

Le competenze core del fisioterapista

da acquisire nel tirocinio
della formazione di base



Versione 1.02

Prossima revisione dicembre 2009

A cura di (Gruppo Referente):

Milva Spada e Michela Bozzolan

Corso di Laurea in Fisioterapia, Università di Ferrara

Promosso da

- ◆ Sandro Cortini (AIFI)
- ◆ Silvia Bielli (Vicepresidente Commissione Nazionale CdL Fisioterapia)

Gruppo di lavoro :

Mirco Branchini(Università Bologna)

Silvia Bielli(Università Siena)

Michela Bozzolan (Università Ferrara)

M.Grazia Calderoni (Università Ferrara-sede Faenza)

Paola Caruso (Università Sapienza Roma- sede A.O. S. Giovanni)

Filippo Cavallaro (Università Messina)

Angelo Censi, Gemma Coli, Paola Patroni (Università Parma-sede Piacenza)

Laura Felletti Spadazzi (Università Ferrara)

Patrizia Galantini (Università Firenze- sede Empoli)

Gemma Mantovani , Francesca Ioele,Isabella Mora,Federica Mosetti,

Annalisa Cavaldonati, Alessandra Bernardi ,Antonella Tambini (Università Parma)

Luisa Montanari (Università Modena-sede Reggio Emilia)

Viviana Montevecchi (Università Bologna)

Teresa Naldi(Università Bologna -sede Imola)

M. Pia Padalino (Università Modena)

Milva Spada (Università Ferrara -sede Faenza)

Linda Utech (Università Napoli 2°Università)

Con il contributo di:

Fausta Bedotti(Università Brescia- sede Mantova)

Lucia Bertozzi(Università Bologna -sede Cesena)

M. Cristina Calanca (Università Ferrara)

Cerri Cesare(Università Milano Bicocca)

Gabriella Chionna(Università Bari)

Chiara Colombini (Università Padova- sedi Padova, Conegliano,Venezia)

Sandro Cortini(AIFI)

Gloria Ferrari (Università Verona- sede Rovereto)

Rosario Fiolo (Università Palermo)

Loredana Gigli (Università Roma-Tor Vergata)

Paolo Lippi (Università Firenze -sede Pistoia)

Gemma Pojer(Università Bologna- sede Imola)

Sonia Rapone (Università Ferrara -sede Faenza)

Nerina Tonni (Università Brescia)

PREMESSA

Gli oltre quaranta anni di formazione, a partire dalle scuole dirette a fine speciali e quelle regionali per passare, dopo la riforma, ai diplomi e alle lauree in fisioterapia, sono stati una ricca fonte di esperienza, apprendimento, dibattito e confronto.

È ormai tempo di condividere anche un comune manifesto “sull’oggetto” del nostro formare: le competenze della professione.

Il core competence del tirocinio si propone come primo documento condiviso.

SOMMARIO

Core competence del tirocinio	pag. 5
1. cosa è il core competence del tirocinio	
2. perché il core competence del tirocinio	
3. a cosa serve	
4. a chi è diretto	
5. come è stato realizzato	
Introduzione.....	pag. 7
1. la competenza (nel contesto delle professioni sanitarie)	
2. le “fonti” del core del tirocinio	
3. le competenze core	
Materiali e metodi	pag. 19
1. partecipanti	
2. metodi	
Struttura del core del tirocinio.....	pag. 23
1. come è fatto	
2. come si legge	
Il core competence del tirocinio.....	pag. 24
• ambito della Responsabilità Professionale	pag. 25
• ambito della Cura e Riabilitazione	pag. 28
• ambito della Educazione Terapeutica	pag. 34
• ambito della Prevenzione	pag. 36
• ambito della Gestione/Management	pag. 38
• ambito della Formazione/Autoformazione	pag. 41
• ambito della Pratica Basata sulle Prove di Efficacia	pag. 43
• ambito della Comunicazione e Relazione	pag. 45
Glossario	pag. 48
Sviluppi futuri.....	pag. 51
Bibliografia	pag. 52

Il Core Competence del Tirocinio

Many things in life cannot be transmitted well by words, concepts, or books. Colors that we see cannot be described to a man born blind. Only a swimmer knows how swimming feels; the nonswimmer can get only the faintest idea of it with all the words and books in the world. The psychopath will never know happiness or love. The youngster must wait until he is a parent in order to know parenthood fully and to say "I didn't realize." My toothache feels different than your toothache. And so it goes. Perhaps it is better to say that all of life must be first be known experientially. There is no substitute for experience, none at all.

Abraham H. Maslow in *The Psychology of Science* (1966).

(Molte cose nella vita non possono essere trasmesse bene attraverso le parole, i concetti o i libri. I colori che noi vediamo non possono essere descritti ad un uomo nato cieco. Solo un nuotatore sa come ci si sente nel nuotare; chi non sa nuotare, attraverso tutte le parole e i libri del mondo, può solo farsene una pallidissima idea. Lo psicopatico non conoscerà mai la felicità o l'amore. I più giovani devono attendere fino a che non diventano genitori per comprendere appieno cosa significa e dire "non me ne ero reso conto". Il mio mal di denti è diverso dal tuo. Così vanno le cose. Forse è meglio dire che tutto della vita deve essere per prima cosa conosciuto attraverso l'esperienza. Nulla può sostituire l'esperienza, proprio nulla.)

Il tirocinio costituisce uno dei momenti fondamentali ed irrinunciabili per la formazione delle professioni sanitarie ed in particolare del fisioterapista. L'apprendimento dall'esperienza e l'ingresso dello studente nelle comunità di pratica (Boud, 1989; Saiani et al, 1997 ; Strohschein et al, 2002; AIFI, 2003) si realizza principalmente in questo contesto.

Il Tirocinio può essere definito come *"...l'insieme delle esperienze circoscritte nel tempo, formalizzate da un processo educativo, assistite da esperti, con possibilità di verifiche in itinere e finali..."* ovvero *" un processo di legittimazione del ruolo in cui i protagonisti sperimentano e consolidano i comportamenti ed imparano ad esercitare, con modalità convenzionale, lo specifico della professione alla quale aspirano"* (Sasso et al, 2003)

Sostanzialmente il tirocinio, con la complessa esperienza di "vita vera vissuta" costituisce l'attività formativa che più di tutte consente il raggiungimento delle competenze "core", cioè le fondamentali e distintive, che lo studente fisioterapista dovrebbe acquisire nel suo percorso formativo.

Quali sono queste competenze?

Ad oggi in Italia non disponiamo di un sistema di riferimento condiviso da utilizzare come base di confronto e sviluppo.

Questo vuole essere il "core competence del tirocinio dello studente in fisioterapia".

1. Cosa è il core competence del tirocinio

Il core competence del tirocinio per il fisioterapista è un documento di informazione, confronto e indirizzo per la formazione in tirocinio degli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia italiani. Esso si propone di descrivere e motivare le **competenze fondamentali e distintive (essenziali ed irrinunciabili)** che uno studente fisioterapista deve acquisire durante l'esperienza di tirocinio dei tre anni di corso, tanto da poter rispondere in modo efficace, responsabile e sicuro a quanto oggi e nei prossimi anni la comunità chiederà alla professione.

Il termine "core", di etimo ignoto, è usualmente adottato in ambito scientifico per indicare la parte più interna o, talora, la più importante, di una struttura (Enciclopedia Treccani online). È già stato utilizzato per la formazione del fisioterapista (AIFI, 2003) ed è ampiamente utilizzato a livello internazionale.

2. Perché il core competence del tirocinio

L'autonomia didattica degli atenei unita alla mancanza di standard nazionali per la pratica fisioterapica ha portato, negli anni, alla creazione nei corsi di laurea di percorsi di tirocinio assai difforni per obiettivi e durata. La stesura di un documento condiviso potrebbe facilitare l'armonizzazione dei percorsi di tirocinio che, pur nella necessaria diversità locale, abbiano obiettivi di base analoghi ed un comune linguaggio.

3. A cosa serve

Serve come base di confronto per la armonizzazione e come eventuale guida per la stesura degli obiettivi di apprendimento in tirocinio per i Corsi di Laurea in Fisioterapia in Italia. Non è in alcun modo vincolante, né si pone come modello unico, esaustivo o definitivo.

4. A chi è diretto

È rivolto a studenti, formatori (coordinatori dei corsi di laurea, tutor clinici e di tirocinio), professionisti e a tutte le Istituzioni coinvolte nella formazione e nella pratica della professione del Fisioterapista (Ministero, Regioni, Università, Aziende Sanitarie...)

5. Come è stato realizzato

È stato realizzato in seguito all'impulso offerto dal gruppo che ha curato la stesura più recente del core curriculum del fisioterapista, il quale ha suggerito la necessità di identificare le competenze che maturano nel tirocinio.

Il gruppo referente per il core del tirocinio, successivamente attivato, ha proposto l'utilizzo di una tecnica di consenso formale (il metodo Delphi) che consentisse la più ampia e libera partecipazione ed espressione di opinione. Il lavoro si è svolto nell'arco di un anno e mezzo, attraverso successive tornate di consultazione ed incontri. (vedi la sezione dei **Metodi**)

INTRODUZIONE

1. La competenza (nel contesto delle professioni sanitarie)

Il termine competenza è ampiamente utilizzato nell'ambito della formazione e descrizione delle professioni sanitarie. È tuttavia un termine a cui afferiscono definizioni ed accezioni diverse. Nel nostro caso, senza la pretesa di aver compiuto la scelta migliore o più esaustiva, abbiamo deciso di prendere come riferimento alcune definizioni e modelli che, a nostro parere, potevano utilmente costituire un background teorico per il core del tirocinio.

Innanzitutto non si poteva non parlare di competenze poiché lo stesso Consiglio Superiore della Sanità ha affermato che l'obiettivo preminente della formazione professionale è inequivocabilmente quello di fornire ai futuri specialisti **competenze congrue** e coerenti con le esigenze del SSN, sia a livello di strutture sanitarie che di territorio (PSN 2006-2008).

Di seguito alcune definizioni di competenza, non necessariamente le uniche o migliori, che ci hanno ispirato nella stesura del core competence del tirocinio.

⇒ **La competenza è l'uso abituale e giudizioso della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e della riflessione nella pratica quotidiana a beneficio del singolo individuo o della comunità.** (Tradotta, da Epstein et al, 2002).

Tale definizione multidimensionale ci è sembrata rappresentativa nei seguenti elementi:

- **l'uso abituale e giudizioso** : per "abituale" si configura una costanza e non incidentalità dei comportamenti e per "giudizioso (assennato)" si introduce il concetto del ragionamento e della valutazione critica ed etica dei propri comportamenti professionali
- **della comunicazione** : finalmente la dimensione relazionale/comunicativa non è vista come "dote naturale" ma come dimensione fondamentale della competenza (dunque da "coltivare" e da "valutare")
- **delle conoscenze**: ingredienti fondamentali, ma non sufficienti, sono le conoscenze e il corpo sistematico di teoria
- **delle abilità tecniche**: esistono per il professionista sanitario una serie di abilità tecniche, che spesso prevedono anche una perizia gestuale, e facilitano un intervento efficace
- **del ragionamento clinico**: l'abilità di interpretare e trarre conclusioni (processo diagnostico e valutativo)
- **delle emozioni**: si riconosce come la dimensione emozionale entra a pieno titolo nella competenza, potendo essere un elemento di facilitazione (vedi la dimensione empatica, per esempio) o di problematicità (nel caso di mancata consapevolezza o analisi)
- **dei valori**: i valori ispiratori della professione, oltre che a sancire il "patto" tra comunità e professionista, sono il generatore profondo di ogni atto professionale
- **della riflessione**: il professionista è in grado di migliorare nel tempo se riflette su di sé e sul proprio operato (autovalutazione), così come ampiamente sottolineato anche da Schon (Schon, 1992)
- **nella pratica quotidiana**: la competenza si manifesta nell'azione professionale quotidiana
- **a beneficio del singolo individuo o della comunità**: il fine ultimo dell'esistenza del professionista!

⇒ **Competenza**: "una caratteristica intrinseca individuale che è **causalmente** collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione, e che è **misurata sulla base di un criterio prestabilito**" (Spencer & Spencer, 2003).

Tale definizione, seppure proveniente da un lavoro che tratta di competenza del professionista già formato, appare utile nell'indicare il **nesso causale o predittivo** tra competenza e comportamento o risultati ottenuti: ovvero la competenza si manifesta attraverso comportamenti del professionista (o dello studente) o attraverso i risultati che esso ottiene. Questa considerazione ci introduce al concetto di valutazione delle competenze. Inoltre si possono definire **criteri o standard precisi** che descrivono se il lavoro è stato fatto bene o male.

Ancora, il testo di Spencer&Spencer (fig. 1) illustra come esista una parte più facilmente accessibile delle competenze, costituita dalle abilità (skills) e dalle conoscenze, ed una più profonda e nascosta (ma cuore e

motore) data dall'immagine di sé (visione personale: atteggiamenti e valori), da tratti e da motivazioni. Le abilità e le conoscenze sono più facili da coltivare, mentre attivare motivazioni e immagine di sé appare più difficile ma altrettanto importante.

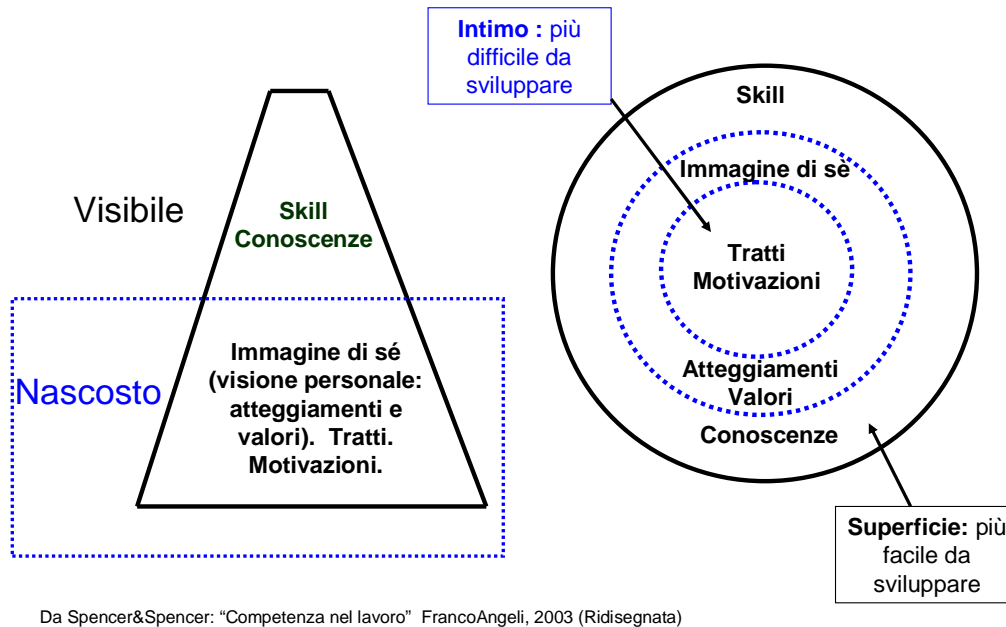


Figura 1

Altro riferimento che può aiutarci a comprendere come si genera e manifesta la competenza è lo schema che segue (fig.2) .

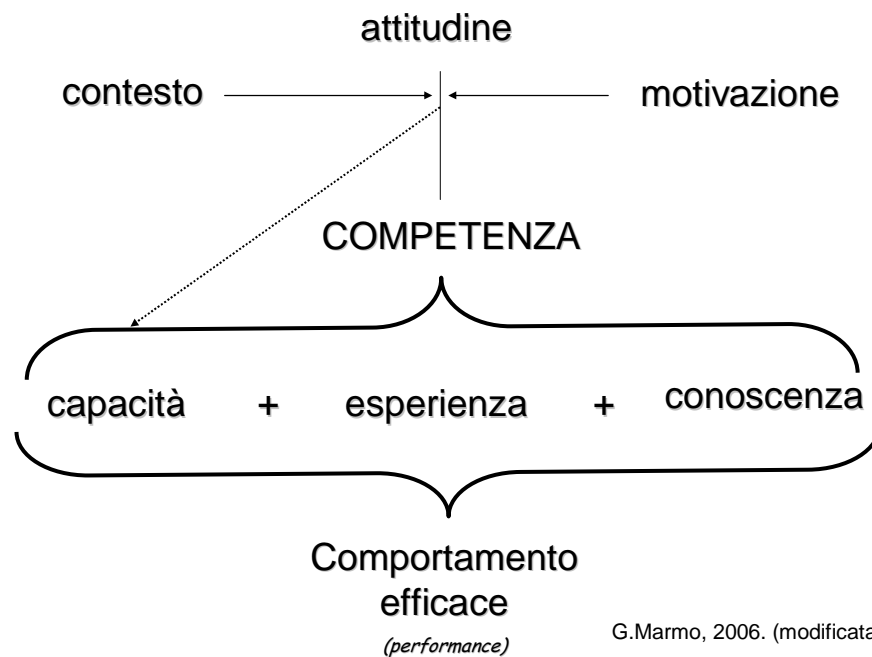


Figura 2

Ogni persona dispone di attitudini o doti personali che possono facilitare il percorso verso la competenza: ci sono studenti a cui basta davvero poco per arrivare. Le attitudini sono i "prodromi di una "capacità" che si

manifesta come tale solo se trova condizioni esterne (il contesto e l'ambiente in cui una persona si trova) e interne (motivazioni) che ne permettono l'estrinsecarsi" (Wikipedia). La capacità sarebbe quindi secondaria all'attitudine, pur essendo essa stessa già intrisa di tutti i fattori natura/cultura, essendo cioè sia una predisposizione individuale innata, sia influenzata dall'ambiente.

Lo studente si presenta dunque con capacità o potenzialità, ma la competenza arriva solo nel momento in cui tali potenzialità si arricchiscono e alimentano con le conoscenze e le esperienze (ovvero con la formazione). La competenza di per sé non è "qualcosa che si vede", ma si manifesta, come già detto in precedenza, attraverso comportamenti efficaci dello studente e futuro professionista. Tali comportamenti possono essere, per esempio, le performance dello studente durante i tirocini.

Una ulteriore lettura della competenza ci può essere fornita dai lavori di J.J Guilbert (Guilbert, 2002). Potremmo infatti individuare nella competenza tre diversi campi (fig.3) e di conseguenza strutturare valutazioni valide (durante il tirocinio) della competenza (fig.4).

CAMPI DELLA COMPETENZA PROFESSIONALE



Figura 3. Campi della competenza.

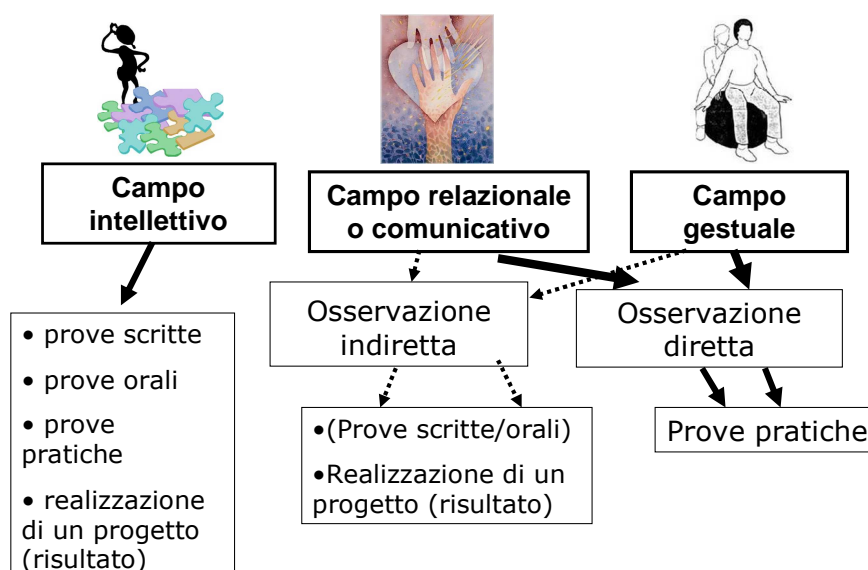
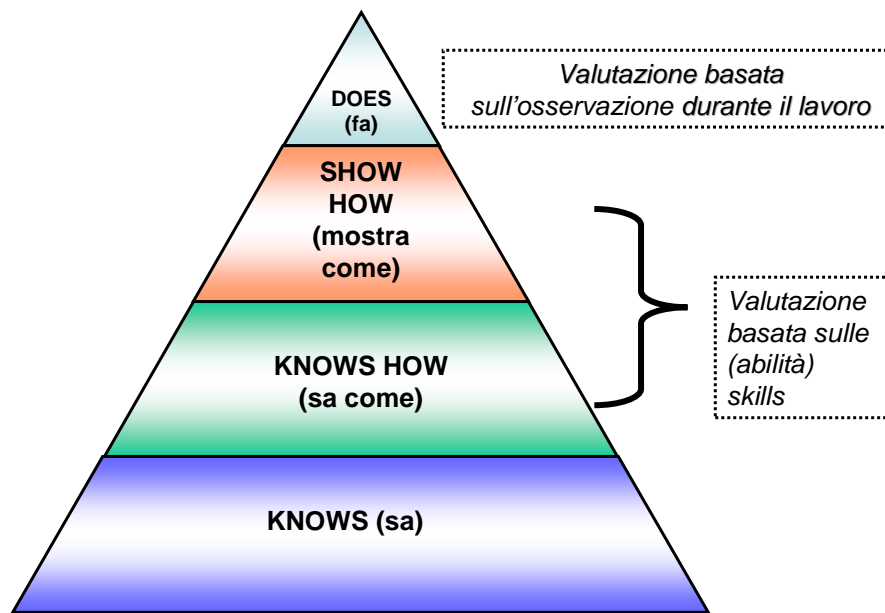


Figura 4. campi della competenza e valutazioni valide.

Una visione diversa ma complementare ci è data da Miller (fig.5) (Vendrely, 2002)



Miller, 1990

Figura 5. La piramide della competenza secondo Miller.

Si potrebbe rappresentare una ipotetica “piramide delle competenze” che vede la progressione e costruzione dal sapere (la base della piramide) all’agire professionale (l’apice della piramide). I “gradoni” di questa piramide ci aiutano ancora una volta ad individuare modalità di valutazione valide. Il “sapere” è quello che comunemente e più spesso viene valutato nelle sedi accademiche (esami orali, quiz, saggi etc), ma come si vede è al livello più basso della competenza (fig.6).

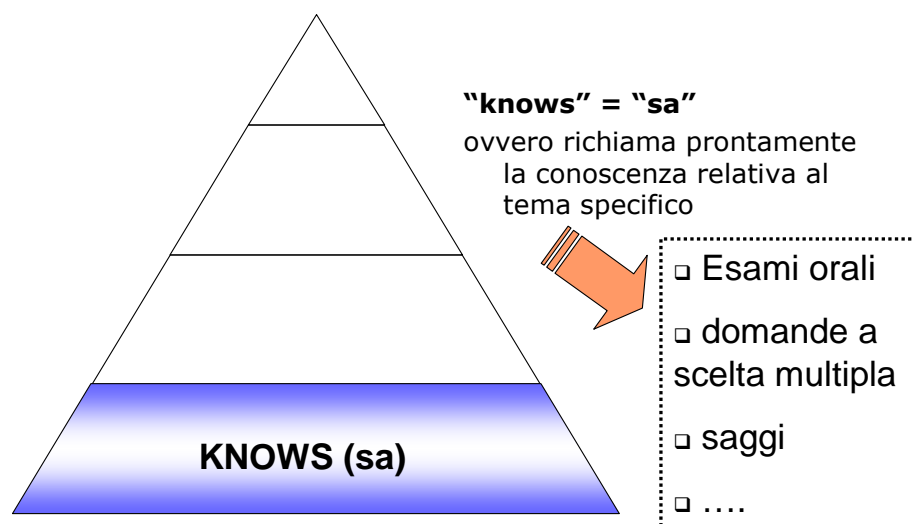


Figura 6. Il livello del “sa”.

Il "sapere come", ovvero l'applicazione della conoscenza per la risoluzione di problemi e la presa di decisione (problem-solving e decision-making), è uno stadio più evoluto e anche questo può essere valutato in ambito accademico (test basati su un contesto clinico, esami orali, domande a scelta multipla, saggi, triplo salto...) (fig.7).

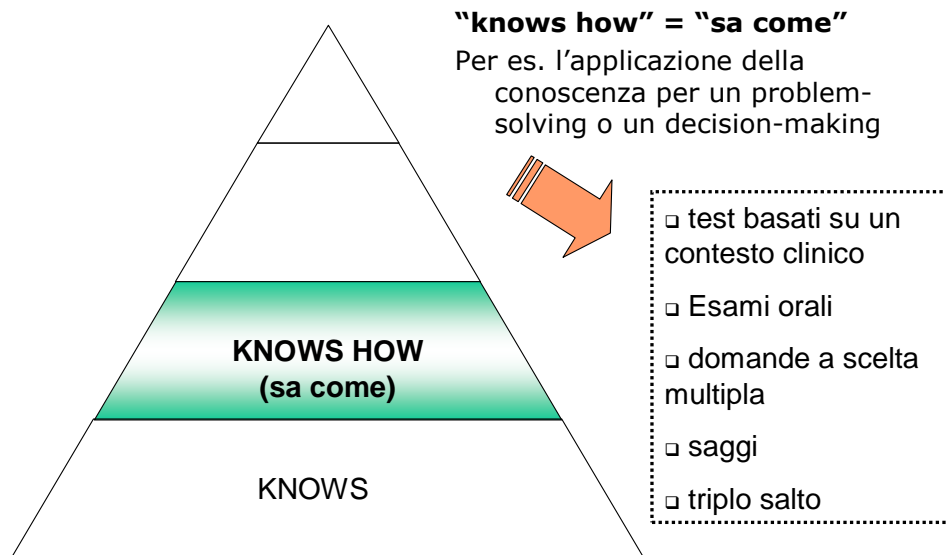


Figura 7. Il livello del "sa come".

Lo studente può anche giungere a mostrare in situazioni simulate quanto ha appreso. Tale livello può venire valutato, per esempio, attraverso valutazione della performance in vitro (paziente simulato), OSCE (Objective Structured Clinical Examination), test su paziente simulato standardizzato.(fig.8)

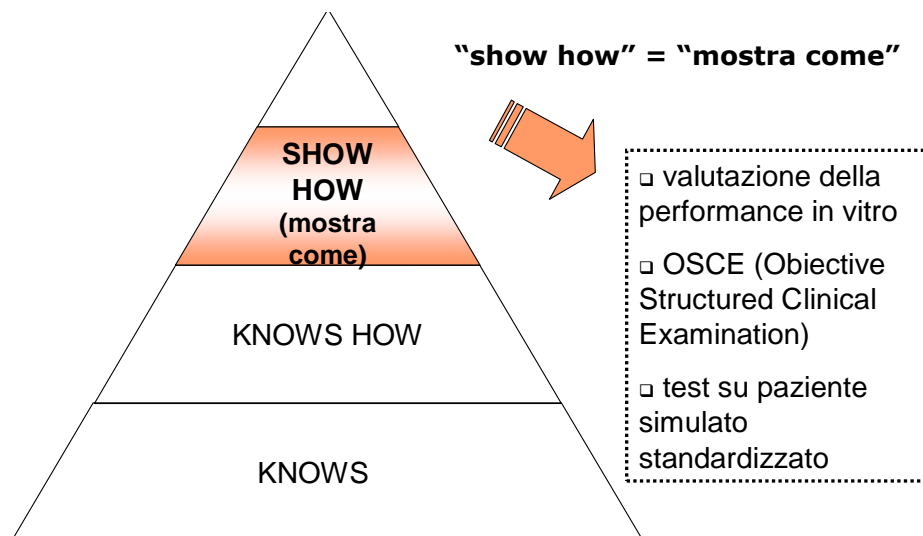


Figura 8. Il livello del "mostra come".

La **competenza completa** si manifesta attraverso l'**azione in situazione reale**. Il **tirocinio** è dunque il **luogo privilegiato per apprendere e manifestare la competenza**.

La valutazione della performance può avvenire in vivo (es. in tirocinio), per esempio tramite il portfolio valutativo o con test su paziente simulato “celato”(fig.9)

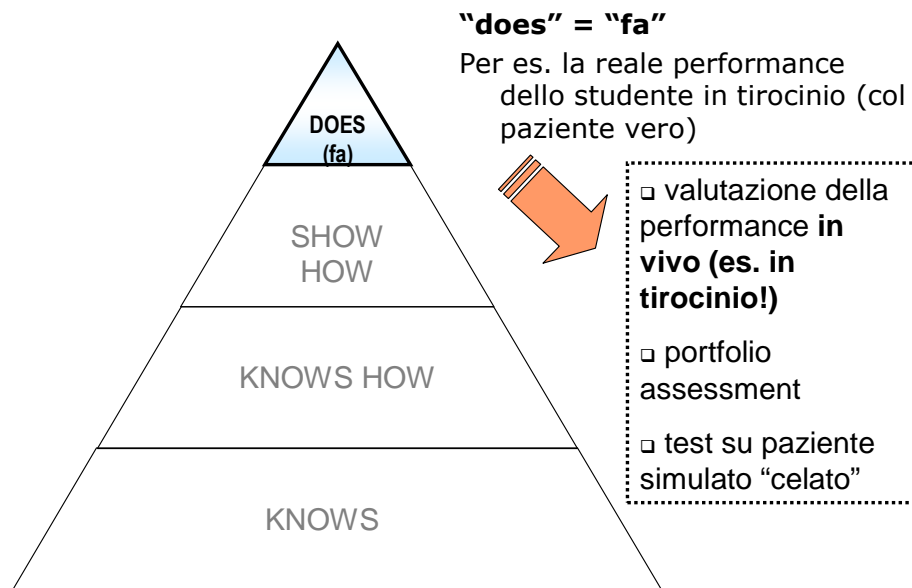


Figura 9. Il livello del “fa”.

Il tema della valutazione delle competenze (Wass et al., 2001; Vendrely, 2002) non sarà ulteriormente approfondito in questa prima fase di stesura del core competence del tirocinio. Tuttavia, come si intuisce, il core conterrà già in sé le basi e la struttura per arrivare alla valutazione valida delle competenze.

2. Le fonti del core competence del tirocinio

Quali possono essere le “fonti” nella definizione del core competence del tirocinio? Senza dubbio il consenso dei professionisti esperti costituisce la base, ma alcuni elementi debbono contribuire. (fig.10)

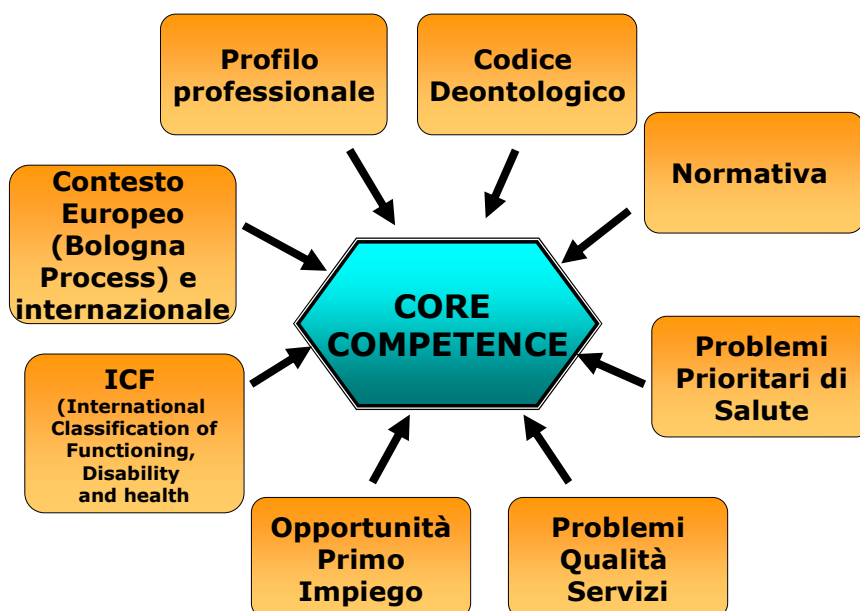


Figura 10. Elementi che possono condurre alla definizione del “core competence”.

In primo luogo le **fonti ed i vincoli di tipo normativo** (figura 11), che a partire dal D.M. 741/1994 (definizione del profilo professionale del fisioterapista) hanno successivamente disegnato e arricchito la definizione delle

responsabilità ed autonomia del professionista, indicato la formazione in ambito universitario e le possibilità di “carriera”.

- ⇒ **profilo professionale (D.M. 741/1994)**
- ⇒ **diploma universitario per fisioterapista (tabella XVIII-ter, 1996)**
- ⇒ **DM 509/99 (riforma universitaria) e successivamente DM 2 aprile 2001 (laurea in fisioterapia)**
- ⇒ **codice deontologico (AIFI)**
- ⇒ **legge 42/99 (da professione sanitaria ausiliaria a professione sanitaria; autonomia e responsabilità)**
- ⇒ **Legge 251/2000 (possibilità dirigenza)**
- ⇒ **laurea specialistica (magistrale DM 270/2004), master , (dottorato)**
- ⇒ **legge 43 2006**
- ⇒ **decreti applicativi della legge 43 per le professioni sanitarie. Decreti applicativi DM 270**

Figura 11. Fonti e vincoli di tipo normativo.

In particolare, si configurano le responsabilità civili e penali che il professionista sanitario si assume, il suo impegno deontologico. Il neolaureato oggi deve potersi assumere tali autonomie e responsabilità: la formazione dovrà metterlo nelle condizioni di poterlo fare (fig.12). A nostro parere ciò diventa obbligo morale dei formatori.

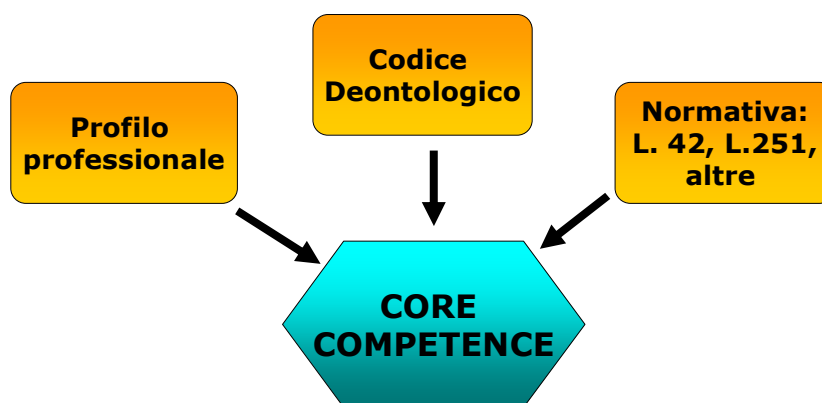


Figura 12

Altro elemento di rilievo (fig.13) è il “**Bologna Process**” ovvero il processo che dal 1999 sta portando l’Unione Europea ad armonizzare i percorsi formativi allo scopo di permettere la libera circolazione di studenti (e poi di professionisti). Dal Bologna Process (<http://www.processodibologna.it/>) derivano una serie di

indicazioni anche metodologiche da utilizzare. Un linguaggio e un riferimento comune a livello europeo costituisce una risorsa piuttosto che un limite per i fisioterapisti italiani. Inoltre tali indicazioni sono adottate dai Decreti Ministeriali che regolano la formazione (vedi descrittori di Dublino).

Parallelamente la **World Confederation for Physical Therapy Europa** (WCPT-Europe) sta conducendo un processo di elaborazione di standard e di confronto (vedi European Benchmark Statement). Analoghi obiettivi si pone l'**European Network for Physiotherapy in Higher Education (ENPHE)** (Ven et al, 2007).

Un ulteriore elemento, questa volta mondiale, per un linguaggio ed un riferimento concettuale comune, è la **International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)** dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002). Essa consente il superamento del modello biomedico opposto al modello sociale, ed adotta un approccio bio-psico-sociale che ben sembra rappresentare l'approccio dei riabilitatori. La letteratura internazionale e le organizzazioni sanitarie stanno progressivamente adottando tale modello. Le dimensioni della salute e la classificazione delle sue alterazioni saranno adottate in questo documento.



Figura 13

Definito un quadro di riferimento del professionista, delle sue responsabilità ed autonomie, creato un substrato concettuale ed un linguaggio comune europeo (e internazionale), abbiamo però bisogno di elementi che ci guidino nella scelta degli obiettivi e delle esperienze di tirocinio irrinunciabili per il neolaureato. La domanda è: quali conoscenze applicate, quali abilità ed atteggiamenti devono essere già "attivi" al momento del conseguimento della laurea? Chi e quali situazioni il neolaureato ragionevolmente potrebbe incontrare nell'immediato post-laurea? (fig.14)

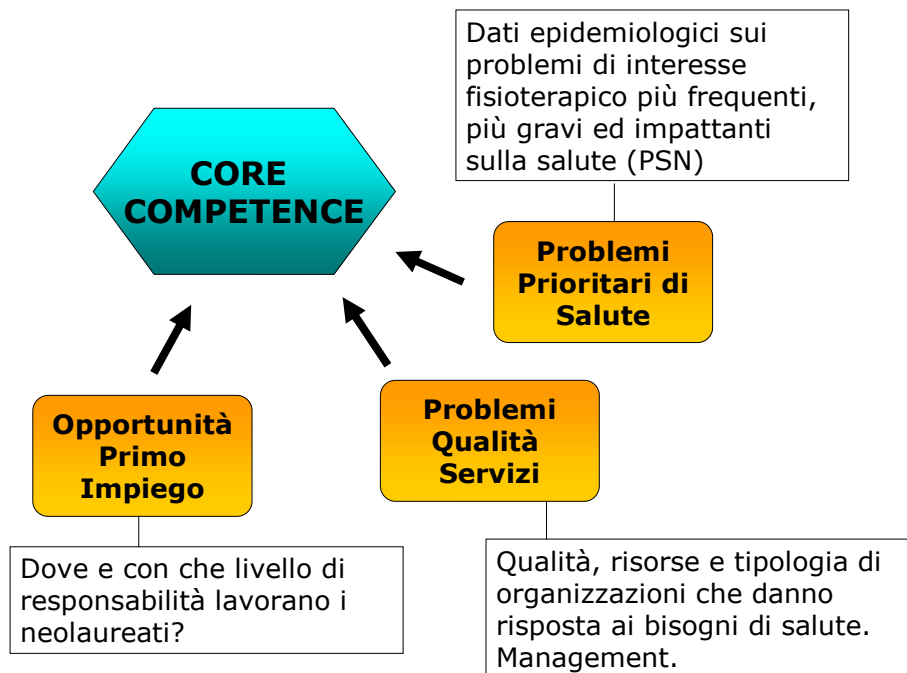


Figura 14

Inoltre è necessario chiedersi quali pazienti o problemi di salute di interesse riabilitativo il neo-laureato incontrerà. Di grande aiuto è l'analisi dei dati, epidemiologici e non, che vengono forniti dai Piani Sanitari Nazionali (PSN) e regionali (PSR).

Le priorità del P.S.N. discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità e all'aumentata capacità del Servizio Sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post- acuzie.

Tra gli obiettivi di salute (di interesse riabilitativo) citati dal PSN 2006-08, troviamo:

- La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- Le grandi patologie: tumori , malattie cardio-vascolari e loro conseguenze (es. ictus), diabete e malattie respiratorie;
- La non auto-sufficienza: anziani e disabili;
- Tutela della salute mentale;
- Tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

La definizione delle competenze nasce dalla declinazione del profilo professionale e dai Problemi Prioritari di Salute (PPS) della popolazione, dai quali le professioni sanitarie non possono prescindere. È importante però anche indagare, per lo stesso scopo, i "**Problemi di Qualità dei Servizi**" (PQS), perché le competenze devono mutare ed evolvere per riuscire a mantenere livelli di qualità più elevati possibile (AIFI, 2003). Le istanze che nascono dai diversi tipi di organizzazione e della richiesta di una qualità anche organizzativa e manageriale aprono importanti sfide anche per la formazione del fisioterapista. In quali contesti organizzativi lo studente dovrà cimentarsi? Possiamo e dobbiamo fare in modo che lo studente abbia già un'esperienza di tali contesti durante la sua formazione triennale?

Le opportunità di primo impiego del laureato

Ogni Coordinatore di Corso di Laurea avrà sicuramente notato negli anni un grande cambiamento. Un'indagine condotta nel 2003 presso il Corso di Laurea di Ferrara (Bergamini et al, 2004- dati non pubblicati) ha evidenziato che le opportunità di primo impiego del neolaureato fisioterapista sono essenzialmente nel settore privato dove tra privato e privato convenzionato vengono assorbiti l'88% dei neolaureati contro il 7% che trovano impiego nel settore pubblico.

Inoltre solo il 46% ha un contratto da dipendente mentre il 33% è libero professionista (tendenza alla crescita). Per i liberi professionisti il livello di competenza richiesto in tutte le aree è sempre maggiore rispetto ai dipendenti e vi sono differenze molto significative per le aree del processo fisioterapico e della ricerca e auto-formazione.

I più alti valori assoluti di competenza richiesta per i liberi professionisti riguardano le seguenti abilità:

- individuare gli obiettivi e le priorità del trattamento
- mettere in atto il trattamento scelto
- saper comunicare efficacemente col paziente
- dare una risposta ai bisogni del paziente

Tali dati, seppure limitati, indicano una dissociazione tra le esperienze oggi prevalentemente offerte in tirocinio (Servizi di riabilitazione intensiva o estensiva del SSN, con le corrispondenti modalità di ruolo professionale) e le prime esperienze lavorative possibili.

Altri documenti, di tipo bibliografico o normativo, sono stati esaminati ed utilizzati nella stesura del core competence del tirocinio (tab.1)

Essi hanno guidato:

- ⇒ la definizione della struttura del core,
- ⇒ l'individuazione di obiettivi di apprendimento,
- ⇒ l'individuazione di abilità e di atteggiamenti,
- ⇒ la proposta delle esperienze fondamentali del tirocinio (tipologia di utenza o di problema, setting...)

Tabella 1: riepilogo delle fonti del core competence del tirocinio

Documenti e fonti di riferimento		
Provenienza	Fonti bibliografiche	Riferimenti normativi
Nazionali	<ul style="list-style-type: none"> - Core competence del fisioterapista (AIFI- Masson 2003) - Core curriculum (2004) - Codice deontologico AIFI - Codice deontologico FIF - PSN (vari) - PSR (E.Romagna) 	<ul style="list-style-type: none"> - profilo professionale (D.M. 741/1994) - diploma universitario per fisioterapista (tabella XVIII-ter, 1996) - DM 509/99 (riforma universitaria) e successivamente DM 2 aprile 2001 (laurea in fisioterapia) - codice deontologico (AIFI) - legge 42/99 (da professione sanitaria ausiliaria a professione sanitaria; autonomia e responsabilità) - Legge 251/2000 (possibilità dirigenza) - laurea specialistica (magistrale DM 270/2004), master , (dottorato) - legge 43 2006 - decreti applicativi della legge 43 per le professioni sanitarie? Decreti applicativi DM 270?
Europei	<p>Documenti WCPT Europe (www.physio-europe.org):</p> <ul style="list-style-type: none"> - European core standars of Physiotherapy Practice (2008) http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6 - European Physiotherapy Benchmark Statement (2003) http://www.physio-europe.org/pdf/Benchmark.pdf - Revised Education Policy Statement (2008) http://www.physio-europe.org/download.php?document=201&downloadarea=17 sulla figura del Fisioterapista , formazione di base e standard della professione - EU-EBM Unity (core curriculum europeo per Evidence Based practice) - The competence chart of the European Network physiotherapy in Higher Education (Ven et al, 2007) - European Core Standards for physiotherpay practice (2008) http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6 - CSP Core standards of physiotherapy practice 2005 	<ul style="list-style-type: none"> - Bologna declaration (1999) - Prague Communiqué (2001) - Belin Communiqué (2003) - European Qualification for Lifelong Learning (2006)
Internazionali (extra-europei)	<ul style="list-style-type: none"> • APTA mininum skills (USA) http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=41245 • APTA core values (USA) www.apta.org • Standard of competence (The Federation of State boards of Physical Therapy revised version 2006 www.fsbpt.org) USA • Canada: Standard of core competence http://www.fsbpt.org/download/StandardsOfCompetence2006_10.pdf • Essential Competency profile for physiotherapists in Canada, 2004 http://www.collegept.org/college/content/pdf/en/guide07/III.A.2.Essential_Competency_Profile.pdf • Australian Standards for Physiotherapy (Australia) www.physiocouncil.com.au • ICF 	-

3. Le competenze core

Sono, come già detto, le **competenze distintive (essenziali ed irrinunciabili)** che uno studente fisioterapista deve acquisire durante l'esperienza di tirocinio dei tre anni di corso, tanto da poter rispondere in modo efficace, responsabile e sicuro a quanto oggi e nei prossimi anni la comunità chiederà alla professione (fig. 15).

Esse sono dunque ricavate da una serie di elementi in reciproca interazione, sono soggette ad adattamento e revisione in relazione ai cambiamenti (della professione, del contesto sociale e sanitario, del contesto normativo etc.).

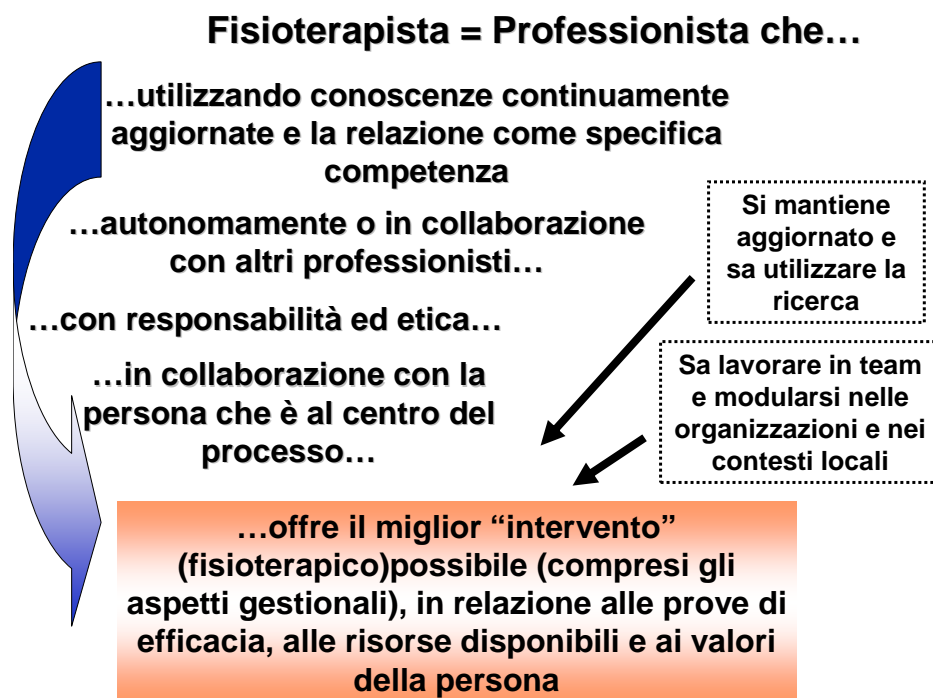


Figura 15

MATERIALI E METODI

1. Partecipanti

Alla luce del contesto precedentemente descritto si è costituito un Gruppo Referente e di coordinamento (formato dai coordinatori del Corso di Laurea in Fisioterapia di Ferrara- sedi di Faenza e Ferrara) allo scopo di condurre il gruppo formatori, costituito da Coordinatori /docenti/tutori dei Corsi di Laurea in Fisioterapia, alla produzione di un documento guida sul core competence del tirocinio, condiviso e in linea con i principali riferimenti specifici della professione e della formazione pubblicati a livello nazionale, europeo e internazionale.

Sono stati invitati ai lavori:

- Coordinatori dei Corsi di Laurea in Fisioterapia
- Rappresentanti AIFI, con attività/funzioni inerenti in particolare la formazione professionale
- Docenti, esperti e tutor formativi interessati a partecipare

2. Metodi

In un primo incontro promosso da AIFI- Ufficio Formazione (Bologna, 25 giugno 2007) si è stabilito in modo condiviso l'obiettivo di definire un documento con le competenze core del fisioterapista da acquisire nel tirocinio della formazione di base. È stato individuato un gruppo referente, la metodologia di lavoro e la definizione del concetto di "Competenza Core".

Il Gruppo Referente ha proposto l'utilizzo del Metodo Delphi¹, quale tecnica di consenso formale che consentisse la più ampia ed eterogenea partecipazione.

La prima fase dei lavori ha previsto la ricerca e raccolta di documenti e bibliografia di riferimento nazionale e internazionale. Successivamente, sono state condotte due fasi Delphi, dal luglio 2007 ad aprile 2008, inviando quesiti per tre tornate. Obiettivi e quesiti di ciascuna tornata sono illustrati in fig. 16 e 17. I quesiti sono stati inviati per posta elettronica (utilizzando l'indirizzario di posta elettronica dei Coordinatori del CdL aggiornato) indicando le istruzioni operative e i tempi di risposta. Il gruppo referente ha effettuato la raccolta e la elaborazione dei contributi sintetizzando, riformulando ed integrando le risposte e riproponendole al gruppo. Qualora permanessero dubbi sul consenso o sulle risposte, il quesito veniva riproposto con le relative specifiche. Il documento è stato elaborato in formato excel per facilitare l'inserimento di contributi. È stato inoltre utilizzato un programma di visualizzazione grafica per rappresentare in modo schematico le competenze individuate.

Al termine di ciascuna fase Delphi sono stati attuati tre incontri tecnici di lettura, verifica delle bozze elaborate e programmazione fasi successive. Si è concordato di effettuare questi incontri in sedi che per la loro dislocazione fossero raggiungibili con una certa facilità per permettere una maggiore partecipazione (Bologna, Firenze, Roma). Il verbale dei suddetti incontri è stato regolarmente trascritto ed inviato per conoscenza a tutti i Coordinatori di CdL e agli altri partecipanti.

¹ **Metodo Delphi:** Tecnica di **rilevazione dati**, che permette di intervistare un gruppo selezionato di esperti, chiamati ad esprimere i propri pareri o opinioni su una determinata tematica, allo scopo di validarne alcuni tramite il **confronto reciproco** e la **condivisione progressiva**. Prevede **fasi successive** di raccolta dati, caratterizzate dall'utilizzo di strumenti di ricerca sociale di diversa natura (questionari, **griglie di lavoro**, interviste semi-strutturate...) e finalizzate ad una progressiva esplorazione e valutazione del tema in oggetto.

L'intervistatore ha il compito di **mediare il confronto** e la valutazione dei pareri raccolti **favorendo l'aggregazione dei giudizi raccolti** in ogni fase ai risultati di quella precedente. È caratterizzata da alternanza di più fasi tra somministrazione e restituzione, ciascun strumento è costruito sui risultati del precedente; i risultati di ciascuna fase, oltre che servire alla costruzione dei questionari successivi, vengono restituiti agli intervistati; la tecnica permette di **conservare l'eterogeneità** dei partecipanti e di **preservarne l'anonimato**; evita l'organizzazione di frequenti incontri diretti e riduce tempi e costi. Le interviste Delphi condotte con 2 o 3 tornate sono da preferirsi per facilitare il consenso dei partecipanti e la stabilità delle risposte condivise. (Cardano M. "Tecniche di ricerca qualitativa" Carocci, Roma 2003)

Riportiamo di seguito il report dei contributi alle due fasi Delphi, ricevuti dai partecipanti, classificati per numero di sedi di Corso di Laurea in Fisioterapia (Tabella 2):

Tabella 2 : Riepilogo contributi numero sedi corsi di Laurea

<i>Contributo attivo costante</i> (almeno 1 volta in tutte le tornate)	numero 10 sedi
<i>Contributo attivo saltuario</i> (almeno 1 volta in una tornata)	numero 16 sedi
<i>Apprezzamento /appoggio esterno</i> (chi pur non potendo contribuire, ha espresso sostegno e apprezzamento al lavoro)	numero 8 sedi

Sono state rilevate criticità relative ai tempi (periodi accademici) e difficoltà di omogeneizzazione o interpretazione delle interviste/compiti richiesti. A tal proposito, durante gli incontri il gruppo referente sottolineava i punti di forza e di debolezza cercando di riportare il gruppo alla uniformità e confronto. L'ultima fase dei lavori ha previsto una suddivisione di compiti tra partecipanti, con richiesta di inviare i propri contributi a tutti affinché anche nella parte finale altri interessati potessero portare propri commenti o proposte. Il Gruppo Referente ha infine raccolto e rielaborato i contributi ed assemblato la stesura finale del documento.

Figura 16. Prima Fase Delphi (dal 2 luglio 2007 al 17 agosto 2007)

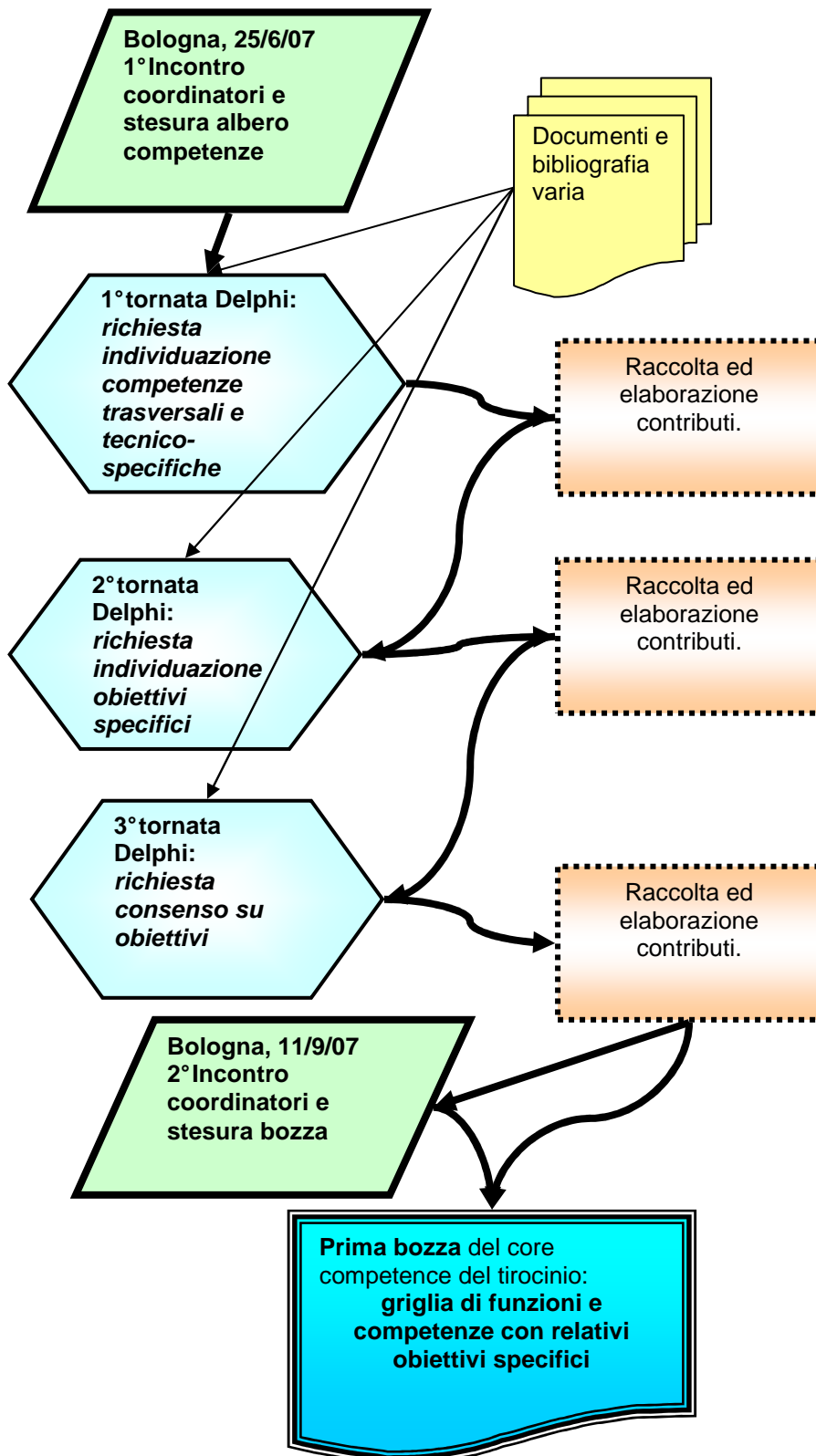
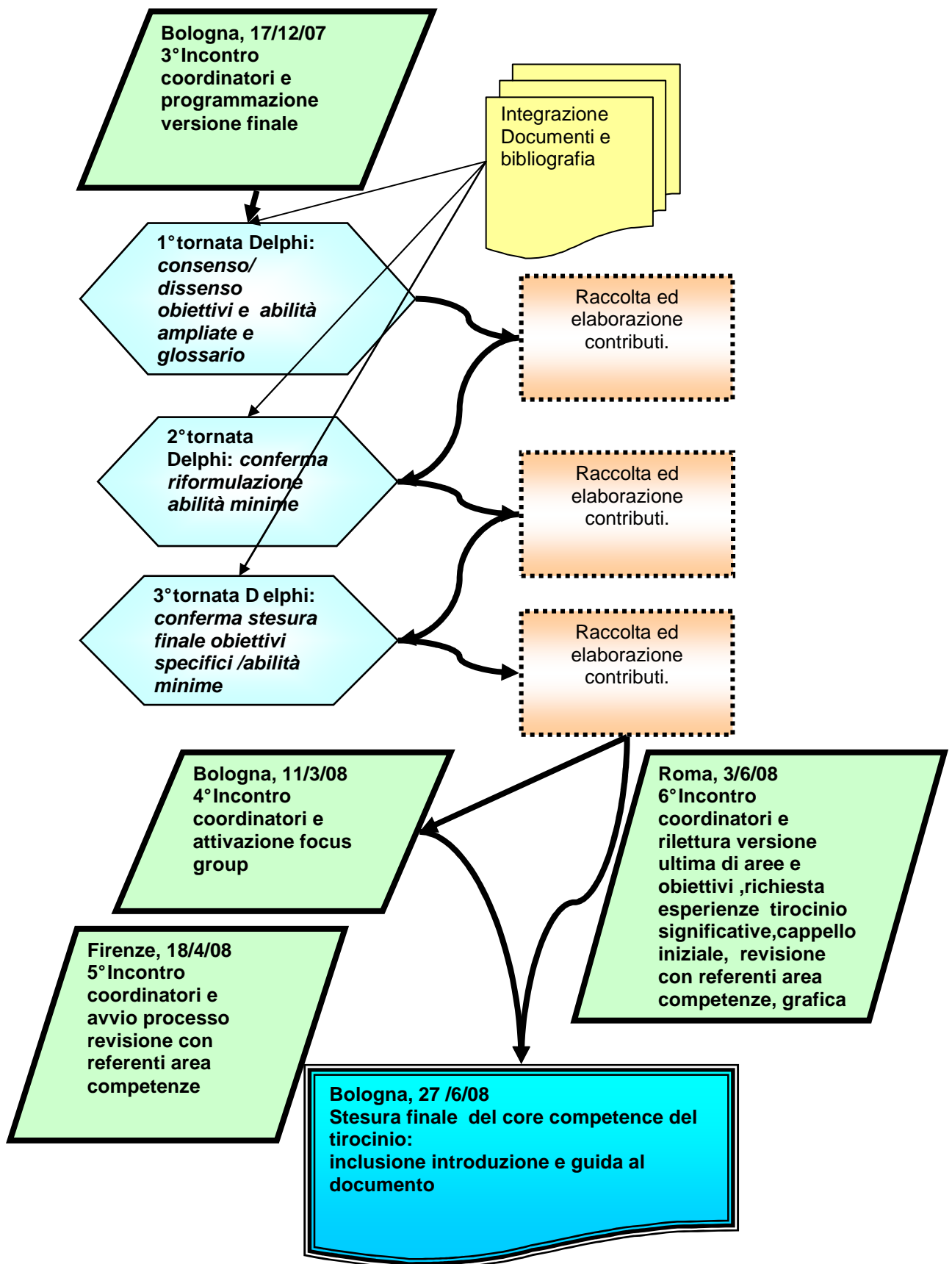


Figura 17. Seconda Fase Delphi (dal 18 gennaio 2008 al 11 marzo 2008)



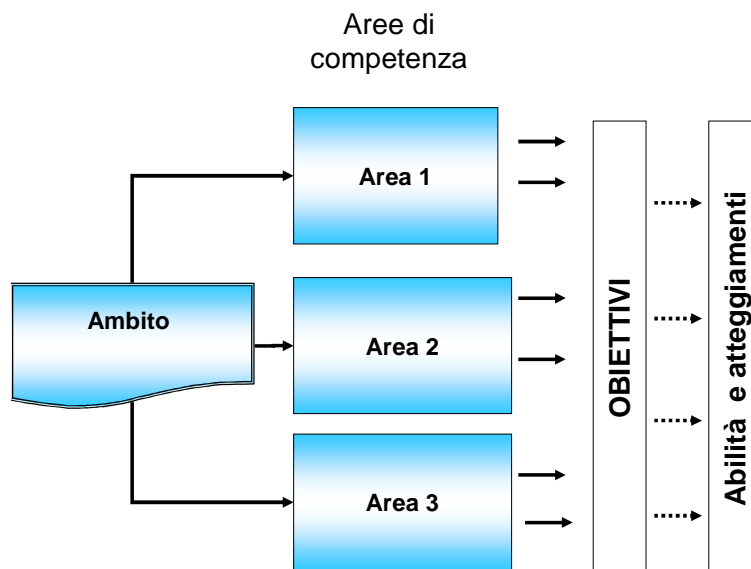
Core Competence del Tirocinio nella formazione del Fisioterapista

1. come è fatto

il core competence del tirocinio è strutturato secondo il seguente schema:

- ⇒ **ambito** di competenza (complessivamente otto)
 - **aree** contenute in un ambito
 - * **obiettivi di apprendimento**
 - ✓ **abilità ed atteggiamenti** contenuti nell'obiettivo

Vengono inoltre indicate le **esperienze di tirocinio** che meglio potrebbero rispondere alle necessità formative nei vari ambiti.



2. come si legge

Ogni ambito di competenza è preceduto da una breve **introduzione/definizione** che spiega il significato che il gruppo di lavoro ha inteso attribuirvi.

- ⇒ gli **ambiti** costituiscono aggregati generali omogenei (esempio: prevenzione, comunicazione/relazione...)

- le **aree** definiscono in modo più preciso settori dell'ambito: all'interno di ciascuna area sono indicati gli obiettivi di apprendimento per lo studente

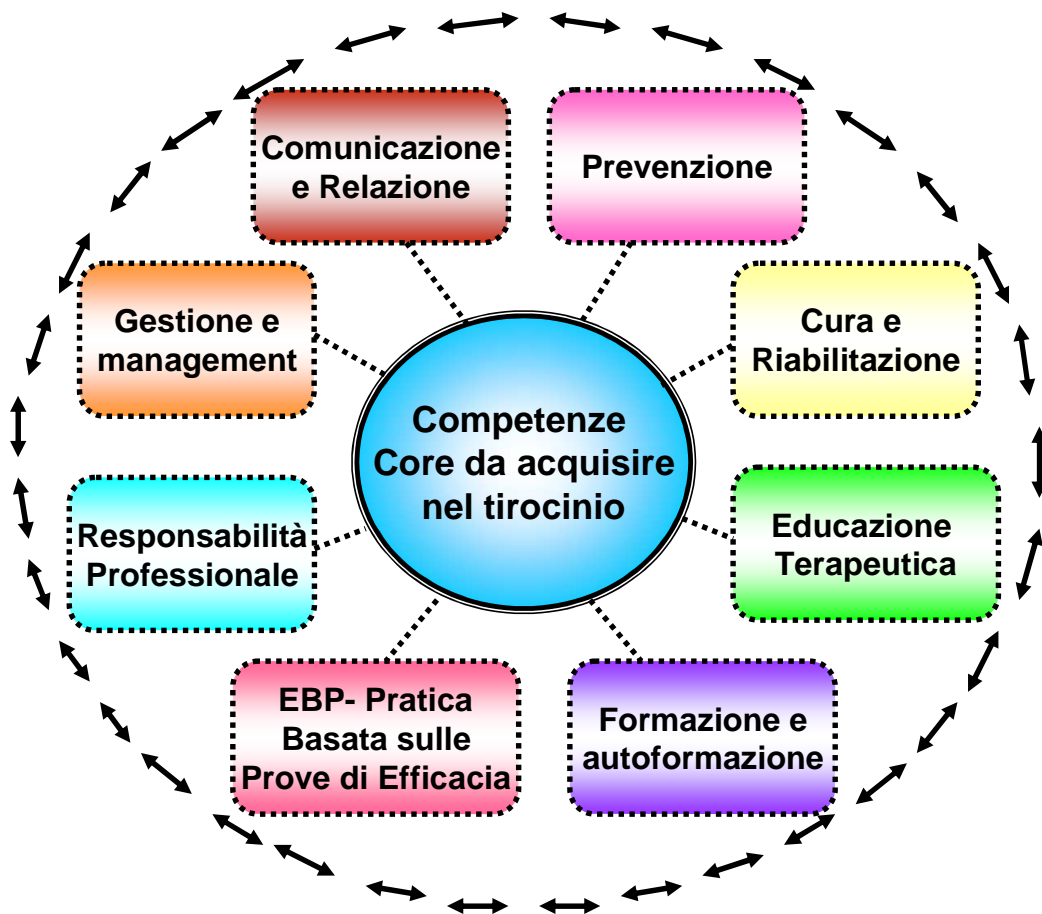
- * **Obiettivo specifico di apprendimento della competenza.** Indica l'insieme degli elementi che devono essere appresi per acquisire quella competenza.

- ✓ **Abilità e atteggiamenti** (di minima) relativi agli obiettivi. **Abilità** indica la capacità e idoneità a svolgere qualcosa in modo soddisfacente. **Atteggiamento** indica la disposizione di ogni persona di produrre risposte, determinate dall'ambiente familiare o sociale, riguardo a situazioni, gruppi o oggetti; si riferisce in buona sostanza ai comportamenti della persona.

Le **esperienze di tirocinio** derivano dalla considerazione dei problemi prioritari di salute e di qualità dei servizi, dalle opportunità di primo impiego dei neolaureati, e non considerano solo la disponibilità delle risorse di tirocinio. Si tratta di suggerimenti e spunti di riflessione, non vincolanti. Esse vengono rappresentate secondo tre assi principali: il **setting**, la **tipologia di problema o paziente**, la **fascia d'età**.

Si rimanda alla consultazione del **glossario** per chiarire interpretazione, significato e scelta dei termini utilizzati.

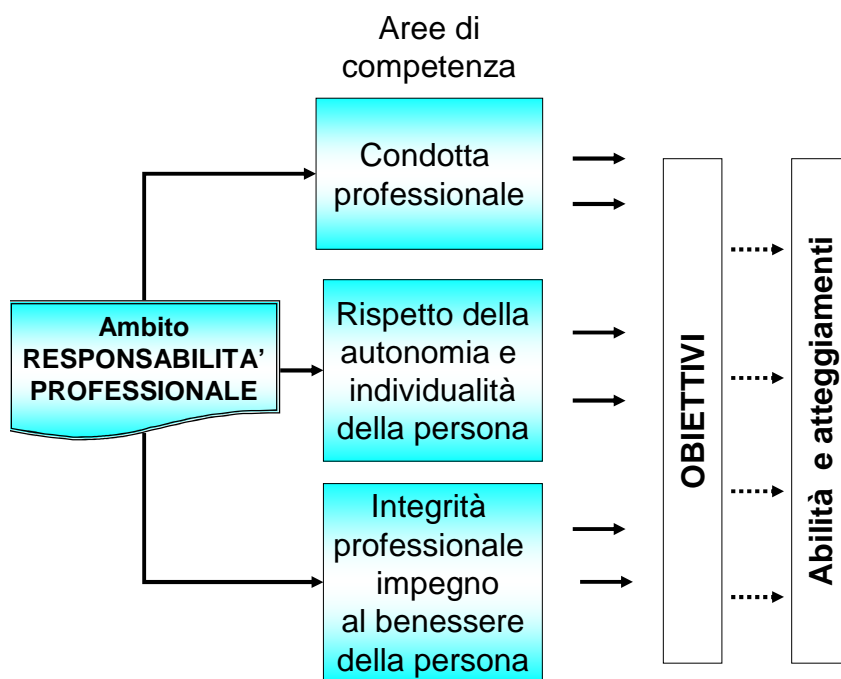
Il Core Competence del Tirocinio



Rappresentazione grafica del core competence del tirocinio e degli ambiti delle competenze core. Si noti che **non** vi è **gerarchia** tra gli ambiti, né sequenzialità a priori, ma piuttosto **integrazione e interazione**. Così pure non esiste sequenzialità o giudizio di valore nell'ordine in cui verranno di seguito presentati gli ambiti di competenza.

⇒ **Ambito della RESPONSABILITA' PROFESSIONALE**

È l'ambito che traduce, a partire dalla consapevolezza del proprio ruolo, l'impegno etico, l'assunzione di responsabilità del professionista verso il singolo cittadino e la comunità, la sensibilità culturale e il rispetto della autonomia della persona. Traduce nella pratica le istanze che derivano dal codice deontologico e dalla normativa vigente, facendone discendere obiettivi di apprendimento, abilità ed atteggiamenti, finalizzati al raggiungimento di competenze professionali specifiche ossia alla capacità di padroneggiare e gestire con autonomia atti, tecnologie e procedure. Si passa cioè dalla dimensione teorica del dover essere a quella reale dell'essere etici e responsabili fin dal proprio percorso formativo, anche se in relazione al proprio ruolo di studente.



→ CONDOTTA PROFESSIONALE

- * **Prendere in carico la persona secondo l'etica e la deontologia professionale**
 - ✓ Agire nella pratica professionale rispettando il profilo professionale, il codice deontologico, le norme e leggi relative alla professione,
- * **Tutelare la professione e la sua immagine**
 - ✓ Fregiarsi dei titoli professionali appropriati. Operare nel proprio ambito professionale, a beneficio dell'utenza e a tutela della "buona immagine" della professione.
 - ✓ Evitare qualsiasi forma di collaborazione con chi eserciti abusivamente la professione.
- * **Assicurare il proprio intervento nei limiti del proprio ambito professionale e/o della propria esperienza/competenza**
 - ✓ Collaborare con le altre professioni sanitarie sulla base della conoscenza dei profili di competenza reciproci,
 - ✓ Indirizzare il paziente ad altro professionista quando si richiedano attività che vanno oltre il proprio ambito professionale e/o la propria esperienza/competenza
- * **Mantenere un rapporto trasparente fisioterapista-paziente- altri soggetti coinvolti**
 - ✓ Evitare situazioni che potrebbero procurare vantaggi personali e potenziali situazioni di conflitto d'interessi
 - ✓ Adottare comportamenti che non oltrepassino i confini professionali, sia con pazienti, che con colleghi che con altri portatori di interessi

→ RISPETTO INDIVIDUALITA' e AUTONOMIA DELLA PERSONA

- * **Recepire i bisogni di salute associati alle diverse culture e società**
 - ✓ Accogliere la persona e la sua famiglia nei diversi contesti e raccogliere i dati relativi alle attese, desideri, collaborazione, motivazione, risorse personali della persona e della sua famiglia
 - ✓ Dimostrare sensibilità e rispetto per il paziente, per i suoi diritti, dignità e caratteristiche personali, inclusa età, sesso, etnia, religione, cultura, linguaggio, stile di vita, stato di salute, cognitivo e comportamentale
 - ✓ Assicurarsi che il paziente sia trattato con rispetto e assisterlo nell'esprimere i propri bisogni individuali
- * **Dimostrare un approccio centrato sul paziente e sui care-givers, in modo da coinvolgerli nelle decisioni terapeutiche e responsabilizzarli**
 - ✓ Informare/ Condividere con paziente e/o la famiglia, responsabilizzandolo quando possibile, tutti gli aspetti riguardanti l'intervento consigliato (di prevenzione, cura e riabilitazione) prima di iniziare, in modo che egli abbia l'opportunità di accettare o rifiutare la proposta terapeutica
 - ✓ Agire nell'interesse del paziente e/o della società tenendo conto delle risorse umane e materiali disponibili

→ INTEGRITÀ PROFESSIONALE E IMPEGNO AL BENESSERE DELLA PERSONA

- * **Accettare la responsabilità delle proprie azioni e decisioni**
 - ✓ Dichiarare e motivare continuamente le proprie scelte professionali
 - ✓ Astenersi dall'affrontare soluzioni di casi per i quali non ci si ritenga sufficientemente competente o che siano prerogativa di altri professionisti.

- * **Mantenere autonomia nella pratica in modo da tutelare il giudizio professionale e da rispettare gli interessi dell'utente**
 - ✓ Esercitare la propria autonomia nella pratica clinica, nel rispetto degli interessi dell'utente

- * **Fornire servizi/prestazioni che oltre all'efficacia garantiscano un efficiente uso delle risorse**
 - ✓ Assicurare che il tipo e la durata della prestazione rifletta la migliore evidenza scientifica rinvenibile, compatibilmente con le risorse disponibili
 - ✓ Interrompere prestazioni che si dimostrano nel tempo non necessarie o non efficaci

- * **Adottare criteri di trasparenza nel tariffario**
 - ✓ Indicare tariffe professionali trasparenti, eque, appropriate e giustificabili per i servizi svolti

Esperienze di tirocinio indicate

In considerazione della assoluta trasversalità di applicazione di questa competenza all'interno della pratica professionale del Fisioterapista, **ogni setting, tipologia di paziente o problema e fascia d'età** deve essere occasione di apprendimento. Lo studente deve acquisire questa competenza raggiungendo gli obiettivi previsti ed applicando le diverse abilità in maniera progressiva durante tutto il percorso di tirocinio nei tre anni di corso e in relazione agli obiettivi di apprendimento di ciascuna singola esperienza.

Ciascuna sede provvederà, in rapporto alle proprie strutture ed organizzazione a individuare ambiti specifici, ivi compresi studi professionali, e ambiti nei quali lo studente possa entrare in diretto rapporto con comunità terapeutiche diverse (Esempio: team ospedalieri, gruppi multidisciplinari che operano sull'infanzia...) e con le famiglie dei pazienti in diverse situazioni di setting e complessità della disabilità.

Ciascuna sede inoltre, potrà prevedere esercitazioni in simulata su gli aspetti più particolari che difficilmente lo studente può giocare in prima persona.

⇒ Ambito della CURA E RIABILITAZIONE

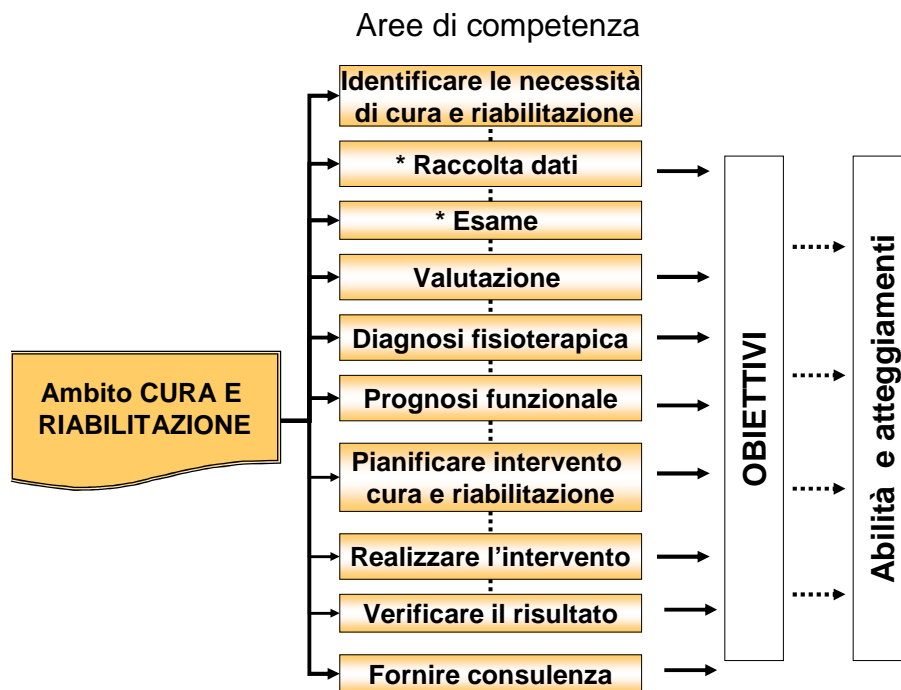
Questo ambito di competenza si riferisce all'applicazione del processo fisioterapico, ovvero una serie di tappe fra loro correlate che conducono il fisioterapista, utilizzando il ragionamento clinico, alla realizzazione degli interventi di cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici a varia eziologia congenita od acquisita. Le fasi del processo fisioterapico si susseguono in un percorso circolare e consistono in:

- Raccogliere, analizzare e criticamente interpretare dati rilevanti relativi ai bisogni del paziente. Comprende:
 - la raccolta dati (storia clinica relativa agli elementi di struttura/funzione, attività, partecipazione e fattori personali ed ambientali) utilizzando strumenti come anamnesi (semi-strutturata) e/o intervista al paziente e ad altre figure di riferimento, per identificare i bisogni della persona relativi alla sfera fisica, psicologica e sociale e, in relazione a questi, possibilità, problemi ed esigenze del paziente
 - la valutazione funzionale mediante l'osservazione, l'esame fisico e l'applicazione di strumenti e procedure di valutazione validati e riconosciuti dalla comunità scientifica
 - l'analisi dei dati /informazioni raccolte per determinare le abilità, capacità funzionali ed outcome potenziali sempre rispettando le scelte della persona e /o della famiglia/care-givers.
- Formulare diagnosi fisioterapica funzionale e ipotesi prognostiche tenendo conto non solo dell'entità del danno, ma anche degli indici di recupero. La diagnosi fisioterapica è riferita non alla patologia, diagnosi clinica, ma alle modifiche/alterazioni e alle capacità residue/potenzialità a carico delle strutture e funzioni corporee (es: ampiezza di movimento, forza, deambulazione...), dell'attività (attività della vita quotidiana) e della partecipazione, secondo la classificazione ICF. Queste due fasi richiedono inoltre la competenza di registrare, compilando appositi strumenti cartacei e/o informatici, e documentare la storia clinica del paziente in carico.
- Pianificare e implementare l'intervento di cura e riabilitazione finalizzato a specifici outcome funzionali. In questa area, basilare è l'approccio centrato sulla persona, in quanto è necessario selezionare ed individuare le priorità d'intervento, le precauzioni e controindicazioni, gli specifici obiettivi realizzabili a breve e lungo termine, i tempi e le modalità d'intervento (durata, intensità, frequenza), le persone da coinvolgere, famiglia/care-givers o altri professionisti. Inoltre si devono pianificare gli interventi del programma fisioterapico, definendo le modalità terapeutiche appropriate e basate su evidenze scientifiche al raggiungimento degli obiettivi e i possibili interventi di educazione, informazione addestramento a pazienti e/o familiari. Il piano di intervento fisioterapico deve essere attuato in manifesta collaborazione con il paziente e/o care-giver, individuando quindi le strategie di coinvolgimento e partecipazione attiva del paziente.
- Realizzare l'intervento in modo sicuro ed efficace, effettuando eventuali modifiche in itinere al piano di trattamento. Questa area di competenza richiede la capacità di fronteggiare anche situazioni critiche ed imprevedibili, che potenzialmente mettano a rischio il paziente e l'operatore.
- Valutare il risultato dell'applicazione del piano di trattamento, verificando l'efficacia complessiva sulla base degli esiti delle rivalutazioni e feedback derivanti dall'attuazione dell'intervento specifico. E' opportuna la rilevazione e registrazione con appositi strumenti validati degli esiti di intervento. Sono inclusi anche gli interventi mirati alla valutazione, adattamento ed eventuale confezionamento di ausili/ortesi, e all'adattamento ambientale in relazione ai bisogni della persona. Risulta determinante la verifica del loro grado di accettazione
- Fornire consulenza tecnica specifica al paziente, ad altri professionisti, ad altri soggetti (per esempio enti) per adattamenti ambientali, tecniche di movimentazione o altro. Questa area è stata inserita nel presente ambito di competenza, in quanto strettamente collegata allo specifico professionale e poichè prevede l'attuazione di un corretto ragionamento clinico, così come configurato dal processo fisioterapico.

NOTA BENE: nella presente stesura del core del tirocinio potrebbe apparire ingiustamente poco espansa l'area dell'esercizio terapeutico. Vorremmo sottolineare come in realtà per noi questa costituisca forse la parte più **specificata ed esclusiva per il fisioterapista**. Pertanto il "peso" da attribuire nell'esperienza di tirocinio e nella valutazione delle competenze sarà molto elevato.

Sottolineiamo che l'abilità di scegliere l'esercizio migliore per lo specifico paziente, su base multifattoriale (razionale teorico, evidenze, valori del paziente, expertise, ragionamento clinico) è, come metodo, contenuta nel processo.

In questa fase tuttavia riteniamo manchino le basi comuni per definire in modo più dettagliato (almeno nel tirocinio) l'area dell'esercizio terapeutico, mentre uno spazio più ampio è già dedicato nel core curriculum.



→ IDENTIFICAZIONE NECESSITÀ' DI CURA E RIABILITAZIONE

* **Identificare i bisogni della persona e della collettività in riferimento alla sfera fisica, psicologica e sociale , suscettibili di recupero funzionale**

- ✓ Identificare ed elencare i bisogni di gruppi di persone con condizioni/caratteristiche omogenei suscettibili di potenziale recupero funzionale
- ✓ Identificare ed elencare i bisogni della persona in riferimento alla sfera fisica, psicologica, familiare e sociale, suscettibili di potenziale recupero funzionale

→ RACCOLTA DATI ED ESAME DEL PAZIENTE

* **1. Raccogliere i dati relativi all'anamnesi fisiologica e patologica del paziente, a strutture, funzioni, attività, partecipazione e ai fattori personali ed ambientali.**

* **2. Effettuare l'esame (fisico) del paziente utilizzando strumenti validati, ove esistenti, e l'osservazione**

- ✓ Raccogliere i dati di interesse riabilitativo attraverso l'anamnesi fisiologica e patologica, nonché i fattori personali e ambientali che limitano la partecipazione utilizzando anche strumenti quali anamnesi-semi-strutturata, intervista a paziente e ad altre figure rilevanti
- ✓ Identificare i fattori contestuali (personali e ambientali)che possono influenzare lo stato di salute
- ✓ Determinare le aspettative dell'utente relativamente al progetto riabilitativo e intervento fisioterapico e al risultato atteso (outcome)
- ✓ Selezionare strumenti e misure validate, linee guida, secondo i principi della Pratica Basata sulle Prove di Efficacia (Evidence Based Practice), basandosi sul modello bio-psico-sociale
- ✓ Informare il paziente sulla natura e scopo della valutazione e come essa non sia correlata a significativi rischi (richiedendone il consenso se rilevante)
- ✓ Attuare la valutazione fisioterapica in sicurezza, dopo aver accertato l'assenza di controindicazioni e rischi
- ✓ Rispettare privacy e dignità del paziente durante la valutazione
- ✓ Riportare in apposite schede/cartella cartacea e/o elettronica del paziente i dati raccolti

→ VALUTAZIONE

* **Analizzare ed elaborare i dati raccolti per determinare le abilità, capacità funzionali ed outcome (risultati) potenziali , rispettando le scelte dell'utente e/o famiglia/care-givers**

- ✓ Identificare ed elencare le capacità funzionali del paziente e i suoi bisogni in relazione ai contesti rilevanti per il paziente (casa, scuola, contesto lavorativo, hobby e svago...), specificando le risorse, le criticità e le eventuali barriere ambientali e sociali
- ✓ Elaborare i dati precedentemente raccolti, mettendo in relazione punti di forza e debolezza e identificando in sequenza i problemi principali del paziente e priorità di valutazione e intervento
- ✓ Definire il livello/grado di menomazione, disabilità e limitazione alla partecipazione
- ✓ Esporre una possibile ipotesi alternativa nell'interpretazione dati

→ DIAGNOSI FISIOTERAPICA

* **Formulare la diagnosi fisioterapica basandosi sulla valutazione dei dati raccolti secondo il modello di classificazione ICF**

- ✓ Descrivere, sulla base della elaborazione dati, la diagnosi fisioterapica in scheda/cartella della persona
- ✓ Utilizzare come riferimento il modello ICF .

→ PROGNOSI FISIOTERAPICA

* **Formulare la prognosi fisioterapica basandosi sulla diagnosi fisioterapica**

- ✓ Determinare e descrivere i prevedibili esiti funzionali ottimali e i tempi previsti per raggiungerli
- ✓ Riconoscere i limiti che potrebbero influire sul raggiungimento dell'esito (outcome) previsto nel periodo di tempo determinato come: età, farmaci, stato socio-economico, co-morbilità, stato cognitivo, risorse sociali, stato di nutrizione, contesto ambientale

→ DEFINIZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

* **Facilitare il coinvolgimento del paziente per il processo di presa di decisione informato**

- ✓ Identificare i care-giver da coinvolgere nei piani di riabilitazione su indicazione dell'assistito-famiglia-altre figure di riferimento
- ✓ Favorire la partecipazione del paziente, incoraggiandolo a fare domande
- ✓ Dare tutte le informazioni necessarie in modo chiaro ed esauriente e verificare la reale comprensione

* **Definire i relativi obiettivi terapeutici e priorità d'intervento**

- ✓ Definire e redigere in forma scritta obiettivi realistici, che considerino tutte le variabili del paziente, attraverso cambiamenti attesi a breve, medio e lungo termine (sia grazie al recupero intrinseco che all'utilizzo di compensi o strategie alternative)
- ✓ Formulare obiettivi secondo i principi SMART (Specifici, Misurabili, Accettabili, Realistici, limitati nel Tempo)
- ✓ Individuare nella pianificazione del progetto riabilitativo i tempi di durata e la frequenza dell'intervento anche in relazione al rapporto costo-efficacia
- ✓ Selezionare e individuare priorità d'interventi essenziali che siano prive di rischi e corrispondano agli specifici obiettivi e outcome funzionali del piano di trattamento, identificare precauzioni e controindicazioni, assicurarsi che siano interventi centrati sul paziente, definire la specificità dell'intervento (tempo, intensità, durata e frequenza), selezionare realistiche priorità che considerino il tempo di trattamento in collaborazione con famiglia, caregivers e altri professionisti
- ✓ Sviluppare strategie d'intervento basate sui dati della valutazione, le migliori evidenze disponibili e le scelte/preferenze del paziente

* **Partecipare alla stesura del progetto riabilitativo**

- ✓ Formulare la propria proposta al team per la definizione degli obiettivi del progetto riabilitativo del paziente
- ✓ Definire il piano di trattamento fisioterapico e individuare le modalità terapeutiche adeguate al fine del raggiungimento degli obiettivi.
- ✓ Fornire tutte le indicazioni necessarie per il proseguimento della terapia, contattando chi eventualmente subentra
- ✓ Indicare i criteri per la dimissione

* **Pianificare il programma di trattamento fisioterapico**

- ✓ Individuare le modalità terapeutiche appropriate al raggiungimento degli obiettivi
- ✓ Definire facilitazioni e parametri dell'intervento (frequenza, durata, intensità...) e la sua struttura (variazione, progressione) in accordo con il paziente, quando possibile
- ✓ Programmare interventi di educazione, informazione e addestramento a paziente/familiari nel trattamento (riguardante situazione patologica corrente, progressi nel trattamento, piano di trattamento- fattori di rischio, interventi preferiti, esiti attesi-, gestione dei fattori di rischio per prevenire complicazioni e mantenere il programma di salute, cambiamenti di modalità di trattamento/setting)
- ✓ Indicare i criteri per la fine trattamento e definire le tappe delle verifiche intermedie

→ EFFETTUAZIONE DELL' INTERVENTO

* **Realizzare l' intervento riabilitativo (secondo gli obiettivi del progetto) ed il programma fisioterapico**

- ✓ Realizzare l' intervento riabilitativo (secondo gli obiettivi del progetto) ed il programma fisioterapico
- ✓ Garantire la sicurezza del paziente e l'applicazione di interventi privi di rischi per lui e per l'operatore, anche in relazione alla normativa vigente
- ✓ Applicare in modo appropriato la meccanica del proprio corpo, anche come indicato dalle leggi vigenti sulla sicurezza
- ✓ Posizionare e posturare adeguatamente il paziente quando si attua un intervento fisioterapico salvaguardandone il benessere
- ✓ Stabilire e mantenere un progressivo e continuo processo di collaborazione nella presa in carico con paziente e/o famiglia e/o caregivers
- ✓ Individuare situazioni critiche e attuare strategie per fronteggiarle

* **Effettuare eventuali modifiche in itinere (secondo i cambiamenti, risposte e stato del paziente)**

- ✓ Adattare in itinere il programma di trattamento in accordo con le condizioni e gli eventuali cambiamenti del paziente, dopo apposite verifiche intermedie
- ✓ Adattare la singola seduta terapeutica alla risposta del paziente
- ✓ Identificare le possibili cause del mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, condividendo il nuovo programma con la persona

* **Attuare interventi mirati alla valutazione, adattamento,e ,se appropriata, confezionamento e addestramento all'uso di ausili per la persona e per l'ambiente**

- ✓ Individuare e applicare eventuale ausilio/ortesi per facilitare capacità funzionale
- ✓ Valutare il miglioramento in termini di partecipazione e attività, in seguito all'utilizzo di: ausili adattati, ausili per l'assistenza al cammino, ortesi (rialzi, splint, tutori o altro), protesi per arto inferiore, ausili di protezione (cuscini, tutori, caschi, taping o altro), ausili di supporto (fasce elastiche,corsetti, collari,calze compressive....), ausili e adattamenti per l'ambiente
- ✓ Verificare il grado di accettazione degli ausili da parte del paziente
- ✓ Attuare programmi di addestramento agli ausili in contesti simulati o reali

→ VERIFICA DEL RISULTATO

- * **Verificare, in collaborazione con il resto del team, l'efficacia complessiva del progetto riabilitativo**
 - ✓ Valutare le risposte all'intervento riabilitativo (in riferimento agli obiettivi) , in collaborazione con altri professionisti, registrandone le modificazioni durante e alla fine del medesimo

- * **Verificare l'efficacia dell'intervento fisioterapico**
 - ✓ Valutare le risposte all'intervento fisioterapico registrandone le modificazioni durante e alla fine del medesimo
 - ✓ Verificare e misurare gli outcomes dell'intervento fisioterapico utilizzando metodologie e strumenti validati
 - ✓ Riportare i dati valutativi e i risultati degli interventi in scheda/cartella del paziente

→ CONSULENZA

- * **Fornire consulenza tecnica specifica**
 - ✓ Fornire consulenza tecnica specifica al paziente, ad altri professionisti, ad altri soggetti (per esempio enti) per adattamenti ambientali, tecniche di movimentazione o altro.

Esperienze di tirocinio indicate

Come premesso nell'introduzione, le esperienze verranno indicate secondo tre assi principali.

TIPOLOGIA DI PROBLEMA	FASCE D'ETA'	SETTING
Problematiche sia congenite che acquisite a varia eziologia e progressione; in particolare <ul style="list-style-type: none"> ○ sindromi disgenetiche malformative ○ paralisi cerebrali infantili 	Età evolutiva	Riabilitazione intensiva ed estensiva, in servizi ospedalieri e territoriali
<ul style="list-style-type: none"> • problematiche neurologiche (in particolare cerebrolesione/mielolesione) • problematiche ortopediche/reumatologico (in particolare anca-ginocchio-spalla-rachide) • problematiche viscerali, oncologiche • problematiche pre e post chirurgiche non ricomprese nelle altre categorie (es: chirurgia addominale) • problematiche cardio-respiratorie compreso il pre e post chirurgico 	Adulto	Riabilitazione intensiva ed estensiva in servizi Ospedalieri ed extra ospedalieri, in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno , residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, ambulatoriale, extramurale e domiciliare
<ul style="list-style-type: none"> ○ problematiche degenerative neurologiche (Demenze, Parkinson) ○ problematiche legate all' "Anziano Fragile " 	Anziano	Lungodegenze, case protette, RSA, assistenza domiciliare

In riferimento alla problematica degli **ausili**, tutte le volte che uno studente prende in carico un paziente (terzo anno di corso) potrebbe occuparsi anche degli aspetti relativi alla gestione degli ausili, laddove ne esista necessità; viceversa la struttura dovrà fornire allo studente opportunità di esercitazione nell'eventualità in cui nella realtà operativa lo studente non abbia potuto esperire competenze in questo campo .

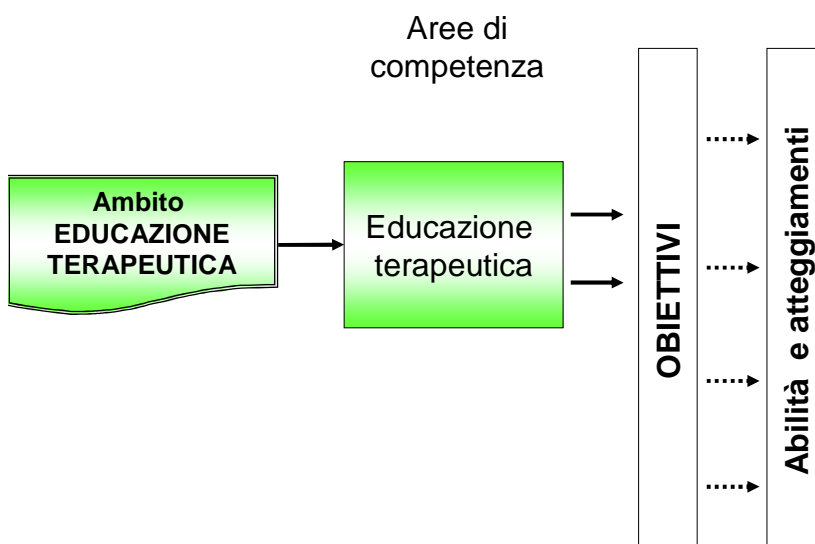
⇒ **Ambito della EDUCAZIONE TERAPEUTICA**

L'educazione terapeutica è un'attività sanitaria piuttosto recente che ha progressivamente e costantemente aumentato la propria ragione d'essere in rapporto all'aumento dei pazienti affetti da patologie croniche. La filosofia dell'educazione terapeutica si fonda sui seguenti concetti base: - il principio che ogni individuo è il principale responsabile della propria salute; - l'importanza della prevenzione delle complicanze nelle patologie croniche; - la riduzione della dipendenza del paziente dai sanitari. In questa ottica cambia sia il ruolo del "curante" che quello del "curato" verso una sorta di alleanza sempre più stretta per il perseguimento dell'obiettivo fondamentale che è la *promozione della salute* definita dall'OMS come "processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo della propria salute". In questa cornice l'educazione terapeutica è finalizzata a sviluppare consapevolezza, responsabilità ed abilità riferite al concetto di malattia ovvero al concetto di trattamento di una malattia.

"L'educazione terapeutica è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata (con la sua famiglia e nell'ambiente che lo circonda) ad acquisire e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia" (Ferraresi et al, 2004).

I professionisti che attuano l'educazione terapeutica sono tutti gli appartenenti alle professioni sanitarie anche se con diversi livelli di priorità e di intervento; l'educazione terapeutica è parte integrante della presa in carico e la relativa progettazione e gestione devono essere acquisite durante il processo formativo. Le competenze sviluppate durante il percorso di studi devono mettere in grado il professionista di far acquisire al paziente abilità nell'adattamento e nell'autogestione dei trattamenti proposti per la malattia; queste competenze non sono solo relazionali ma confluiscono in un vero e proprio approccio metodologico atto al fine che si pone (Ferraresi et al, 2004).

Questa competenza è importante per la prevenzione del rischio e la promozione della salute. Il fisioterapista è coinvolto principalmente nel proprio ruolo di educatore e coach.



→ EDUCAZIONE TERAPEUTICA

- * **Formulare il progetto di educazione terapeutica per la persona assistita / care-givers**
 - ✓ Identificare gli bisogni educativi necessari per la persona assistita e i care-givers
 - ✓ Formulare interventi educativi, eventualmente in accordo con gli altri professionisti, per la persona assistita e i care-givers

- * **Effettuare attività di educazione e mantenimento del benessere nel singolo/gruppo attraverso interventi specifici**
 - ✓ Istruire le persone assistite e i familiari ad apprendere abilità di autocura e recupero funzionale (anche nell'ambito di progetti educativi esistenti)

- * **Verificare l'appropriatezza del progetto di educazione terapeutica**
 - ✓ Verificare che la realizzazione del progetto corrisponda agli obiettivi prefissati

Esperienze di tirocinio indicate

In considerazione della trasversalità di applicazione di questa competenza all'interno della pratica professionale del Fisioterapista, **ogni setting, tipologia di paziente o problema e fascia d'età** deve essere occasione di apprendimento. Lo studente deve acquisire questa competenza raggiungendo gli obiettivi previsti ed applicando le diverse abilità in maniera progressiva durante tutto il percorso di tirocinio nei tre anni di corso e in relazione agli obiettivi di apprendimento di ciascuna singola esperienza.

Ciascuna sede provvederà, contestualmente alla propria organizzazione e struttura, a garantire esperienze di tirocinio in cui sia prevista attività educativa rivolta a singoli e a gruppo e in un contesto dove si attiva riunione di team riabilitativi

Durante tutte le esperienze del percorso di tirocinio e in diretto rapporto con gli obiettivi specifici, lo studente si occupa anche degli aspetti educativi degli ambiti di patologia con i quali viene in contatto nei diversi contesti.

Alcuni esempi pratici: lo studente partecipa in maniera attiva, a riunione di team del/i paziente che prende in carico al 3° anno in qualsiasi servizio di riabilitazione; formula, al fine di prevenire patologie muscolo - scheletriche, programmi di educazione posturale che prevedano informazioni al paziente e soluzioni ergonomiche per l'esecuzione delle attività della vita quotidiana; partecipa a un'attività di gruppo tipo back school.

⇒ **Ambito della PREVENZIONE**

Le attività di prevenzione sono rivolte al mantenimento e al miglioramento dei livelli di salute; se ne deduce che tali attività nel loro complesso si attuano prima dell'insorgenza della patologia. Solitamente e a scopo didattico si dividono diversi livelli di prevenzione facendo riferimento ad interventi che vengono realizzati in momenti diversi della storia clinica ed assumono per questo significato diverso.

“La *prevenzione primaria* consiste nell’attuazione di misure, a livello individuale o di popolazione, atte a diminuire l’incidenza nella popolazione di una qualsiasi patologia mediante l’eliminazione o la riduzione dell’esposizione ad agenti eziologici e a fattori di rischio o comunque a qualsiasi fattore avente un ruolo nel favorire l’esposizione stessa.”

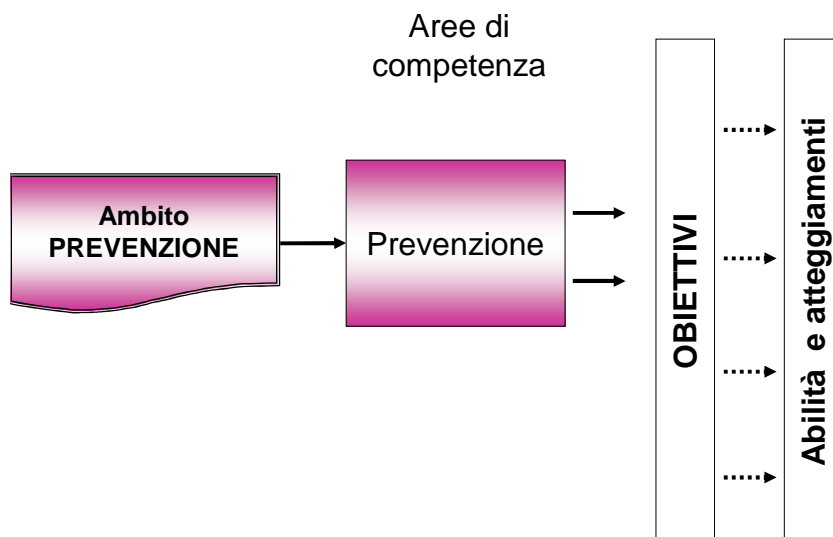
Si tratta ,quindi , di **Prevenzione primaria** quando si agisce sui determinanti di salute per evitare o diminuire l’esposizione o la probabilità di esposizione a fattori di malattia. Si attua a livello del singolo e della comunità e si configura come livello eziologico.

“La *prevenzione secondaria* consiste nell’adozione di interventi atti a impedire l’insorgere della malattia in soggetti già esposti ad agenti eziologici o a fattori di rischio.....Gli interventi di prevenzione secondaria si attuano quindi nel periodo di latenza, dopo l’esposizione ma comunque prima dell’insorgenza della malattia.”

Si attua, quindi, la **Prevenzione secondaria** per evitare o limitare la progressione di processi patogenetici prima dell’instaurarsi della malattia. Si applica a livello del singolo e si configura come livello patogenetico.

Viene solitamente anche definita la cosiddetta **Prevenzione terziaria** quando si agisce per evitare complicanze, recidive, disabilità , per far acquisire funzioni perse, per reinserire i soggetti nella società (famiglia, lavoro,..). Si attua a livello del singolo e si configura come livello clinico-riabilitativo-sociale (Comodo et al, 2002)

Il Fisioterapista guida alla prevenzione sia le persone in salute che quelle con problemi e disabilità, che gruppi specifici per condizione fisica e/o mentale ; promuove le azioni necessarie al mantenimento della salute con particolare interesse ai principi ergonomici, consigli sullo stile di vita, consiglia e motiva la persona ad essere responsabile e a cooperare attivamente per promuovere il proprio benessere fisico e sociale.



→ PREVENZIONE

- * **Individuare i bisogni di salute e di prevenzione della disabilità**
 - ✓ Individuare le situazioni potenzialmente dannose per la propria integrità fisica durante le attività di tirocinio (in particolare durante la gestione del paziente), come indicato dalla normativa vigente
 - ✓ Identificare le situazioni potenzialmente fonte di alterazioni di struttura e funzione e/o di attività e/o di partecipazione per il paziente

- * **Promuovere le azioni necessarie al mantenimento della salute e al superamento della disabilità**
 - ✓ Attuare le tecniche di base per posizionamenti, spostamenti e trasferimenti del paziente, modulando l'intervento in rapporto alle alterazioni di struttura e/o funzione e/o di attività e/o di partecipazione, prevedendo l'utilizzo degli ausili più idonei, nel rispetto dei principi dell'ergonomia e della sicurezza per il paziente e per l'operatore
 - ✓ Identificare i fattori di rischio di posizioni/posture e/o procedure lavorative o attività, anche partecipando ad attività di screening
 - ✓ Rilevare i principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e altri), individuare i segni e sintomi patologici (es: pallore, sudorazione) dei pazienti inseriti nella struttura sede di tirocinio
 - ✓ Individuare strategie per ridurre al minimo il danno potenziale e le sue conseguenze
 - ✓ Attuare strategie per ridurre al minimo il danno potenziale e le sue conseguenze
 - ✓ Applicare i principi di igiene e sicurezza atti a prevenire l'insorgenza di infezioni, durante le operazioni di assistenza al paziente : nella gestione dei trasferimenti, nei momenti della cura di sé, nel momento del pasto (anche in riferimento alla normativa vigente)

- * **Prevenire ulteriori aggravamenti della disabilità**
 - ✓ Applicare i principi di prevenzione di danni articolari, muscolari e posturali in patologie specifiche a rischio di complicanze
 - ✓ Applicare principi di prevenzione cadute in soggetti a rischio, incluse le strategie per gestire la propria sicurezza
 - ✓ Applicare i principi preventivi per mantenere e promuovere il benessere fisico
 - ✓ Informare ed educare singoli, gruppi e care - givers al fine di ottimizzare il benessere fisico e sociale
 - ✓ Redigere in forma scritta le informazioni relative alle attività di prevenzione da mettere in campo

Esperienze di tirocinio indicate

In considerazione della trasversalità di applicazione di questa competenza all'interno della pratica professionale del Fisioterapista, **ogni setting, tipologia di paziente o problema e fascia d'età** deve essere occasione di apprendimento. Lo studente deve acquisire questa competenza raggiungendo gli obiettivi previsti ed applicando le diverse abilità in maniera progressiva durante tutto il percorso di tirocinio nei tre anni di corso e in relazione agli obiettivi di apprendimento di ciascuna singola esperienza.

Durante tutte le esperienze del percorso di tirocinio e in diretto rapporto con gli obiettivi specifici, il programma potrebbe prevedere che lo studente si occupi anche degli aspetti di prevenzione (non solo primaria ma anche secondaria e terziaria) degli ambiti di patologia con i quali viene in contatto nei diversi contesti.

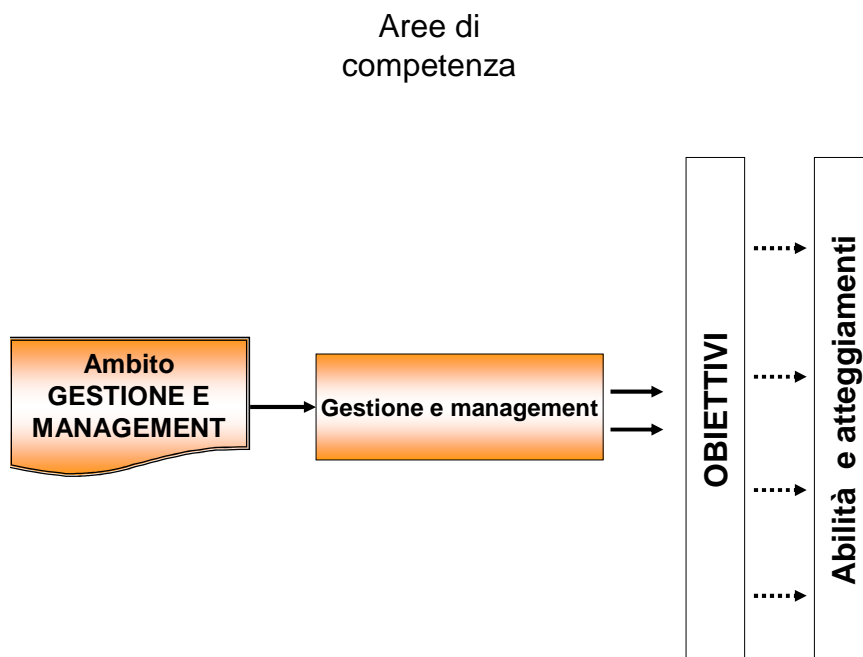
Alcuni esempi esemplificativi: strutturare un programma di prevenzione secondaria con particolare riferimento al paziente con cerebrolesione, mielolesione, grave politrauma, sindrome da allettamento, lombalgia, protesi d'anca, sub - lussazione spalla, quadri vasculo - nervosi; screening e prevenzione nei bambini e negli adolescenti per la scoliosi; identificazione dei fattori di rischio sui luoghi di lavoro ed individuazione degli accorgimenti opportuni.

⇒ **Ambito della GESTIONE/MANAGEMENT**

Una buona organizzazione di un servizio comprende la gestione delle risorse (umane e materiali), delle informazioni (dati dei pazienti, dati di carattere culturale) e anche della parte economica; qualunque sia il livello a cui si attua il lavoro di un fisioterapista, questi elementi sono imprescindibili e devono rispondere a precisi e specifici regolamenti legali e amministrativi. La competenza richiede conoscenze e abilità in deontologia, legislazione, abilità gestionali, competenze sociali, cooperazione interprofessionale e in rapporti in rete, pianificazione, organizzazione e articolazione di programma di trattamento .

I neolaureati oggi si confrontano nell'immediato nelle situazioni organizzative più disparate: dalla grande azienda ospedaliera allo studio di libera professione. La capacità di leggere il contesto organizzativo in cui ci si trova e di organizzare il proprio lavoro o il lavoro comune condiziona anche il modo in cui si può poi mettere in campo il proprio intervento professionale specifico.

Ne consegue che in questo ambito si inquadrano tutte le procedure e gli strumenti che mettono in grado il futuro professionista di organizzare il proprio lavoro nel senso complessivo del termine.



→ GESTIONE/MANAGEMENT

- * **Applicare il problem-solving per prendere decisioni**
 - ✓ Identificare e determinare la natura di un problema, usando le conoscenze acquisite
 - ✓ Riconoscere come il proprio sistema concettuale e valoriale influisce sul processo decisionale
 - ✓ Analizzare, scegliere e interpretare le informazioni acquisite per la risoluzione di un problema
 - ✓ Prendere una decisione in relazione al contesto e gestirne le eventuali conseguenze
 - ✓ Individuare, nella risoluzione dei problemi, la necessità di ricorrere ad eventuali collaborazioni

- * **Rispondere ai cambiamenti in maniera flessibile**
 - ✓ In presenza di cambiamenti o situazioni sfidanti, dimostrare di considerare diverse soluzioni possibili, prevedendo anche adattamenti a proprio carico

- * **Gestire il proprio lavoro nell'ambito del servizio in cui si opera**
 - ✓ Identificare gli elementi dell'organizzazione in cui si opera
 - ✓ Riconoscere e rispettare il ruolo e le competenze proprie e di tutti gli altri operatori dell'équipe, stabilendo relazioni collaborative
 - ✓ Interagire e collaborare attivamente con équipe interprofessionali, al fine di programmare e gestire il proprio lavoro
 - ✓ Utilizzare gli strumenti di integrazione - linee guida protocolli, procedure riabilitative ...- per uniformare le modalità operative
 - ✓ Evidenziare eventuali problemi legati allo svolgimento delle attività
 - ✓ Monitorare i risultati dell'attività espletata
 - ✓ Proporre soluzioni ai problemi organizzativi anche in collaborazione con altri profili

- * **Gestire la privacy in ambito sanitario**
 - ✓ Agire nel rispetto della privacy e, ove previsto, raccogliere i consensi informati
 - ✓ Orientare il proprio comportamento al rispetto della riservatezza dei dati e degli utenti

- * **Gestire il rischio clinico**
 - ✓ Identificare e segnalare tempestivamente gli eventi avversi
 - ✓ Agire sempre con livello di autoprotezione e sicurezza per sé e per gli altri
 - ✓ Utilizzare, anche in collaborazione con altri profili, misure preventive per minimizzare il rischio

- * **Operare in qualità**
 - ✓ Gestire tempi, spazi, risorse e piani di lavoro
 - ✓ Eseguire la raccolta e analizzare i dati, utilizzando i sistemi informativi e informatici
 - ✓ Implementare una costruttiva autocritica
 - ✓ Dimostrare iniziativa per risolvere situazioni
 - ✓ Riconoscere la necessità di adattare la pratica fisioterapia a varie e imprevedibili circostanze

Esperienze di tirocinio indicate

In considerazione della completa trasversalità di applicazione di questa competenza all'interno della pratica professionale del Fisioterapista, **ogni setting, tipologia di paziente o problema e fascia d'età** deve essere occasione di apprendimento. Può essere sviluppata nelle sedi formative o nelle sedi di tirocinio (in aula, con i colleghi e i coordinatori, eventuali Tutor o Professionisti) in relazione alle attività di studente fisioterapista.

Lo studente deve acquisire questa competenza raggiungendo gli obiettivi previsti ed applicando le diverse abilità in maniera progressiva durante tutto il percorso di tirocinio nei tre anni di corso e in relazione agli obiettivi di apprendimento di ciascuna singola esperienza.

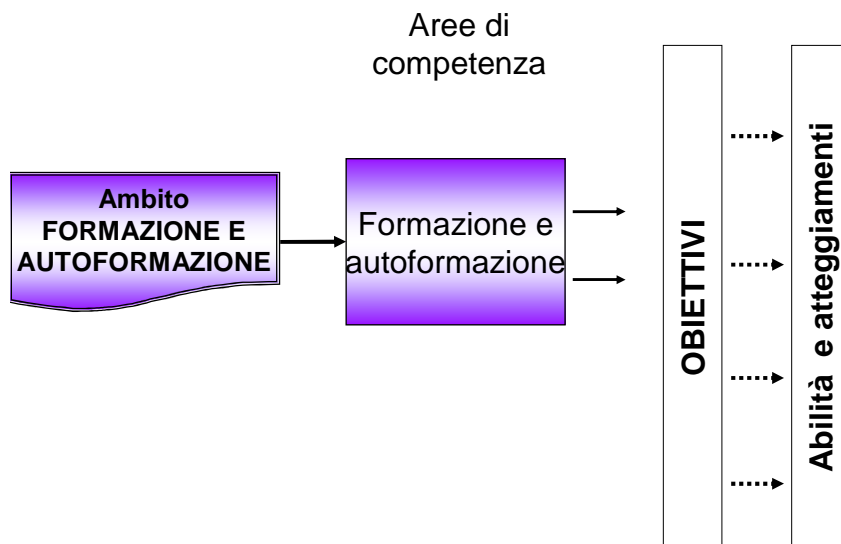
Lo studente dovrebbe sperimentare in tirocinio situazioni di gestione (presa in carico) in modo progressivamente autonomo e in collaborazione con colleghi (studenti, fisioterapisti) e altre figure professionali, comprese situazioni di gestione del rischio clinico e di organizzazione.

⇒ **Ambito della FORMAZIONE/AUTOFORMAZIONE**

Dal dizionario italiano Garzanti si identifica il termine **formazione** con la “*maturazione dell’individuo dovuta allo studio, all’esperienza, all’ambiente*”; la generalizzazione che ne consegue individua la formazione come quel processo complesso che porta alla costituzione del professionista. La complessità del processo è data sia dalla quantità di conoscenze che il professionista deve acquisire sia dalle competenze che deve sviluppare ma anche dal livello di responsabilità all’interno del quale si troverà ad espletare il proprio mandato specifico. Inoltre il Corso di Laurea è per se stesso abilitante alla professione e questo conferisce alla struttura formativa l’obbligo di essere sufficientemente completo ed esaustivo nel panorama didattico che costruisce per gli studenti.

L’importanza della formazione per il Fisioterapista viene sancita dalla norma giuridica in tutte la sua varie fasi di sviluppo (Dal Profilo Professionale: “svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari...” ; art.2 Legge 26 febbraio 1999, n. 42: “...è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post-base* nonché degli specifici codici deontologici.....”, e seguenti).

In letteratura si trovano molti elementi e definizioni che depongono per la complessità del processo sia dal punto di vista della sua programmazione ed erogazione specifica che della sua applicazione; a tale scopo si riportano alcuni elementi individuati da Guilbert che da una parte rafforzano questi concetti e dall’altra rendono più esplicita la sua realizzazione pratica: “funzione di formazione del personale” comprende interventi di valutazione delle conoscenze e competenze individuali, facendo riferimento a standard culturali, etici e professionali riconosciuti ed adeguati, al fine di segnalare esigenze formative e contribuire all’educazione del personale sanitario; “funzione di autoformazione” comprende l’autovalutazione del proprio livello di competenza professionale al fine di comprendere i propri bisogni formativi, progettare e realizzare iniziative di autoapprendimento.



→ FORMAZIONE/AUTOFORMAZIONE

- * **Formulare programmi di formazione**
 - ✓ Identificare ed elencare i propri bisogni individuali di apprendimento e formazione, relativi alla propria formazione di fisioterapista
 - ✓ Pianificare e scrivere gli obiettivi di apprendimento e autoapprendimento in collaborazione con coordinatori/tutor tenendo conto delle risorse e dei vincoli, all'interno del percorso formativo.
 - ✓ Assumere responsabilità della propria formazione, sia durante il periodo di studi che per la vita professionale
 - ✓ Verificare tramite autovalutazione il raggiungimento degli obiettivi

- * **Riflettere sulla propria pratica professionale con lo scopo di apprendere dall'esperienza(durante il tirocinio)**
 - ✓ Affrontare situazioni tipiche e specifiche, sulla base delle metodologie apprese e delle esperienze pregresse.
 - ✓ Richiedere confronto e feedback sul proprio operato a persone/guide di riferimento
 - ✓ Riflettere ed autovalutarsi nell'implementazione delle proprie conoscenze ed abilità

Esperienze di tirocinio indicate

Durante tutte le esperienze che compongono il percorso di tirocinio dovrebbero essere proposte attività guidate di rielaborazione di ciascuna esperienza, condotte da tutor/guide, per facilitare il processo di riflessione ed autovalutazione.

Lo studente potrebbe al terzo anno formulare il proprio progetto formativo del tirocinio e discuterlo con il Coordinatore Teorico Pratico e con la figura tutoriale di riferimento. Inoltre proporre alla guida di tirocinio gli obiettivi di apprendimento specifici, le attività per raggiungerli, effettuando quindi la propria autovalutazione.

⇒ **Ambito della PRATICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA (EVIDENCE BASED PRACTICE)/RICERCA**

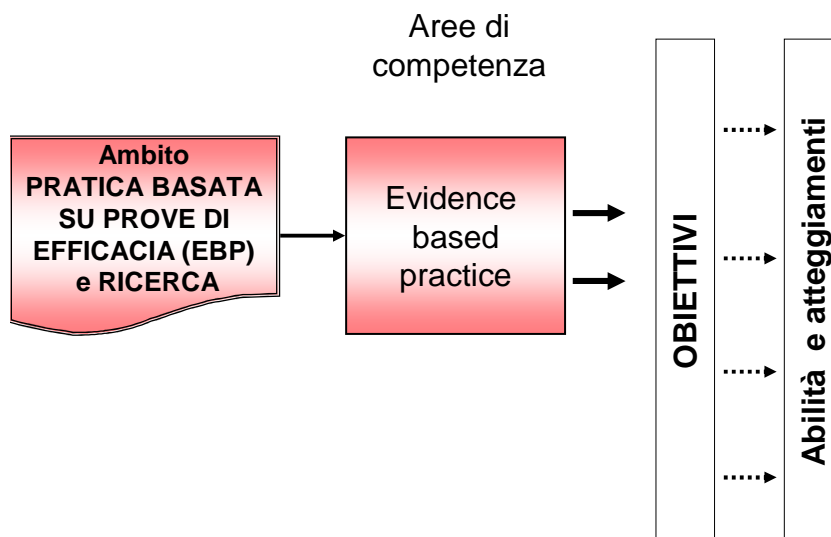
La comunità scientifica internazionale e il “governo” sanitario in Italia (vedi per es. il Piano Sanitario Nazionale), proponendo la Evidence Based Health Care e il Governo Clinico (Clinical Governance), affermano la necessità che i professionisti della salute basino la loro pratica anche sulle prove di efficacia, nell’ottica di fornire un servizio efficace, utile ed economicamente sostenibile. Inoltre tutti i documenti internazionali consultati riguardanti la pratica e la formazione del fisioterapista comprendono una sezione riguardante l’EBP, che viene definita “l’integrazione della miglior ricerca valida e rilevante disponibile, con l’esperienza clinica del professionista e con i valori e la condizione del paziente individuale”.

Tale ambito di competenza facilita la formazione di uno studente ed un professionista in grado di confrontarsi con la comunità professionale internazionale.

Per quanto riguarda il core del tirocinio, l’obiettivo formativo massimo, a nostro parere raggiungibile è quello di avere neolaureati in grado di utilizzare le evidenze scientifiche (evidence-user), mentre saranno da ridefinire nel core competence generale della formazione del fisioterapista e nel core curriculum se altre abilità, magari a livelli più bassi della “piramide della competenza di Miller” possono essere raggiungibili.

Questo ambito di competenza è, tra tutti, quello che richiede uno sviluppo a lungo termine: i corsi di laurea hanno bisogno di almeno un esperto dell’area che metta in campo attività e strategie per facilitare il progressivo inserimento di questo ambito di competenza, ponendosi come risorse non solo per gli studenti ma anche per quei servizi o professionisti che ancora non le posseggano (vedi per esempio attività quali l’Evidence Based Journal Club).

Gli obiettivi di apprendimento e le abilità elencate in questo ambito potranno perciò essere realizzati e valutati in momenti complementari e da figure diverse, coinvolgendo progressivamente i professionisti dei Servizi in modo da non creare un dualismo tra mondo accademico (la teoria) e mondo reale (il contesto dei tirocini).



→ PRATICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA (EVIDENCE BASED PRACTICE)

- * **Formulare una domanda, a partire da un problema clinico specifico del tirocinio, strutturata in modo tale da poter più facilmente rispondervi**
 - ✓ Analizzare il problema clinico, individuarne gli elementi essenziali utilizzando l'acronimo PICO (ovvero P= tipologia di paziente o problema; I= intervento o esposizione a un fattore; C= confronto o paragone, se appropriato, con altro intervento; O= outcome o risultato che si intende osservare)
 - ✓ Formulare di conseguenza una domanda logicamente strutturata che contenga gli elementi del PICO.

- * **Identificare, a seguito della tipologia di domanda, il disegno di studio più appropriato per rispondervi**
 - ✓ Identificare se si tratta di un domanda di efficacia di trattamento, di diagnosi, di prognosi, di eziologia (ambito della ricerca quantitativa) oppure se riguarda il vissuto (ambito della ricerca qualitativa). Su questa base, individuare il disegno di ricerca più appropriato (per esempio Studi Randomizzati Controllati per quesiti di efficacia di trattamento)

- * **Reperire le evidenze disponibili attraverso la consultazione di appropriate banche dati generali e specialistiche e i principali motori di ricerca**
 - ✓ Reperire le evidenze disponibili attraverso la consultazione di appropriate banche dati generali (almeno MEDLINE) e specialistiche (almeno PEDro, Cochrane) e i principali motori di ricerca (ove appropriato)

- * **Leggere e analizzare criticamente la letteratura scientifica corrente**
 - ✓ Leggere studi pubblicati in lingua inglese
 - ✓ Valutare la validità interna degli studi reperiti, utilizzando strumenti validati (es. scala di PEDro per gli studi di efficacia di trattamento). Valutare la validità esterna (o applicabilità al proprio paziente) degli studi reperiti, utilizzando strumenti validati prima di decidere se utilizzarne le conclusioni.

- * **Valutare l'opportunità di modificare la propria pratica clinica, considerando i valori/necessità del paziente e la propria esperienza**
 - ✓ Valutare l'opportunità di modificare la propria pratica clinica a seguito delle evidenze raccolte ma anche in relazione alla propria esperienza, ai valori/necessità espresse dal paziente e alle risorse disponibili (secondo i principi dell'EBPractice e EBHealthCare)
 - ✓ Raccogliere organicamente, anche con l'ausilio di strumenti informatici, i dati relativi alla propria pratica professionale in modo tale che possano essere utilizzati anche ai fini della ricerca o dell'audit
 - ✓ Individuare oltre che l'efficacia, anche il potenziale rapporto costo/beneficio dell'intervento

Esperienze di tirocinio indicate

Nelle sedi di tirocinio (ove esista la cultura dell'EBP), a partire da problemi reali del paziente o del servizio, effettuare ricerche di letteratura attinente (con la eventuale facilitazione di un esperto in EBP). Il risultato deve essere condiviso e discusso con i tutor o l'esperto. Progressivamente si può passare alla stesura di relazioni che, a partire da un problema del paziente, dimostrino il reperimento e la valutazione critica delle prove di efficacia e la loro integrazione con i valori e l'esperienza dello studente, al fine di una possibile decisione clinica.

Potrebbero essere proposte esperienze tipo evidence-based journal club durante il tirocinio.

Ciascuna sede individua tra tutte quale o quali esperienze specifiche di tirocinio vengono correlate all'obiettivo specifico della ricerca.

Eventuali attività tutoriali per la stesura delle tesi possono contribuire a rafforzare le abilità EBP.

⇒ **Ambito della COMUNICAZIONE E RELAZIONE**

La comunicazione costituisce la dimensione primaria della vita e dell'azione sociale dell'uomo e può essere considerata metaforicamente come il tessuto connettivo e nervoso della società.

Attraverso la comunicazione è possibile influenzare il pensiero, le emozioni e il comportamento umano e soprattutto è il veicolo attraverso cui si instaurano le relazioni.

Se da un lato la relazione ha un ruolo chiave per lo svolgimento, il significato e gli esiti della comunicazione, dall'altro le relazioni si originano e si sviluppano proprio dalle interazioni tra gli individui e sono in molti casi uno degli obiettivi di tali interazioni. Nel caso del professionista della salute la comunicazione risulta il veicolo attraverso cui instaurare il rapporto con il paziente da cui non può prescindere la sua presa in carico; inoltre la comunicazione riveste un ruolo fondamentale anche per quelli che sono i rapporti con gli altri professionisti ma anche con la famiglia/ care-givers.

La abilità di comunicazione e di relazione sono dunque considerate a pieno titolo attributi di competenza professionale del professionista sanitario. Possono esservi studenti con "talenti" di base superiori ad altri, tuttavia la formazione e le esperienze di tirocinio possono modificare positivamente anche coloro che appaiono "meno portati", fino a condurli al livello comunicazione e relazione che rende efficace il rapporto con pazienti, familiari e altri professionisti. Nell'acquisizione di questa competenza, particolarmente indicate potrebbero essere le attività di riflessione sul campo, di autovalutazione e valutazione tra pari.



→ COMUNICAZIONE/RELAZIONE CON PAZIENTI E CARE-GIVERS

- * **Stabilire e mantenere una efficace comunicazione con il paziente, altre figure di riferimento**
 - ✓ Dimostrare ascolto attivo
 - ✓ Modulare, a favore del paziente, il ritmo (parole - silenzio) ed i tempi della comunicazione
 - ✓ Gestire con coerenza i livelli - verbale e non verbale - della comunicazione con pazienti, care-givers, compagni di corso ed altre figure
 - ✓ Utilizzare una terminologia appropriata in relazione ai diversi interlocutori

- * **Comunicare in modo efficace con modalità scritta con pazienti, care-givers, altri soggetti interessati**
 - ✓ Usare appropriata grammatica e sintassi nella comunicazione scritta (es: programma domiciliare)
 - ✓ Produrre reporting comprensibili e chiari

- * **Instaurare e gestire una relazione d'aiuto con pazienti e care-givers**
 - ✓ Instaurare una relazione d'aiuto con pazienti e care-givers
 - ✓ Dimostrare sensibilità verso le necessità altrui
 - ✓ Facilitare situazioni in cui il paziente comunichi le proprie esigenze e disagi
 - ✓ Gestire incertezza, cambiamenti e stress e riconoscere la necessità di un supporto

→ COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE/COLLABORAZIONE²

- * **Comunicare efficacemente con altri professionisti sanitari e altri rilevanti professionisti per assicurare un efficace ed efficiente servizio all'utente**
 - ✓ Usare in modo appropriato e dove utilizzabile, la terminologia standard e le abbreviazioni (con terminologia precisa e appropriata e nei tempi opportuni)
 - ✓ Adattare la comunicazione in modo da riconoscere e rispettare le conoscenze ed esperienze dei colleghi e di altri

- * **Collaborare con i componenti del gruppo/team nella pianificazione, coordinamento e valutazione delle prestazioni del paziente**
 - ✓ Dimostrare rispetto per l'esperienza e per le differenti opinioni di altri professionisti
 - ✓ Gestire le dinamiche relazionali durante il proprio lavoro, gli interventi professionali rivolti a gruppo di pazienti e durante le attività tra pari e con i tutori/coordinatori

→ NEGOZIAZIONE/GESTIONE CONFLITTO

- * **Negoziare obiettivi e gestire conflitti**
 - ✓ Negoziare obiettivi con tutor, coordinatori, compagni di corso
 - ✓ Riconoscere situazioni potenziali di conflitto
 - ✓ Implementare strategie per prevenire e /o risolvere conflitti
 - ✓ Ricercare risorse per risolvere conflitti se necessario

² Nota dei curatori: sebbene non emerga direttamente dalla struttura elaborata, è implicito che la comunicazione efficace con altri professionisti (o persone diverse) necessita delle abilità di comunicazione verbale e non verbale declinate nell'area della comunicazione con pazienti e care-givers.

Esperienze di tirocinio indicate

In considerazione della trasversalità di applicazione di questa competenza all'interno della pratica professionale del Fisioterapista, **ogni setting, tipologia di paziente o problema e fascia d'età** deve essere occasione di apprendimento. Lo studente riuscirà a costruire questa competenza acquisendo gli obiettivi ed applicando le diverse abilità in maniera consequenziale e progressiva durante tutto il percorso di tirocinio nei tre anni di corso e in diretto rapporto con quelli che sono gli obiettivi di apprendimento di ciascuna singola esperienza.

Lo studente in tutte le sedi di tirocinio viene guidato ad utilizzare una corretta comunicazione e relazione con il paziente, la famiglia, gli operatori dell'equipe e altre persone presenti (compresi i compagni di corso).

GLOSSARIO

ABILITA'- SKILL

Capacità e idoneità a svolgere qualcosa in modo soddisfacente

AMBITO CORE

Indica gli ambiti generali in cui si collocano le varie competenze ritenute core per la formazione del fisioterapista, in base alle fonti di riferimento specifiche (es. profilo professionale). Nel nostro modello, sono generalmente suddivise in aree specifiche di competenza

AREA COMPETENZA CORE

Aree di competenza ritenute indispensabili; sono quelle che identificano quel professionista in tutti i suoi aspetti fondamentali, compresi quelli prettamente identificativi del fisioterapista (esempio cura e riabilitazione)

ATTEGGIAMENTO

indica la disposizione di ogni persona di produrre risposte, determinate dall'ambiente familiare o sociale, riguardo a situazioni, gruppi o oggetti; si riferisce in buona sostanza ai comportamenti della persona

ATTIVITA'

L'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo

CARE-GIVERS

Persone che assistono l'utente che non può gestirsi autonomamente, a causa della sua disabilità, o per effetto dell'età; queste persone sono individuate dal ruolo che svolgono anche senza legami di parentela

CONSULENZA

Attività del fisioterapista riguardante gli ambiti della prevenzione, cura e riabilitazione. Viene definita come prestazione di un professionista a cui si ricorre per consigli, chiarimenti, pareri su materie inerenti la sua professione (Devoto-Oli, 1995)

CORE

Il termine "core", di etimo ignoto, è usualmente adottato in ambito scientifico per indicare la parte più interna o, talora, la più importante, di una struttura (Enciclopedia Treccani online). È già stato utilizzato per la formazione del fisioterapista (AIFI, 2003) ed è ampiamente utilizzato a livello internazionale

CURRICULUM

L'insieme delle attività formative universitarie ed extrauniversitarie specificate nel regolamento didattico del corso di studio al fine del conseguimento del relativo titolo

DIAGNOSI FISIOTERAPICA/IDENTIFICAZIONE PROBLEMI

Capacità di individuare sulla base dei dati rilevati, problemi di menomazione e disabilità e restrizione alla partecipazione per definire un programma riabilitativo; termine ricorrente nella letteratura internazionale. Nel nostro contesto corrisponde a identificazione problemi e valutazione funzionale

ELABORAZIONE/RIFLESSIONE/ANALISI DATI (EVALUATION)

Fase del Processo che permette, sull'elaborazione dei dati rilevati, di trarre delle deduzioni e formulare ipotesi, delle spiegazioni esprimendo un giudizio clinico basato sui dati raccolti

FATTORI AMBIENTALI

Costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone conducono la loro esistenza

FATTORI PERSONALI

Sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo e rappresentano quelle caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della condizione di salute o degli stati di salute.

Comprendono il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta., istruzione, la professione e l'esperienza passata e attuale

FONTI DI RIFERIMENTO

Documento/i di riferimento con relativa bibliografia che supportino le opzioni e indicazioni fornite

FUNZIONI

Funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse quelle psicologiche)

INTERVENTO FISIOTERAPICO

Consiste nell'applicazione delle metodologie e degli strumenti progettati (programma fisioterapico), secondo le modalità e i tempi programmati

LIMITAZIONE DELL'ATTIVITA'

Difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire le attività

LIVELLO MINIMO DI COMPETENZA

Il livello di competenza assolutamente da raggiungere nel triennio di formazione. Deve essere raggiunto, come standard minimo, per ogni ambito di competenza come presupposto fondamentale all'abilitazione alla professione

MENOMAZIONE

Problema nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa

OUTCOME

Cosa avviene, o non avviene, a seguito di tutti i processi e servizi, centrati sul paziente, messi in atto; potrebbe essere desiderabile o non desiderabile. Alla definizione dell'esito può contribuire sia il fisioterapista (o altri professionisti) che il paziente

PARTECIPAZIONE

Il coinvolgimento in una situazione di vita

PAZIENTE /PERSONA ASSISTITA

Individuo che accede ai servizi sanitari per trattamento fisioterapico/riabilitativo di tipo preventivo, terapeutico o palliativo. Un termine alternativo è "cliente" o "utente", ma nel contesto sanitario italiano questi ultimi hanno diffusione rilevante in ambito privato. Si è ritenuto quindi uniformare l'utilizzo del termine "paziente", attribuendo però a tale termine la connotazione positiva di "persona che sta al centro del processo"

PROCESSO FISIOTERAPICO

una serie di tappe fra loro correlate che conducono il fisioterapista, utilizzando il ragionamento clinico, alla realizzazione degli interventi di cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici a varia eziologia congenita od acquisita. Le fasi del processo fisioterapico si susseguono in un percorso circolare

PROGETTO RIABILITATIVO

Insieme di proposizioni, elaborate dall'equipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile. Tiene conto in modo globale dei bisogni, preferenze del paziente e/o suoi familiari quando necessario, delle sue menomazioni, disabilità e soprattutto delle abilità residue e recuperabili; definisce quali siano gli esiti desiderati; definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti; costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'equipe riabilitativa

PROGNOSI FUNZIONALE

Previsione dell'evoluzione della capacità funzionale della persona assistita in base alla diagnosi fisioterapica effettuata in fase di valutazione

PROGRAMMA FISIOTERAPICO

E' la parte del programma riabilitativo di specifica ed unica competenza del fisioterapista

PROGRAMMA RIABILITATIVO

Collocato all'interno del Progetto Riabilitativo, definisce Aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi

RAGIONAMENTO CLINICO

Il processo di pensiero che permea e sottende la pratica clinica, e che prevede il richiamo e l'applicazione delle conoscenze teoriche, l'uso della riflessione e della valutazione critica

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Congruenza con gli impegni conseguenti al ruolo professionale, alla normative e ai valori che lo regolano, ed accettazione delle relative conseguenze dal punto di vista morale e giuridico

RESTRIZIONE ALLA PARTECIPAZIONE

I problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita

RICERCA/OSSERVAZIONE/RACCOLTA DATI /ESAME FISICO (EXAMINATION)

Consiste nel saper raccogliere e documentare dati, individuare e descrivere segni, indizi, tracce, indicazioni e potenzialità. Viene realizzato attraverso competenze e abilità a prevalente aspetto relazionale e specialistico. Pur rappresentando un passaggio iniziale ed essenziale, si realizza sia nel corso delle attività ad essa specificamente rivolte, come in modo ricorsivo, durante la realizzazione dell'intervento terapeutico

SETTING

La tipologia di organizzazione, nell'accezione più ampia del termine, in cui opera il fisioterapista nella quale si può collocare l'esperienza di tirocinio . Es: riabilitazione intensiva, estensiva, territoriale

STRUTTURE

Parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti

TIROCINIO

Attività per facilitare l'acquisizione di competenze specifiche. Si intendono le esperienze dirette nelle organizzazioni e con la persona , i laboratori tutoriali, i lavori in gruppo, stesura di relazioni, definizione di programma riabilitativo e altre attività esperienziali

SVILUPPI FUTURI

Questo lavoro rientra in un progetto di più ampio respiro che si propone le seguenti finalità:

- ✓ Delineare gli elementi essenziali per la formazione di base del fisioterapista in Italia e promuoverne la condivisione, la consapevolezza e lo sviluppo continuo tra formatori, professionisti e studenti.
- ✓ Avviare il processo di definizione degli standard di pratica professionale del fisioterapista in Italia.
- ✓ Facilitare la definizione dello statuto epistemologico della fisioterapia

Nell'ambito di questo progetto è prevista la realizzazione di attività informative e formative, quali workshop e corsi.

In particolare, verrà effettuata una revisione periodica (la prima entro dicembre 2009) secondo modalità predeterminate in modo tale da continuare lo sviluppo di questo documento e facilitarne la condivisione e diffusione.

Inoltre è prevista una fase di implementazione e l'individuazione di modalità e strumenti (per esempio di didattica tutoriale e di valutazione) che facilitino l'applicazione del core nell'ambito della formazione universitaria.

Bibliografia

- AAVV, "Essential Competency Profile For Physiotherapist In Canada",
<http://www.physiotherapy.ca/PublicUploads/224032EssentialCompetency%5B1%5D.pdf>
- AIFI "Linee guida per la formazione del fisioterapista", Masson, 2003
- APTA (American Physical Therapy Association) "Minimum Required Skills of Physical Therapist Graduates at Entry Level", BOD P11-05-20-49
- Bergamini M., Bozzolan M., Calanca M.C. "Formazione universitaria del Fisioterapista e ingresso nel mondo del lavoro. Indagine fra i Diplomi e i Laureati dell'Università di Ferrara", Tesi di Laurea, AA 2003-2004.
- Bertozzi L, Bielli S, Costi S, Pillastrini P "Il core curriculum del fisioterapista" Scienza Riabilitativa gennaio 2005 vol7, N1
- Boud DJ "Apprendere dall'esperienza". In: Cox KR, Ewan CE "Insegnare la medicina". Milano.Raffaello Cortina Editore. 1989: pp78-84
- Cardano M. " Tecniche di ricerca qualitativa" Carocci, Roma 2003
- Comodo N, Maciocco G "Igiene e sanità pubblica", Carocci Faber, Roma 2002
- Epstein R, Hundert E, "Defining and Assessing Professional Competence", JAMA, January 9, 2002—Vol 287, No. 2 : 226-235
- Guilbert JJ., "Guida pedagogica per il personale sanitario", OMS quarta edizione, Edizioni Dal Sud, Bari, 2002
- Jette D., Bertoni A., Coots R., Johnson H., McLaughlin C., Weisbach C.," Clinical Instructor's Perceptions of Behaviors That Comprise Entry-Level Clinical Performance in Physical Therapist Students: A Qualitative Study.", Phys Ther 2007; 87(7): 833-843
- OMS- Organizzazione Mondiale della Sanità "ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute". Erickson ed. 2002
- Saiani L "Il tirocinio nelle professioni socio-sanitarie ed educative" in Castellucci A, Saiani L, Sarchielli G, Marletta L (a cura di). "Viaggi guidati". Milano Franco-Angeli Ed. 1997
- Sasso L, Lotti A, Gamberoni L "Il tutor nelle professioni sanitarie" Carocci Faber Ed.2003
- Schon DA "Il professionista riflessivo" Dedalo, Bari 1992
- Spencer & Spencer "Competenza nel lavoro" Franco Angeli, 2003
- Strohschein J, Hagler P, May L. "Assessing the need for change in clinical education practices" [Phys Ther.](#) 2002 Feb;82(2):160-72.
- Veen A, Vyt A "The competence chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education" Grant Publisher 2007
- Vendrely A " Student assessment methods in physical therapy education: an overview and literature review " . J Phys Ther Ed 2002;16 (2):64-69
- Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R " Assessment of clinical competence " . Lancet 2001; 357:945-49
- WCPT, "Standards of Physical Therapy Practice", <http://www.wcpt.org/policies/position/standards.php>

Nota: vedere anche gli altri riferimenti presenti in tab.1 a pag.17.