte. In sintesi, la necessità di una revisione curricolare è nata dai tre processi sopra descritti con attenzione particolare ad alcuni temi che meritavano una discussione aperta, ma allo stesso tempo richiedevano una visibilità più accentuata della specificità dell'ergoterapia, come per esempio:

- Focalizzarsi sul concetto di "occupazione" come concetto centrale del curriculum, in riferimento alle tendenze internazionali, ma soprattutto europee della formazione universitaria in ergoterapia.
- Staccarsi dai modelli concettuali della medicina e della fisioterapia.
- Integrare maggiormente l'ambito della salute mentale e della cura dell'anziano.
- Sviluppare l'idea di creatività nelle diverse attività teoriche e pratiche, ponendo l'accento sulle analisi d'attività.
- Creare collegamenti più coerenti e accentuati tra i moduli comuni e i moduli specifici ergoterapici.
- Integrare in modo migliore le evidenze scientifiche e le prove di efficacia nell'insegnamento.

A sostegno della necessità di cambiamento si aggiunge l'approvazione a livello nazionale del nuovo profilo di competenze per le professioni sanitarie SUP.

Una volta identificati e formulati questi sei temi, gli stessi sono diventati quasi automaticamente l'oggetto centrale e il filo conduttore della revisione curriculare per nella parte specifica al Bachelor di Ergoterapia.

Metodologia

Nell'estate del 2011 si è costituito un gruppo pilota composto da quattro colleghe del team di docenti e dal coordinatore del corso di laurea in Ergoterapia. I criteri per la composizione del gruppo pilota sono stati piuttosto pragmatici garantendo soprattutto la presenza nel gruppo di lavoro di persone rappresentative di ogni ambito d'intervento della professione e considerando anche criteri come l'esperienza professionale, le capacità didattiche, il livello scientifico di formazione e la diversità culturale.

Nel rispetto delle risorse messe a disposizione dal Dipartimento, la revisione specifica è iniziata con una serie di lavori preliminari durante la primavera e l'estate 2011. In particolare si è proceduto con una revisione della letteratura mirata allo studio della formazione in ergoterapia e dei curricula di altre scuole universitarie a livello europeo. Tutto ciò ha permesso di sviluppare delle idee più precise e fornire al gruppo pilota degli orientamenti internazionalmente riconosciuti.

In dettaglio il gruppo pilota si è quindi successivamente concentrato sullo sviluppo delle idee alla base del nuovo curriculum.

Il team intero è stato regolarmente informato sul procedere; le proposte emergenti sono state discusse e i risultati finali, attraverso una panoramica dei nuovi moduli e dei brevi descrittivi che caratterizzavano gli indirizzi scelti, sono stati analizzati, discussi e approvati dall'intero team dando subito avvio alla pianificazione dettagliata del nuovo percorso formativo.

Le novità

Il gruppo pilota era partito con la premessa di non cambiare necessariamente tutto, ma di dare un'impronta più aggiornata e in linea con le tendenze attuali e internazionali della professione senza ignorare la specificità della situazione della professione in Ticino e/o nell'area di lingua italiana. Nonostante ciò, la programmazione finale è risultata sostanzialmente diversa poiché quasi tutti i moduli del precedente piano di studi sono stati modificati:

- gli "ex moduli" "Intervento Ergoterapico in Fisiatria, Pediatria, Geriatria, e Psichiatria" sono stati ripensati con l'intenzione di distanziarsi dalla terminologia biomedica quale criterio descrittivo della professione;
- gli "ex-moduli" "Modelli, Teorie e Strumenti dell'Ergoterapia" sono stati profondamente modificati con l'intenzione di integrare maggiormente le teorie alla pratica.

I titoli dei nuovi moduli specifici riflettono così un cambiamento paradigmatico del team degli ergoterapisti del DSAN riguardo l'approccio epistemologico in merito alla propria professione. Tutti i nuovi moduli (vedi tabella 2) hanno un approccio *occupation based*, sottolineando così la centralità e la trasversalità del concetto che, assieme ad altri concetti chiave come la persona e l'ambiente, caratterizzano la specificità della professione. Le novità principali sono:

- Il concetto di "occupazione umana" è correlato alla diversità culturale; le attività sono visibili in tutti i moduli perché costituiscono il costrutto dominante al quale si agganciano gli altri temi rilevanti (patologie, scienze, teorie, metodi, contesti, politiche).
- Il processo ergoterapico e le sue specificità giocano un ruolo centrale sin dall'inizio, e un forte accento è dato alla valutazione ergoterapica alla quale è riservato un modulo intero che si caratterizza per il suo approccio scientifico.
- Le attività della vita quotidiana sono il filo conduttore di una serie di tre moduli diluiti sul primo, secondo, e terzo anno di formazione, proponendo diversi casi clinici provenienti da tutti gli ambiti d'intervento e focalizzandosi sui concetti trasversali della professione.
- Il tema della pratica basata su evidenze scientifiche e prove di efficacia è cruciale e dopo

"Un curriculum ambizioso e tradizionale nel contempo"

un'introduzione nel primo anno di formazione è ripreso e approfondito in tutti i moduli del secondo e terzo anno della formazione.

- Si riconosce l'importanza dell'analisi del potenziale terapeutico dell'approccio ludico, del gruppo e dell'ambiente.
- Si promuove l'approccio alla salutogenesi e alla promozione della salute come ambiti centrali della professione.
- Si avvicinano gli studenti agli ambiti futuri della professione che in Ticino ancora non esistono ma sono oggetto di esperienza e valutazione in altri paesi e contesti.
- Si conclude la formazione con un accento sulla partecipazione sociale come mezzo e fine dell'intervento ergoterapico integrando così anche le sfide sociali che con maggior frequenza caratterizzano la nostra professione.

Da un punto di vista organizzativo, per quanto attiene alla gestione dei nuovi moduli di formazione si è optato per un modello che prevede due responsabili di modulo provenienti da due ambiti lavorativi diversi. L'intenzione è quella di promuovere la discussione reciproca tra i colleghi e di focalizzarsi sui concetti unificanti della professione e riconoscibili in tutti i contesti lavorativi ergoterapici.

Conclusioni

Il nuovo curriculum si articola bene con la parte comune ai tre corsi di laurea ed è frutto di un lungo percorso che non è sempre stato semplice.

Come risultato si concretizza un curriculum triennale in Ergoterapia ambizioso e allo stesso tempo tradizionale: "ambizioso" in quanto l'accento è posto sulla specificità della professione malgrado essa si trovi spesso ancora in contesti che ancora vivono pienamente un paradigma diverso; "tradizionale" perché focus sull'occupazione ci riporta a un concetto scoperto e ritenuto filo conduttore per la professione già cento anni fa; un concetto che oggi si presenta però in una veste più moderna e intrigante che mai.

La nuova impostazione dei moduli specifici ergoterapici tiene pienamente conto delle premesse sviluppate all'inizio della revisione curricolare.

L'intero percorso della revisione curricolare è stato un periodo importante per il gruppo pilota e per il team perché le discussioni avute hanno creato una maggiore comprensione tra i colleghi e hanno aiutato a scoprire che, malgrado la diversità, è possibile riconoscersi in nuovi paradigmi unificanti.

Sono convinto che il corso di laurea in ergoterapia nella nuova impostazione interdisciplinare e specifica si inserirà bene nel contesto sociosanitario ticinese e svizzero, offrendo ai nostri studenti un Bachelor of Science in Ergoterapia, l'acquisizione di strumenti indispensabili ad una buona pratica professionale e, nel contempo, degli ottimi presupposti per una promettente carriera professionale.

Bibliografia

Organo di accreditamento e di garanzia della qualità delle istituzioni universitarie svizzere OAQ. 2009. Rapporto degli Esperti Procedura di Accreditamento del programma Corso di Laurea in Ergoterapia DSAN SUPSI Manno.

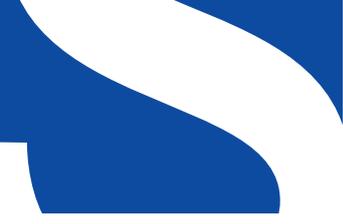
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana. 2011. Competenze finali per le professioni sanitarie SUP.

2006 – 2011
Fasi della vita e caratteristiche dell'utenza
Basi anatomo funzionali del movimento
Modelli, teorie e strumenti dell'ergoterapia 1
Intervento ergoterapico in fisiatria 1
Modelli, teorie e strumenti dell'ergoterapia 2
Intervento ergoterapico in fisiatria 2
Intervento ergoterapico in fisiatria 3
Situazioni frequenti di comorbidità
Intervento ergoterapico in fisiatria 4
Intervento ergoterapico in geriatria
Intervento ergoterapico in pediatria 1
Modelli, teorie e strumenti dell'ergoterapia 3
Intervento ergoterapico in psichiatria 1
Intervento ergoterapico con gruppi
Intervento ergoterapico in pediatria 2
Intervento ergoterapico in psichiatria 2
Intervento ergoterapico in situazioni complesse

Tabella 1. I moduli specifici prima della revisione

2012 - ?
Il corpo nell'agire quotidiano 1
Le basi dell'occupazione umana in contesti culturali diversi
L'ergoterapia come intervento complesso
Assessments di base per l'intervento ergoterapico
Il corpo nell'agire quotidiano 2
La complessità della vita quotidiana 1
L'intervento ergoterapico basato su evidenze scientifiche
Il potenziale terapeutico dell'ambiente
Il potenziale terapeutico del gruppo
Il potenziale terapeutico dell'approccio ludico
La complessità della vita quotidiana 2
L'ergoterapia e la salutogenesi
La scienza occupazionale e ambiti futuri dell'ergoterapia
Partecipazione sociale
La complessità della vita quotidiana 3

Tabella 2. I moduli specifici dopo la revisione



strumenti di valutazione

Antonio Amendola e Barbara Masotti, Assistenti SUPSI



L'anno accademico che ci lasciamo alle spalle – lo si è scritto e ribadito – è stato caratterizzato da un grande lavoro di rivisitazione dell'intera struttura formativa. Una riflessione a più ampio respiro sulle tre professioni e sulla necessità o meno del cambiamento è però iniziata già nel 2009 quando, con l'attribuzione dei primi Bachelor, tra i tanti elementi da prendere in considerazione è sorta la necessità di conoscere il grado di soddisfazione dei neo-diplomati e dei rispettivi futuri datori di lavoro relativamente alla formazione seguita al DSAN. A distanza di un necessario periodo di inserimento professionale dei primi studenti, si è quindi concretizzata un'iniziale indagine di Follow up basata sulla distribuzione di questionari specifici i cui obiettivi erano più particolarmente quelli di: indagare il livello di soddisfazione delle due parti interpellate rispetto alle competenze acquisite durante la formazione e al grado di preparazione al mondo del lavoro; rilevare lo scarto tra formazione e mondo del lavoro. La distribuzione si è ripetuta per due anni consecutivi (gennaio 2010 e gennaio 2011) coinvolgendo i primi due gruppi di neo-diplomati (nel 2009 e nel 2010) e i rispettivi datori di lavoro per quanto riguarda i Corsi di laurea di Fisioterapia e Ergoterapia¹. Nonostante abbia interessato un campione ancora piuttosto ristretto – il numero di diplomati negli anni indagati, come quello dei rispettivi datori di lavoro, è variato da 14 a 22 per quanto riguarda la fisioterapia e di 5 a 10 per quanto riguarda l'ergoterapia, mentre il tasso di risposta registrato nel complesso si aggira attorno al 70% – l'indagine ha permesso di mettere in luce alcuni fenomeni particolarmente significativi e presenti in modo diffuso e univoco tra i dati raccolti in entrambi i periodi (2010 e 2011). Prima di tutto è importante sottolineare che dalle risposte dei datori di lavoro si è rilevata una generale soddisfazione per quanto riguarda il grado di preparazione dei neo-laureati, valutata positivamente, da "buona" a "molto buona", per la quasi totalità dei criteri considerati nel questionario. Rispetto a questi stessi dati, è stato interessante notare come sia emersa una discrepanza con i riscontri dei diplomati. Seppur con una rilevanza di valutazioni positive, quest'ultimi sembra infatti tendano a sottostimarsi esprimendosi in termini più negativi spesso laddove la valutazione del datore di lavoro è al contrario molto positiva. Gli aspetti dove il divario è maggiore sono le competenze connesse alla gestione del carico emotivo legato all'attività professionale, all'inserimento nel contesto istituzionale di lavoro e alla resistenza allo stress. Il campione esiguo di riferimento e la difficoltà nell'interpretazione dei dati quantitativi emersi hanno suggerito la definizione di nuove metodologie di analisi, di tipo qualitativo, per le prossime indagini di Follow up. In particolare, un approccio narrativo (interviste semi-strutturate o focus group) potrebbe favorire una migliore auto-valutazione dei diplomati e una comprensione più approfondita del fenomeno osservato. Oltre ad aver contribuito a dare un sicuro input ai lavori preliminari alla revisione curriculare, indagini di Follow up come quelle condotte per la prima volta tra il 2010 e il 2011 rimangono uno strumento di grande importanza per il Dipartimento e per la valutazione del proprio operato, all'insegna del continuo miglioramento.

¹ Il corso di Cure Infermieristiche non è stato preso in considerazione nella valutazione in quanto era, ed è ancora, oggetto di un'ulteriore inchiesta condotta dal Centro innovazione e ricerca sui sistemi educativi (CIRSE, Dipartimento formazione e apprendimento SUPSI) in collaborazione con l'IUFFP (Istituto Universitario Federale per la Formazione Professionale).

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SUPSI
Dipartimento sanità

Sezione Ticino
SBK
ASI
IHS/Qua

Evidenze scientifiche opportunità e limiti per la professione infermieristica

Martedì 11 dicembre 2012
ore 09:00-16:00
Aula Magna, Campus SUPSI Trevano,
Lugano-Canobbio

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento sanità

SUPSI

I nuovi curricula al DSAN

Serata informativa rivolta ai partner del territorio

Il Dipartimento è lieto di invitare i partner del territorio a un momento informativo e di condivisione sul tema della revisione curriculare dei tre Corsi di Laurea. La serata permetterà di chiarire e confrontarsi sulle specificità, gli orientamenti e gli elementi innovativi che hanno guidato l'importante lavoro di rivisitazione e che da settembre 2012 caratterizzano ciascun curriculum.

L'appuntamento è per:
giovedì 6 dicembre dalle ore 18.00 alle 20.30
presso la **Sala Anfiteatro del DSAN** (Galleria 2, Manno)

Dopo una prima presentazione generale da parte del Direttore e del Responsabile Bachelor, la serata proseguirà in gruppi separati, con i rispettivi coordinatori secondo il curriculum/la professione d'interesse (Cure infermieristiche, Fisioterapia e Ergoterapia). Dopo la conferenza sarà offerto uno standing dinner.

È possibile iscriversi al link: www.supsi.ch/go/nuovi-curricoli-DSAN, specificando la scelta del Corso di Laurea.
Il link per l'iscrizione è raggiungibile anche dall'homepage del sito DSAN www.supsi.ch/dsan.

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento sanità
Formazione continua

SUPSI

Opportunity makes wiser

Seconda Edizione

6 seminari di Fisioterapia neuromuscoloscheletrica:

- Christoph McCarthy
- Alfio Albasini
- Tom Arild Torstensen
- Deborah Falla

Info su:
www.supsi.ch/dsan



Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento sanità
Formazione continua

SUPSI

CAS in Angiologia

Corso di 12 giornate

- Didier Tomson
- Christian Schuchhardt
- Axel Marx

Info su:
www.supsi.ch/dsan



