

Il progetto formativo “DIS-CARE”

The “DIS-CARE” training project

Desirè Siviglia

Occupational Therapist, Sapienza University of Rome, Rome (Italy)

Andrea Avellino

Adjunct Professor, Sapienza University of Rome, Rome (Italy)

OPEN ACCESS

Double blind peer review

Citation: Siviglia, D., & Avellino, A. (2026). Il progetto formativo “DIS-CARE”. *Italian Journal of Educational Research*, 36, 260-272.
<https://doi.org/10.7346/sird-012026-p260>

Copyright: © 2026 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. IJEDuR is the official journal of Italian Society of Educational Research (www.sird.it).

Received: January 26, 2025

Accepted: June 12, 2026

Published: June 30, 2026

Pensa MultiMedia / ISSN 2038-9744

DOI: 10.7346/sird-012026-p260

Abstract

This study analyzes the perception, knowledge and approach to disability among health professions students and professionals, with the twofold purpose of investigating empirical data through tailored questionnaires and, consequently, designing an innovative pedagogical model. The “DIS-CARE” training project bridges the gap between theory and practice, promoting health education based on inclusion and the biopsychosocial model. Two online questionnaires were administered to a convenience sample of 250 participants (100 professionals and 150 students). Based on the quantitative and qualitative outcomes, an integrated training program was developed, divided into three modules: theoretical training, practical experience and supervised reflection. The project promotes communicative, relational and reflective skills through active and interprofessional methodologies, fostering a cultural change towards truly inclusive and person-centered healthcare.

Keywords: disability, healthcare education, ICF, interprofessional education.

Riassunto

Il presente studio analizza la percezione, le conoscenze e l'approccio alla disabilità tra studenti e professionisti delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di individuare bisogni formativi e proporre un modello didattico innovativo e inclusivo. Il progetto formativo “DIS-CARE” nasce dall'esigenza di colmare il divario tra teoria e pratica, promuovendo un'educazione sanitaria fondata sull'inclusione e sul modello biopsicosociale.

Sono stati somministrati due questionari *online* a un campione di convenienza complessivo di 250 partecipanti (100 professionisti e 150 studenti delle professioni sanitarie). Sulla base dei risultati è stato elaborato il programma formativo integrato “DIS-CARE”, articolato in tre moduli: formazione teorica, esperienza pratica e riflessione supervisionata.

Il progetto “DIS-CARE” favorirebbe lo sviluppo di competenze comunicative, relazionali e riflessive attraverso metodologie attive e interprofessionali. Lo studio propone un approccio formativo innovativo che integra conoscenza teorica, esperienza pratica e riflessione critica, promuovendo un cambiamento culturale verso una sanità realmente inclusiva e centrata sulla persona.

Parole chiave: disabilità, formazione sanitaria, ICF, educazione interprofessionale.

1. Introduzione

La disabilità interessa milioni di persone nel mondo, con profonde implicazioni sia a livello individuale sia collettivo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), oltre un miliardo di persone convive con una forma di disabilità, rappresentando circa il 15% della popolazione globale (WHO, 2011). L'evoluzione della percezione della disabilità ha determinato cambiamenti significativi nelle politiche sanitarie e nelle strategie di assistenza, trasformando il ruolo degli operatori sanitari e il modo in cui vengono erogati i servizi di cura e riabilitazione (National Disability Authority, 2025; Shakespeare, 2017).

La disabilità è un concetto multidimensionale e in continua evoluzione (Shakespeare, 2017; WHO, 2020). La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'OMS costituisce uno strumento adottato a livello internazionale per descrivere e classificare la disabilità, basato sul principio che le menomazioni e le barriere ambientali possono influenzare il funzionamento della persona, limitandone le attività quotidiane e la partecipazione sociale (National Disability Authority, 2025; WHO, 2020). Le persone con disabilità possono avere difficoltà fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali, che, combinate a barriere sociali, culturali o ambientali, ne limitano la piena partecipazione alla società (Banks et al., 2017; Shakespeare, 2017).

In Italia, la formazione dei professionisti sanitari include percorsi universitari, master, corsi di aggiornamento e attività formative offerte da associazioni specializzate, con contenuti che spaziano dalla comunicazione aumentativa alla gestione delle patologie neurologiche, dall'accessibilità ambientale all'inclusione sociale. L'integrazione di nuove tecnologie assistive, l'adozione di approcci innovativi alla comunicazione e alla gestione della salute mentale e il coinvolgimento attivo delle persone con disabilità nei percorsi formativi rappresentano elementi strategici per garantire una formazione coerente con le esigenze reali delle persone assistite.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità sottolinea l'importanza di riconoscerle come soggetti attivi, titolari del diritto di partecipare alle decisioni che incidono sulla loro vita attraverso il consenso libero e informato. Ciò richiede un cambiamento culturale profondo, superando una visione assistenzialistica e promuovendo il riconoscimento delle persone con disabilità come cittadini a pieno titolo, portatori di diritti e responsabilità (ONU, 2025).

Negli ultimi decenni, i modelli di intervento nelle professioni sanitarie si sono evoluti da un approccio esclusivamente medico e riabilitativo, focalizzato sulla correzione della disabilità, a modelli integrati e centrati sulla persona. Questo cambiamento paradigmatico riflette una comprensione più ampia della disabilità come fenomeno complesso e multidimensionale.

2. Approcci multidisciplinari e interdisciplinari

La complessità dei bisogni delle persone con disabilità richiede interventi che coinvolgano più figure professionali. L'approccio multidisciplinare combina competenze di medici, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, logopedisti, infermieri e assistenti sociali, ciascuno con ruoli specifici ma coordinati (Bronstein, 2003). Tuttavia, senza un reale coordinamento, la multidisciplinarietà rischia di ridursi a una somma di interventi paralleli. L'approccio interdisciplinare, invece, promuove la progettazione condivisa degli obiettivi terapeutici e un coordinamento efficace, centrato sulla persona, migliorando la continuità assistenziale e gli esiti di salute, soprattutto nei casi di disabilità complesse (Hall, 2005; Reeves et al., 2017). In Italia, l'esigenza di *équipe* multidisciplinari si è consolidata nelle strutture riabilitative e territoriali, dove medici specialisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi e assistenti sociali lavorano insieme in modo integrato, elaborando interventi personalizzati basati sulla condizione clinica, sulle menomazioni, sulle limitazioni funzionali e sulle barriere ambientali (Negrini & Ferriero, 2020).

3. Il ruolo dell'équipe sanitaria e della formazione

L'équipe sanitaria costituisce il fulcro della realizzazione pratica dei modelli di cura centrati sulla persona, coinvolgendo non solo gli aspetti clinici, ma anche la famiglia e la rete sociale, riconoscendo l'importanza

del contesto di vita della persona con disabilità (Ndoro, 2014). La formazione rappresenta un elemento cruciale nello sviluppo delle competenze tecnico-professionali, nella maturazione della sensibilità etica e nell'acquisizione di abilità comunicative efficaci, tutte dimensioni essenziali per garantire un'assistenza competente, empatica e rispettosa della persona nella sua globalità.

Le università italiane e internazionali hanno progressivamente integrato nei curricula dei corsi di laurea contenuti specifici sulla disabilità, sui diritti umani e sull'inclusione sociale. I programmi affrontano sia le forme cliniche e riabilitative della disabilità sia aspetti etici, comunicativi e sociali, con l'obiettivo di formare professionisti consapevoli della complessità della disabilità e capaci di rispondere ai bisogni globali della persona (Fiorucci, 2019).

Al fine di indagare l'efficacia della formazione e la prontezza operativa, il presente contributo persegue un obiettivo integrato: analizzare i dati empirici raccolti attraverso due questionari specifici per poi delineare e strutturare la proposta metodologica del training project "DIS-CARE". Questo approccio permette di chiarire la relazione diretta tra l'analisi dei bisogni sul campo e la successiva progettazione dell'intervento formativo.

4. Metodi

Ai fini della presente ricerca, sono stati ideati e sviluppati appositamente due questionari distinti, strutturati *ex novo* per esplorare in modo mirato le conoscenze, le percezioni e gli atteggiamenti nei confronti dei concetti di disabilità e di *handicap* all'interno delle professioni sanitarie.

Il primo questionario "L'evoluzione del concetto di disabilità ed *handicap* nelle professioni sanitarie" era rivolto a professionisti già attivi nel settore sanitario (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali e altre figure affini), mentre il secondo "Conoscenza, percezione e approccio alla disabilità tra gli studenti delle professioni sanitarie" era destinato a studenti universitari dei corsi di laurea triennale nelle professioni sanitarie. Entrambi i questionari erano articolati in due sezioni principali, per un totale di 15 item ciascuno (14 a risposta chiusa su scala a scelta multipla e 1 a risposta aperta, quest'ultima finalizzata a raccogliere riflessioni qualitative e suggerimenti propositivi da parte dei partecipanti).

La prima parte raccoglieva dati anagrafici e formativi: età, genere, qualifica professionale o corso di laurea, anni di esperienza (per i professionisti) o anno di corso (per gli studenti), nonché eventuale formazione pregressa sulla gestione della disabilità.

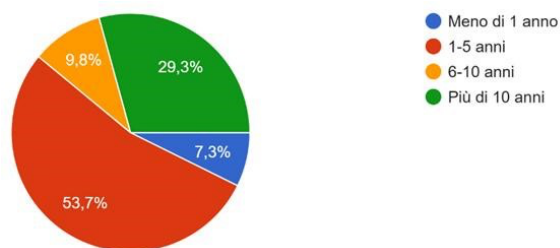
La seconda sezione, invece, era focalizzata sulla dimensione conoscitiva e percettiva, includendo domande sia a risposta chiusa che aperta, finalizzate a esplorare la familiarità con il modello ICF, la distinzione concettuale tra disabilità e *handicap*, l'importanza attribuita all'approccio biopsicosociale, la partecipazione ad esperienze inclusive (es. tirocini, progetti, interventi clinici), e la percezione di adeguatezza della formazione ricevuta in merito alla gestione delle persone con disabilità. Entrambi i questionari affrontavano inoltre il tema delle barriere, sia materiali (architettoniche) che immateriali (pregiudizi, scarsa formazione, difficoltà di comunicazione), che ostacolano l'accesso delle persone con disabilità al sistema sanitario. La raccolta dei dati è avvenuta in forma anonima mediante la distribuzione *online* di link diretti a moduli Google (Google Moduli), condivisi tramite canali digitali professionali e accademici nel periodo compreso tra marzo e giugno 2025. È stato reclutato un campione di convenienza (non probabilistico) composto da 250 rispondenti totali: 100 professionisti sanitari e 150 studenti universitari. Sebbene la natura non probabilistica del campionamento richieda cautela nella generalizzazione dei risultati, l'eterogeneità dei partecipanti ha offerto una panoramica ricca ed esplorativa, utile a confrontare la prospettiva accademica con quella clinicoprofessionale.

5. Risultati primo questionario

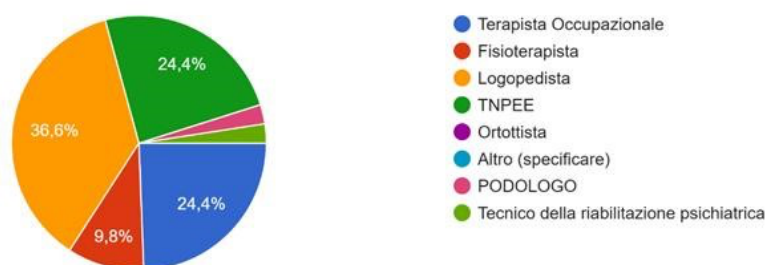
L'analisi dei dati emersi dal questionario intitolato "L'evoluzione del concetto di disabilità ed *handicap* nelle professioni sanitarie" offre una prospettiva sul livello di consapevolezza, formazione e percezione che i professionisti sanitari hanno nei confronti del tema della disabilità.

I destinatari della ricerca sono prevalentemente operatori sanitari, con un'età compresa tra i 25 e i 35

anni e in maggioranza di genere femminile, include soprattutto logopedisti, terapisti occupazionali e terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, con un'esperienza professionale compresa tra uno e dieci anni (Grafico 1 e Grafico 2).

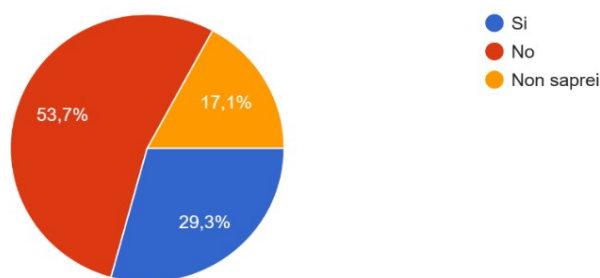


Graf. 1: Anni di esperienza degli intervistati



Graf. 2: Tipologia professionale intervistati

Dall'analisi emerge che quasi tutti i partecipanti hanno ricevuto una formazione specifica sui temi della disabilità e dell'*handicap*. Tuttavia, la percezione generale è che nei percorsi accademici e professionali venga dedicato uno spazio insufficiente all'approfondimento di tali argomenti (Grafico 3). Questa discrepanza tra formazione dichiarata e formazione realmente percepita rappresenta un dato rilevante, che evidenzia la necessità di potenziare l'offerta formativa e di integrare in modo più strutturato la riflessione teorico-pratica sul tema della disabilità all'interno dei curricula sanitari.



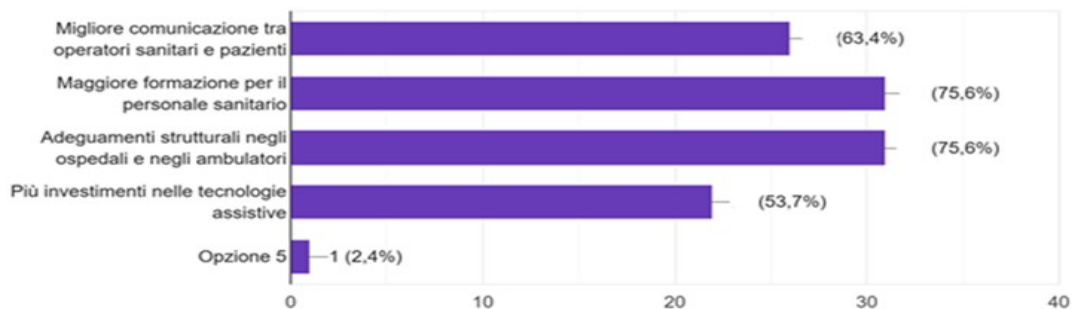
Graf. 3: Formazione specifica sui temi ricevuta

Un ulteriore elemento di interesse riguarda la conoscenza della classificazione ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La maggioranza dei rispondenti afferma di conoscerla, mentre una parte dichiara di averne solo sentito parlare. L'ICF, che rappresenta il modello di riferimento internazionale per la valutazione e la descrizione della salute e della disabilità, si configura come un punto di svolta nella visione multidimensionale della persona. Il dato suggerisce l'importanza di una maggiore diffusione e applicazione pratica di tale classificazione nei contesti formativi e professionali, poiché essa permette di superare un approccio solamente clinico e di promuovere una visione integrata che tenga conto dei fattori ambientali e sociali.

La quasi totalità dei partecipanti condivide infatti l'idea che il concetto di disabilità si sia profondamente

evoluto negli ultimi decenni, spostandosi da una prospettiva strettamente medica a un approccio biopsicosociale, centrato sulla persona e sul contesto di vita. Tale cambiamento culturale e concettuale viene percepito come fondamentale per garantire un'assistenza realmente inclusiva, personalizzata e rispettosa delle differenze individuali. Riguardo alla distinzione tra disabilità e *handicap*, la maggior parte dei professionisti ha dimostrato di saper operare una corretta differenziazione: la disabilità è intesa come una condizione funzionale della persona, mentre *l'handicap* è riconosciuto come il risultato delle barriere sociali, culturali e ambientali che ne limitano la piena partecipazione. Nonostante ciò, alcune risposte mostrano che persiste ancora una certa confusione terminologica, segno che la chiarezza concettuale non è ancora del tutto consolidata.

Sul versante dell'inclusione lavorativa e dell'accesso ai servizi sanitari, circa la metà degli intervistati dichiara di aver partecipato ad azioni o progetti dedicati. Le principali barriere individuate sono riconducibili alle difficoltà strutturali e organizzative, come la presenza di barriere architettoniche, la scarsa formazione del personale e i pregiudizi ancora diffusi. In misura minore vengono citate anche le difficoltà economiche, che possono incidere sull'accesso continuativo alle cure. Quando invitati a valutare il proprio livello di preparazione nella gestione di pazienti con disabilità, la maggioranza dei partecipanti si è attribuita un livello "medio", segnalando quindi la consapevolezza di possedere competenze di base ma anche la necessità di ulteriori approfondimenti e aggiornamenti formativi. Le risposte aperte, infine, hanno offerto spunti preziosi per individuare possibili strategie di miglioramento (Grafico 4). Tra le proposte più ricorrenti si evidenziano la necessità di rafforzare la formazione specifica e la pratica clinica attraverso tirocini mirati, di abbattere le barriere architettoniche e di migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti. Sono stati inoltre sottolineati l'importanza della semplificazione burocratica, del potenziamento dei fondi per caregiver e assistenza domiciliare, dell'integrazione tra sistema sanitario, sociale e previdenziale e dell'utilizzo di tecnologie assistive.



Graf 4: Strategie di miglioramento

Nel complesso, l'indagine evidenzia un quadro di crescente consapevolezza ma anche di bisogni formativi ancora aperti. I professionisti sanitari riconoscono l'importanza di un approccio centrato sulla persona e multidisciplinare, ma avvertono la mancanza di strumenti e conoscenze adeguate ad applicare tale visione in pratica quotidiana.

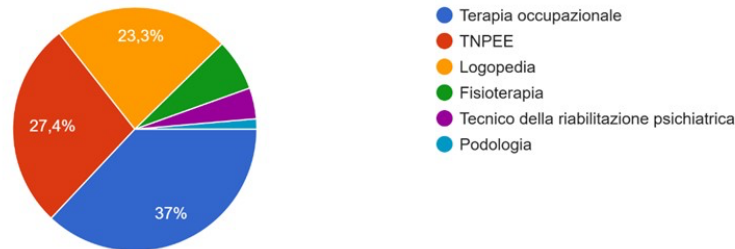
6. Risultati secondo questionario

Al fine di indagare il livello di consapevolezza, il grado di formazione e la percezione del concetto di disabilità tra gli studenti dei corsi di laurea nelle professioni sanitarie, è stato somministrato un questionario *online* dal titolo "*Conoscenza, percezione e approccio alla disabilità tra gli studenti delle professioni sanitarie*".

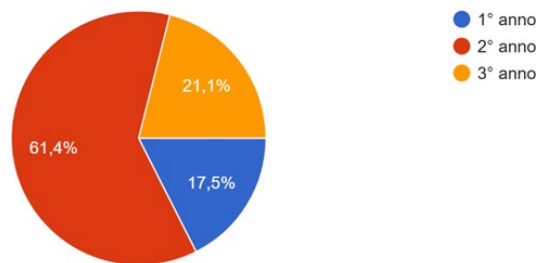
L'indagine ha coinvolto un campione di convenienza eterogeneo di studenti provenienti da diversi corsi di laurea dell'area sanitaria, con l'obiettivo di analizzare come i futuri professionisti della salute comprendano e interpretino la disabilità, non solo come condizione clinica, ma anche come fenomeno sociale, culturale e relazionale.

Dall'analisi dei dati emerge che la fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 20 e i 30 anni. Si osserva, inoltre, che i rispondenti sono in netta prevalenza del genere femminile.

I percorsi accademici più rappresentati sono quelli in Terapia Occupazionale, Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) e Logopedia. La maggior parte dei partecipanti risulta iscritta al secondo anno di corso, fase in cui inizia ad emergere una maggiore integrazione tra teoria e pratica attraverso le prime esperienze di tirocinio (Grafico 5 e Grafico 6).

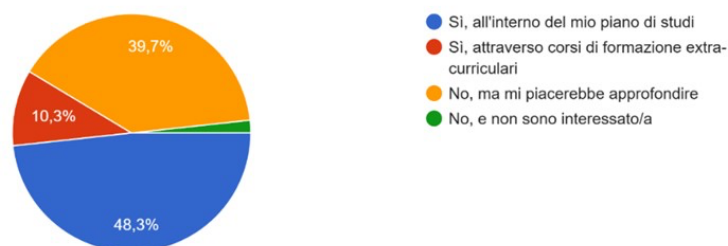


Graf. 5: Tipologia professionale intervistati



Graf. 6: Anno di corso degli intervistati

Un dato particolarmente rilevante riguarda la formazione specifica sulla disabilità e sull'inclusione: il 48% degli studenti dichiara di aver affrontato tali tematiche durante il percorso universitario, mentre un ulteriore 40% manifesta interesse a svilupparle in futuro. Ciò testimonia una sensibilità crescente nei confronti del tema, ma anche una copertura formativa ancora disomogenea, che non garantisce a tutti gli studenti le stesse opportunità di approfondimento e riflessione (Grafico 7).



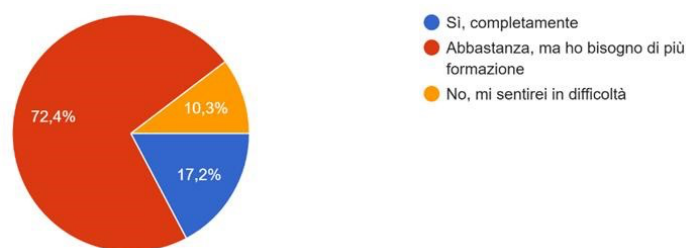
Graf. 7: Formazione specifica

Coerentemente, la conoscenza teorica della classificazione ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si rivela parziale: soltanto il 29% dei partecipanti dichiara di conoscerla bene, mentre oltre la metà (52%) ne ha una conoscenza superficiale. Analogamente, solo il 34% afferma di comprendere pienamente il modello biopsicosociale della disabilità, mentre il restante 66% non ne conosce i dettagli o non ne è a conoscenza. Questi risultati mettono in luce la necessità di potenziare la diffusione di strumenti concettuali e metodologici che permettano di promuovere un approccio multidimensionale alla persona.

Un elemento interessante è rappresentato dal fatto che l'86% degli studenti percepisce un'evoluzione dell'approccio alla disabilità, riconoscendo che oggi essa è considerata in un'ottica più inclusiva e attenta

ai fattori ambientali e sociali. Tale dato suggerisce che le nuove generazioni di professionisti sanitari si stanno progressivamente orientando verso una visione più moderna e rispettosa della complessità della persona.

L'analisi delle risposte relative al tema dell'inclusione conferma questa tendenza positiva: la maggior parte degli studenti afferma che tali argomenti vengono trattati con una certa rilevanza durante il percorso di studi. Tuttavia, il dato che emerge con maggiore forza riguarda il livello di preparazione pratica nella gestione di pazienti con disabilità, solo il 17% degli studenti si dichiara pienamente preparato, mentre il 72% ritiene di possedere competenze parziali, ma da consolidare attraverso esperienze concrete e percorsi formativi aggiuntivi (Grafico 8). Questa discrepanza tra conoscenze teoriche e capacità operative indica la necessità di rafforzare l'integrazione tra formazione accademica e pratica professionale, ponendo maggiore attenzione alla dimensione esperienziale.



Graf. 8: Grado di preparazione sulle tematiche

In tal senso, molti studenti hanno espresso il desiderio di poter affrontare casi clinici reali, simulazioni e tirocini in contesti inclusivi, che consentano di sperimentare direttamente la complessità della presa in carico della persona con disabilità. Nelle risposte aperte al questionario, gli studenti hanno proposto numerosi suggerimenti: anticipare il tirocinio già dal primo anno, introdurre casi pratici durante le lezioni teoriche, coinvolgere persone con disabilità in attività formative e seminari, e rafforzare la formazione sulla componente psicologica e relazionale dell'intervento riabilitativo.

Altri partecipanti hanno sottolineato l'importanza di laboratori interattivi, corsi pratici sull'approccio alla disabilità, attività di sensibilizzazione interdisciplinare estese anche ad altre facoltà universitarie, nonché percorsi di alta formazione post-laurea su temi emergenti, quali la sessualità nelle persone con disabilità, l'inserimento lavorativo, la comunicazione aumentativa e alternativa e l'utilizzo di tecnologie assistive digitali.

Infine, quasi la totalità dei partecipanti riconosce la necessità di una formazione continua rivolta sia agli studenti che ai professionisti sanitari, volta a promuovere un cambiamento culturale profondo, in cui l'inclusione non sia solo un adattamento fisico degli ambienti, ma una vera e propria trasformazione relazionale e sistemica dei contesti di cura.

In conclusione, i risultati del questionario mostrano una buona sensibilità e motivazione da parte degli studenti nei confronti del tema della disabilità, ma evidenziano anche lacune formative e operative che devono essere affrontate attraverso interventi mirati. Ne emerge un bisogno chiaro di percorsi formativi che uniscano conoscenze teoriche, esperienze dirette e riflessione critica, al fine di costruire professionisti realmente capaci di operare in un'ottica inclusiva e centrata sulla persona.

7. Analisi statistica

I dati raccolti tramite i due questionari online sono stati sottoposti a procedure di analisi differenziate in base alla loro natura. I quesiti a risposta chiusa sono stati elaborati mediante foglio di calcolo Excel che ha permesso di tracciare una panoramica quantitativa e confrontabile sul livello di conoscenza della classificazione ICF, sull'adesione al modello biopsicosociale e sull'auto percezione della preparazione pratica ed etico-relazionale dei rispondenti.

Di contro, le risposte aperte – volte a raccogliere suggerimenti, criticità e proposte strategiche per il

miglioramento della didattica inclusiva – sono state esaminate attraverso l’analisi del contenuto di tipo tematico (Attride-Stirling, 2001). Il processo di codifica ha previsto una prima fase di lettura immersiva dei testi per l’identificazione dei nuclei informativi rilevanti, seguita da una categorizzazione in macro-temi e sotto-temi ricorrenti. Questo approccio qualitativo ha permesso di far emergere in modo induttivo i bisogni formativi espressi sia dai partecipanti alla ricerca sia dai professionisti (quali la richiesta di tirocini precoci, laboratori con simulatori e approfondimenti psicologici), traducendo la narrazione dei rispondenti in linee guida operative e stringenti per la successiva progettazione del programma “DIS-CARE”.

8. Proposta di progetto formativo per una didattica inclusiva nelle professioni sanitarie

Alla luce dei bisogni formativi, delle lacune conoscitive e delle istanze operative emerse dall’analisi dei questionari somministrati a studenti e professionisti, l’architettura pedagogica e strutturale del modello ‘DISCARE’ (Disabilità, Inclusione e Cura nella Relazione Educativa) non si configura affatto come una proposta teorica astratta, bensì risponde in modo stringente e biunivoco alle evidenze empiriche raccolte sul campo. In risposta a tale quadro di esigenze, il progetto viene concepito come un percorso formativo strutturato, integrato e fortemente interdisciplinare, espressamente volto a rafforzare ed evolvere le conoscenze, le competenze pratiche e gli atteggiamenti culturali degli studenti in un’ottica autenticamente inclusiva e centrata sulla persona. Proprio al fine di superare la frammentarietà e la rigidità dei percorsi accademici tradizionali diffusamente evidenziata dai rispondenti, l’articolazione interna del programma non segue una logica sequenziale standard; al contrario, ciascun modulo didattico è stato meticolosamente calibrato per tradurre il dato descrittivo e quantitativo emerso in una scelta metodologica mirata e situata (Tabella 1).

Modulo	Titolo	Durata	Metodologia	Obiettivi specifici
1	Fondamenti dell’inclusione in sanità	10 ore	Lezioni frontali, casi studio, video commentati	Fornire basi teoriche su ICF, modelli di disabilità, normativa e inclusione
2	Disabilità in pratica: simulazione e tirocinio	20 ore	Simulazioni, role playing, visite in contesti inclusivi	Applicare strategie inclusive in situazioni simulate e reali
3	Riflessione professionale e restituzione	10 ore	Circle time, scrittura riflessiva, supervisione	Favorire l’integrazione tra teoria, esperienza e consapevolezza personale

Tab. 1: Struttura percorso formativo

Le finalità del percorso sono:

- Promuovere una formazione trasversale, teorico-pratica e riflessiva, consentendo agli studenti di:
 - Acquisire conoscenze aggiornate sul tema della disabilità in ottica biopsicosociale.
 - Sviluppare competenze relazionali e comunicative inclusive.
 - Maturare consapevolezza critica ed etica nei confronti del proprio ruolo professionale. Obiettivi formative del percorso sono declinati in conoscenze, competenze e attitudini.
- Conoscenze:
 - Comprendere i principi della classificazione ICF e del modello biopsicosociale.
 - Conoscere la normativa internazionale e nazionale sui diritti delle persone con disabilità.
 - Identificare barriere architettoniche, comunicative e culturali all’inclusione nei contesti sanitari e socio-assistenziali.
- Competenze:
 - Adattare comunicazione e approccio clinico in base al tipo di disabilità.
 - Collaborare in *équipe* multiprofessionali per garantire percorsi assistenziali inclusivi.
 - Applicare strumenti valutativi coerenti con il funzionamento e la partecipazione della persona.

- Attitudini:
 - Sviluppare atteggiamento critico, empatico e rispettoso delle differenze individuali e sociali.
 - Interiorizzare il valore dell'inclusione come parte integrante della qualità delle cure.
 - Mettere in discussione stereotipi e pregiudizi verso la disabilità.
- Infine, sono individuate come Metodologie didattiche:
 - Didattica attiva: simulazioni, role-playing, analisi partecipata di video di casi reali (Avellino, 2023).
 - Laboratori esperienziali: attività con facilitatori con disabilità, *training* di comunicazione accessibile.
 - Apprendimento riflessivo: diari di bordo, discussione collettiva, tutoraggio individuale
 - Apprendimento situato: osservazione in setting clinici inclusivi e tirocinio breve supervisionato

Per quanto attiene, invece, il contenuto dei singoli moduli, essi saranno così declinati:

Modulo 1

La necessità di implementare questo primo modulo è dettata da precise evidenze empiriche emerse dall'indagine: solo il 29% degli studenti dichiara infatti di conoscere l'ICF e appena il 34% padroneggia il modello biopsicosociale, a cui si aggiunge la persistente confusione terminologica tra 'disabilità' e *handicap* rilevata tra i professionisti. A livello di contenuto e metodologia, il modulo mira a colmare questo profondo *gap* epistemologico attraverso lezioni frontali, l'analisi partecipata di casi studio e l'utilizzo di video commentati. L'obiettivo fondamentale dell'intervento è scardinare e sradicare i residui del modello puramente biomedico ed assistenziale, storicamente radicato, a favore di un solido inquadramento teorico basato sulla classificazione ICF. In quest'ottica, comprendere la disabilità non più come una menomazione intrinseca, bensì come il risultato dell'interazione dinamica tra le condizioni di salute della persona e le barriere ambientali o culturali del contesto, viene inteso come il prerequisito cognitivo essenziale e imprescindibile prima di consentire ai partecipanti l'accesso a qualsiasi successiva esperienza sul campo."

Modulo 2

La progettazione e la strutturazione del secondo modulo, intitolato 'Esperienza sul campo e simulazioni', rispondono in modo diretto e biunivoco alle evidenze dei dati empirici emersi dall'indagine. Infatti, a fronte dell'86% dei partecipanti alla ricerca che avverte e coglie una progressiva evoluzione culturale verso l'inclusione, si riscontra specularmente una drammatica carenza sul piano della preparazione pratica. I dati quantitativi evidenziano come appena il 17% dei futuri professionisti si ritenga del tutto pronto a gestire un paziente con disabilità nella quotidianità clinica, mentre il 72% dei rispondenti giudichi le proprie competenze operative come parziali o fragili. Tale percezione di forte insicurezza trova un riscontro simmetrico anche tra i professionisti già avviati nel mondo del lavoro, i quali si attribuiscono in larga maggioranza un livello di preparazione meramente 'medio', denunciando limitazioni strutturali e la stringente necessità di tirocini e aggiornamenti specifici. Proprio per rispondere alla pressante richiesta di 'esposizione a casi reali' emersa in modo chiaro dalle risposte qualitative e dalle riflessioni aperte dei rispondenti, questo modulo costituisce il nucleo più cospicuo ed esteso dell'intero progetto formativo, con un monte orario pari a 20 ore. Sul piano del contenuto e della metodologia didattica, l'intervento si sviluppa attraverso metodologie attive e partecipative quali il role-playing, le simulazioni avanzate condotte con il coinvolgimento diretto di attori e facilitatori con disabilità, e brevi tirocini situati all'interno di contesti clinici e riabilitativi d'eccellenza. Grazie a questa articolazione, gli studenti hanno l'opportunità di sperimentare in prima persona la complessità della presa in carico globale.

L'adozione di un simile approccio basato sull'apprendimento situato permette così di convertire le nozioni teoriche e astratte in competenze relazionali e abilità clinico-adattative concrete, incrementando in modo significativo la self-efficacy e l'autoefficacia professionale dei futuri operatori sanitari.

Dai questionari emerge che le barriere più critiche per l'inclusione non sono esclusivamente architettoniche, ma risiedono nella persistenza di pregiudizi diffusi, stereotipi socioculturali e carenze comunicative tra *l'équipe* sanitaria e l'assistito. Inoltre, sia studenti che professionisti lamentano la difficoltà di tradurre i principi del lavoro multidisciplinare in reali pratiche di progettazione condivisa.

Modulo 3

La strutturazione di questa terza sezione trova la sua precisa giustificazione empirica nelle risposte fornite dai partecipanti alla ricerca. I rispondenti indicano infatti che le barriere più critiche all'inclusione non sono esclusivamente di natura architettonica o strutturale, ma risiedono soprattutto nei pregiudizi latenti, negli stereotipi socioculturali e nelle carenze comunicative che gravano sull'équipe sanitaria, lamentando inoltre la difficoltà diffusa di tradurre i principi del lavoro multidisciplinare in reali pratiche di progettazione condivisa. Per rispondere a queste criticità, sul piano del contenuto e della metodologia, il modulo adotta in modo integrato i paradigmi dell'apprendimento riflessivo e della pedagogia speciale, avvalendosi di dispositivi relazionali complessi quali il circle time e la scrittura guidata di diari di bordo, costantemente supervisionati da psicologi ed educatori. Questa sezione non mira a impartire ulteriori nozioni tecniche o teoriche, bensì a favorire un autentico "apprendimento trasformativo". Sotto la guida dei facilitatori, gli studenti sono condotti a elaborare criticamente il profondo impatto emotivo ed etico derivante dall'esperienza pratica vissuta all'interno del modulo 2. Tale processo riflessivo consente loro di mettere apertamente in discussione i propri bias inconsci e di interiorizzare i valori cardine dell'inclusione e dell'autodeterminazione del paziente; l'obiettivo ultimo è far comprendere come queste dimensioni non rappresentano un mero adempimento formale o burocratico, ma costituiscono una componente intrinseca, strutturale e imprescindibile per garantire la qualità complessiva delle cure e la solidità dell'alleanza terapeutica.

La valutazione del progetto formativo "DIS-CARE" si configura come un processo continuo, multidimensionale e integrato, volto a monitorare l'evoluzione cognitiva, emotiva e comportamentale dello studente. Al fine di verificare l'efficacia del modello, il piano di valutazione prevede tre fasi successive, mirate a rilevare i cambiamenti in termini di autoefficacia clinica e di superamento dei bias latenti.

La fase iniziale prevede la somministrazione di un questionario d'ingresso standardizzato, composto da quesiti a risposta multipla incentrati sui costrutti teorici dell'ICF, sulla normativa vigente e arricchito da scale di atteggiamento verso la disabilità. L'obiettivo è rilevare le preconoscenze e gli orientamenti spontanei degli studenti prima dell'avvio delle attività didattiche, così da stabilire una baseline quantitativa rispetto alla quale parametrare la crescita e l'evoluzione dell'apprendimento al termine dell'itinerario formativo.

La fase intermedia si avvale di un "Diario di Bordo" a compilazione guidata e di colloqui di monitoraggio – individuali o in piccoli gruppi – facilitati da tutor specializzati (psicologi, educatori e professionisti sanitari). Questa fase mira a seguire in tempo reale il processo di elaborazione emotiva e critica scaturito dalle simulazioni e dalle esperienze sul campo del Modulo 2. Il focus è posto sulla capacità di auto-riflessione dello studente, chiamato ad analizzare le proprie reazioni emotive, le difficoltà comunicative incontrate e la progressiva ristrutturazione dei propri schemi relazionali di fronte alla persona con disabilità.

Tra gli strumenti della fase finale, c'è l'integrazione tra un test oggettivo a scelta multipla (volto a verificare il consolidamento delle conoscenze teoriche del Modulo 1 e un colloquio riflessivo strutturato sul modello delle competenze. Tra gli obiettivi c'è la valutazione della maturità critica, relazionale ed etica raggiunta dal partecipante. Durante il colloquio finale, lo studente è chiamato a discutere un caso clinico simulato o reale, argomentando le proprie scelte assistenziali e dimostrando di saper integrare la competenza tecnica con un approccio centrato sull'autodeterminazione e sui diritti dell'assistito.

9. Indicatori di impatto formativo e metodi di verifica

Al fine di rendere oggettivabile, replicabile e scientificamente verificabile l'efficacia del modello "DIS-CARE", il sistema di valutazione adotta specifici indicatori di impatto. Coerentemente con la natura interprofessionale e trasformativa del progetto, gli indicatori non si limitano a misurare l'acquisizione di nozioni, ma mappano la progressione del partecipante attraverso tre macro-aree descritte nella tabella seguente:

Macro-Area dell'Impatto	Indicatore Specifico	Strumento di Misurazione e Verifica	Target di Successo Atteso
Impatto Cognitivo (Sapere)	1. Incremento delle conoscenze teoriche: Guadagno standardizzato nel punteggio relativo ai costrutti dell'ICF, del modello biopsicosociale e della normativa.	Confronto statistico (T-test per campioni appaiati) tra i risultati del questionario d'ingresso (baseline) e del test oggettivo finale.	Incremento medio del punteggio corretto pari o superiore al 30% rispetto alla baseline iniziale.
Macro-Area dell'Impatto	Indicatore Specifico	Strumento di Misurazione e Verifica	Target di Successo Atteso
Impatto Operativo (Saper Fare)	2. Incremento della Self-Efficacy clinica: Innalzamento della percezione soggettiva di prontezza, sicurezza e competenza pratica nella gestione assistenziale.	Analisi differenziale quantitativa delle scale Likert ex-ante ed ex-post dedicate all'autopercezione operativa.	Riduzione della percentuale di studenti che si dichiarano "parzialmente o non preparati" dall'attuale 72% a una quota inferiore al 15%.
Impatto Relazionale ed Etico (Saper Essere)	3. Decostruzione dei bias latenti e adozione del linguaggio inclusivo: Consapevolezza etica, superamento degli stereotipi e corretta differenziazione terminologica (disabilità/handicap).	Analisi del contenuto di tipo tematico applicata ai Diari di Bordo e griglia valutativa multidimensionale durante il colloquio finale.	Evidenza qualitativa di "apprendimento trasformativo" nell'80% dei Portfolio, caratterizzata dal passaggio da posture assistenziali a logiche di empowerment.

Tab. 2: Indicatori impatto formativo

L'integrazione di questi indicatori garantisce una valutazione olistica del percorso, permettendo di verificare se il modello sia effettivamente in grado di generare non solo un avanzamento tecnico-clinico, ma quel cambiamento culturale verso una sanità inclusiva auspicato dall'intero disegno di ricerca.

10. Discussione

L'integrazione di un percorso formativo come DIS-CARE nei curricula delle professioni sanitarie risponde a un bisogno chiaramente espresso dagli studenti: essere formati non solo come operatori tecnici, ma come professionisti consapevoli, empatici e capaci di operare in contesti complessi, nei quali l'inclusione rappresenta un principio etico imprescindibile. La letteratura scientifica evidenzia come approcci multidisciplinari e interprofessionali favoriscano una presa in carico globale, personalizzata e condivisa, valorizzando la centralità della persona (Oandasan & Reeves, 2005; Reeves et al., 2017).

Un elemento distintivo del progetto è l'adozione della pedagogia speciale come pilastro educativo. Tale approccio consente di riconoscere la persona con disabilità come soggetto attivo, capace di autodeterminarsi e di partecipare attivamente al proprio percorso di cura, promuovendo strategie di empowerment e inclusione

(Canevaro, 2006; D'Alessio, 2011). In questo modo, il programma supera la visione della disabilità come condizione clinica, ponendo il paziente al centro delle decisioni relative alla propria salute.

Parallelamente, DIS-CARE contribuisce a favorire un cambiamento culturale e istituzionale più ampio, mirato a contrastare stereotipi e discriminazioni ancora presenti nella società e a ridurre le barriere architettoniche, comunicative e sociali. Questo approccio sottolinea che l'inclusione non può essere affidata esclusivamente alle competenze individuali dei professionisti, ma richiede un impegno sistemico e multidimensionale (Barnes & Mercer, 2010; Hahn, 1985).

In sintesi, il progetto affronta il divario tra teoria e pratica nella formazione universitaria, integrando competenze cliniche, etiche, comunicative e pedagogiche. L'adozione di metodologie interdisciplinari e interprofessionali, unita a un approccio educativo basato sulla pedagogia speciale e sul riconoscimento attivo della persona con disabilità, promuove lo sviluppo di professionisti capaci di operare con competenza tecnica, consapevolezza etica e sensibilità culturale. In tal modo, il percorso formativo non solo rafforza le

competenze professionali, ma contribuisce a costruire una cultura sanitaria realmente inclusiva, fondata sul rispetto dei diritti, sull'equità e sulla centralità della persona.

11. Conclusioni

La realizzazione del progetto DIS-CARE mira a formare professionisti sanitari competenti, consapevoli ed eticamente responsabili, capaci di operare in contesti complessi e inclusivi. Il percorso formativo proposto costituisce un contributo concreto per costruire una sanità inclusiva, valorizzando la diversità e promuovendo la centralità della persona nella cura e nella relazione educativa.

I dati dell'indagine descrivono un panorama in cui, a fronte di una spiccata sensibilità da parte di studenti e professionisti, persistono una marcata fragilità nell'autopercezione delle competenze pratiche e una conoscenza parziale di strumenti tassonomici come l'ICF. In questo scenario, "DIS-CARE" propone un cambiamento di paradigma pedagogico, considerando la disabilità non più come una sola sfida clinica, ma come una questione di giustizia sociale, equità e diritti civili.

L'integrazione della pedagogia speciale nei curricula sanitari diventa così lo strumento d'elezione per promuovere l'autodeterminazione e l'empowerment del paziente.

La struttura di "DIS-CARE" (Teoria, Pratica Situata, Riflessione) garantisce un'elevata flessibilità e una totale trasferibilità a contesti differenziati. Il modello può essere facilmente esportato oltre i corsi di laurea della riabilitazione in cui è nato (Logopedia, Terapia Occupazionale, TNPEE), estendendosi ad altri percorsi dell'area medica e assistenziale (Medicina, Infermieristica, Servizio Sociale) e ai piani di formazione continua (ECM) di ASL e IRCCS. Per l'adattamento è sufficiente rimodulare i casi studio e le simulazioni sulla base delle competenze *core* della figura professionale di riferimento. In conclusione, il progetto "DIS-CARE" dimostra che per costruire una sanità realmente inclusiva e centrata sulla persona non basta formare eccellenti tecnici della salute, ma occorre educare professionisti riflessivi dotati di profonda consapevolezza etica, sensibilità culturale e responsabilità civile.

Bibliografia

- Avellino, A. (2023). Ripensare la didattica delle professioni sanitarie. *Mizar. Costellazione di pensieri*, 18, pp. 114-127.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), pp. 385-405.
- Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(12).
- Barnes, C., & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*. Cambridge (UK): Polity press.
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), pp. 297-306.
- Canevaro, A. (2006). *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*. Milano: Mondadori Bruno.
- ONU (2025). *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità: Lavoro e occupazione*.
- D'Alessio, S. (2011). *Inclusive Education in Italy. A critical analysis of the policy of integrazione scolastica*. Rotterdam (NE): Sense publishers.
- Fiorucci, A. (2019). Inclusion, disability and teacher formation. A study on the identification of attitudes and associated factors in a group of future teachers. The OFAID scale. *ITALIAN JOURNAL OF SPECIAL EDUCATION FOR INCLUSION*, 7(2), pp. 271-293.
- Hahn, H. (1985). *Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines, and Policies*. <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (sup1), pp. 188-196.
- National Disability Authority (2025). *Literature review of non-clinical competencies and skill mix required by interdisciplinary teams who support children with disabilities*. Dublin: NDA.
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: The key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), pp. 724-727.
- Negrini, G., & Ferriero, S. (2020). *European journal of physical and rehabilitation medicine il libro bianco della medicina fisica e riabilitativa in Europa*. Roma: Minerva Medica.

- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), pp. 39-48.
- World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Geneve (CH): WHO press.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8).
- Shakespeare, T. (2017). *Disability: The Basics* (1^a ed.). New York (NY): Routledge.
- WHO Western Pacific (2020). *Disability-inclusive health services toolkit. A Resource for Health Facilities in the Western Pacific Region*. Geneve (CH): WHO press.