

## **TIZIANA BODDA**

Infermiera Presidio Sanitario San Camillo, Torino  
Master Modelli e Metodi della Tutorship nella  
Formazione Infermieristica ed Ostetrica  
[bodda.tiziana@gmail.com](mailto:bodda.tiziana@gmail.com)

## **LORENZA GARRINO**

Ricercatore e Professore Aggregato in Scienze  
Infermieristiche, Dipartimento di Scienze della Sanità  
Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino  
[lorenza.garrino@unito.it](mailto:lorenza.garrino@unito.it)

## **SILVANO GREGORINO**

Coordinatore formazione tutoriale, Professore a  
contratto di pedagogia generale e sociale nel Corso  
di Laurea in Infermieristica Città della Salute e della  
Scienza di Torino, Università degli Studi di Torino

## **PATRIZIA MASSARIELLO**

Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica,  
Coordinatore Corso di Laurea Magistrale in Scienze  
Infermieristiche e Ostetriche, Dipartimento di Scienze  
della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli  
Studi di Torino

## **MARIA VALENTINA MUSSA**

Tutor Supervisore, Professore a contratto nel Corso  
di Laurea in Infermieristica Città della Salute e della  
Scienza di Torino, Università degli Studi di Torino

## **VALERIO DIMONTE**

Professore associato in Scienze Infermieristiche,  
Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Scienze  
Infermieristiche e Ostetriche, Dipartimento della Sanità  
pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

# LE IMMAGINI DELLA RIABILITAZIONE

## APPRENDIMENTO E RIFLESSIONE ATTRAVERSO LE RAPPRESENTAZIONI DEGLI STUDENTI INFERMIERI IN TIROCINIO

### **ABSTRACT**

L'utilizzo delle rappresentazioni come strumento formativo sviluppa e arricchisce l'immaginazione e l'empatia a fronte di aspetti assistenziali e di cura che necessitano di indagine, orientamento, interpretazione e riflessione. La presente ricerca si pone l'obiettivo di esplorare l'immagine di riabilitazione, prima e dopo l'apprendimento in ambito clinico, indagando le modifiche subite ed i cambiamenti intervenuti a partire dalla prospettiva degli studenti infermieri in un contesto di tirocinio.

Sono stati coinvolti nella ricerca 47 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica - A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino che hanno svolto il tirocinio presso il Presidio Sanitario San Camillo di Torino.

I dati raccolti sono stati analizzati secondo il metodo qualitativo fenomenologico ermeneutico descritto da Van Kaam seguendone i passi procedurali.

I quattro temi individuati evidenziano il con-

retto di riabilitazione come percorso, rifioritura, ritorno e totalità, mettendo in luce l'immagine di riabilitazione dei partecipanti allo studio. L'analisi delle reinterpretazioni evidenzia le modifiche delle immagini iniziali a seguito dell'apprendimento. I risultati trovano corrispondenza a quanto descritto in letteratura in merito all'uso delle rappresentazioni come metodo di apprendimento nella formazione degli studenti infermieri.

La ricerca mostra come la riflessione critica consenta la ridefinizione e la ristrutturazione delle idee restituendo nuove conoscenze attraverso un processo di apprendimento intenzionale. Inoltre descrive l'uso delle rappresentazioni quale metodo di apprendimento utilizzabile nella formazione infermieristica e si pone come punto di partenza e strumento in grado di arricchire future ricerche in tale ambito.

**PAROLE CHIAVE:** rappresentazione, riabilitazione, studenti infermieri, apprendimento

## ABSTRACT

In nursing care is request investigation, orientation, interpretation and reflection. The use of representation as educational instrument develop imagination and empathy.

This study aims to explore the rehabilitation image before and after learning. Through the representation being investigated modifications and changes from the students point of view in a training context.

In the research they have been engaged 47 students belong to Corso di Laurea in Infermieristica - A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino wich have play their training within the Presidio Sanitario San Camillo di Torino.

The collect data have been analyzed through Van Kaam method.

Four subjects identified show the concept of

rehabilitation as a path, new flowering, return and totality. This describe carefully the rehabilitation image of sample considered. The analysis of reinterpretation highlights modifications, after learning, of initial representation. There are a match among the results and the literature description with regard to use of representations in nurses student's learning.

The research demonstrates how critical reflection allows the ideas restructuring and redefinition, it given back new knowledge through an intentional learning process. Furthermore it describe the use of representation in nursing learning and want be a starting point for future researches in same area.

**Key words:** representation, rehabilitation, students nursing, learning

## INTRODUZIONE

L'uso delle rappresentazioni come strumento formativo sottostà alle teorie che sostengono l'apprendimento basato sull'arte, esso sviluppa l'intelligenza multipla ed è in grado di arricchire l'immaginazione e l'empatia coinvolgendo l'emisfero destro nel processo di apprendimento [TRAUSH, 2003].

L'arte pone di fronte a risultati ambigui che necessitano di indagine, orientamento, interpretazione e riflessione, facilitando la connessione delle informazioni e il senso di responsabilizzazione.

Per tali ragioni, l'apprendimento basato sull'arte offre importanti risultati in termini di acquisizione di competenze professionali per gli studenti infermieri [RIEDGER, CHERNOMAS, McMILLAN, MORIN & DEMCZUK, 2015].

Le rappresentazioni sono esempio di come l'apprendimento basato sull'arte possa

diventare arte della pratica clinica [CHAN, 2014].

Esse vengono utilizzate come strumento di discussione e riflessione prima [TRAUSH, 2003] e dopo [JACK, 2012] [CRUICKSHANK, 1996] l'esperienza clinica o ancora per indagare temi rilevanti [MOURA MATIAS ET AL., 2010].

Il disegno fornisce un terreno di riflessione che porta a consapevolezza aspetti e problematiche latenti, ed assume un significato perché è l'autore stesso a conferirglielo attraverso la scrittura e la verbalizzazione che lo accompagnano [CRUICKSHANK, 1996], divenendo strumento di aiuto nello stimolare la comprensione, auto ed eterodiretta, attraverso l'esplorazione profonda di significati.

Non risultando oggetto di valutazione bensì di pratica riflessiva [PAUL & ELDER, 2008], le rappresentazioni lasciano spazio alle emozioni, alle idee, alle sensazioni, alla creatività e al pensiero critico, [SCRIVEN &

PAUL, 1987] con la possibilità di migliorare i risultati in termini di apprendimento, di competenze acquisite, di riflessione sulla pratica e di maturità etica e cognitiva [RIEDGER ET AL., 2015].

Se da un lato si sostiene che gli studi effettuati non forniscono prove statisticamente convincenti circa la relazione tra pensiero critico e processo decisionale clinico [LEE, ABDULLAH, SUBRAMANIAN, BACHMANN & ONG, 2017], dall'altro si asserisce che essi abbiano tale impatto sulle fonti di conoscenza e sulle decisioni cliniche [VOLDBJERG, GRØNJÆR, SØRENSEN & HALL, 2016], da risultare competenza fondamentale nell'ambito del ragionamento clinico [VICTOR CHMIL, 2016].

Sembra che, lo sviluppo del pensiero critico e della pratica riflessiva applicati al *caring* infermieristico, abbiano rilevanza tanto che i programmi universitari rivolgono attenzioni specifiche alla creazione di si-

tuazioni di apprendimento che consentano di coltivare, negli studenti futuri infermieri, queste abilità. L'uso delle rappresentazioni è una delle risposte a tale necessità.

La presente ricerca si pone l'obiettivo di esplorare l'immagine di riabilitazione, prima e dopo l'apprendimento in ambito clinico, indagando le modifiche subite ed i cambiamenti intervenuti dal punto di vista degli studenti infermieri in un contesto di tirocinio.

## ■ MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico ermeneutico presso il Presidio Sanitario San Camillo di Torino, struttura facente parte della Fondazione "Opera San Camillo" che, nella rete del Servizio Sanitario Nazionale della Regione Piemonte, svolge attività ospedaliera specializzata nella riabilitazione intensiva di secondo livello. La ricerca ha coinvolto un campione propositivo di studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica - A.O.U.- Città della Salute e della Scienza di Torino ai quali è stato assegnato il Presidio come sede di tirocinio in ambito clinico.

Sono stati inclusi nella ricerca tutti gli studenti che, per la prima volta, svolgevano attività di tirocinio all'interno della struttura. Sono stati esclusi studenti che avevano già svolto attività di tirocinio presso il Presidio prima dell'inizio della raccolta dati.

Ai partecipanti, informati degli obiettivi e delle modalità di rac-

colta, è stato garantito l'anonimato ed è stato fatto firmare il consenso scritto.

È stata ottenuta l'autorizzazione a procedere alla ricerca dalla Presidenza del Corso di Laurea e dalla Direzione del Presidio San Camillo.

La ricerca ha coinvolto gli studenti di cinque sessioni di tirocinio ed il numero dei partecipanti è stato stabilito in base al raggiungimento della saturazione dei dati.

La raccolta dei dati è stata effettuata in due momenti:

**1.** Prima dell'inizio del tirocinio, al momento dell'accoglienza.

In un *setting* predisposto, è stato chiesto al gruppo di rispondere, attraverso la rappresentazione grafica, alla domanda: *Qual è la tua immagine di riabilitazione?* Ciascuno studente ha presentato il proprio disegno, provvisto di titolo e descrizione, al gruppo che ha sollevato riflessioni e posto domande di chiarimento. A conclusione è stato chiesto di rispondere a domande relative all'esperienza appena vissuta con l'obiettivo di indagare la percezione soggettiva e le emozioni provate.

**2.** Al termine del tirocinio. Ad ogni studente è stato restituito il proprio disegno. Partendo da quest'ultimo e dalla sua interpretazione ciascuno ha riflettuto sull'immagine iniziale di riabilitazione e, a fronte dell'esperienza di tirocinio, l'ha reinterpretata e titolata nuovamente. Anche in questo caso vi è stata una condivisione con il gruppo accompagnata da ri-

flessione alla quale sono seguiti un confronto e uno scambio di idee.

I dati sono stati analizzati secondo il metodo descritto da Van Kaam [VAN KAAM, 1956] attraverso il raggruppamento di espressioni comuni in di temi ed elementi essenziali. Al fine di implementare l'affidabilità della ricerca, la raccolta dei dati è stata condotta per un tempo prolungato attraverso un'osservazione persistente che ha garantito una visione profonda dell'oggetto di studio. Nel corso dell'esperienza sono stati ritagliati momenti di *debriefing* in cui è stata ricercata la coerenza di riflessione tra i dati e le informazioni fornite dai partecipanti.

I dati sono stati riportati in modo autentico, equo e fedele a quanto descritto dai partecipanti alla ricerca.

La ricerca è stata condotta nel rispetto dei principi etici fondamentali: tutela dei partecipanti, rispetto della dignità e giustizia. Le persone coinvolte hanno ricevuto un'adeguata informazione in merito allo studio ed è stata garantita loro la facoltà di decidere liberamente se parteciparvi o meno. Ai partecipanti è stato garantito l'anonimato inoltre a ciascuno è stato restituito quanto prodotto durante la ricerca, non vi sono state differenze nel trattamento dei partecipanti durante lo studio o nell'analisi dei dati.

## ■ RISULTATI

I dati sono stati raccolti nel periodo di tempo compreso tra Aprile 2017 e Giugno 2018, nello studio sono stati coinvolti 47

studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica - A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino (Tabella 1). Sono stati prodotti quarantasette disegni rappresentanti

### Primo incontro

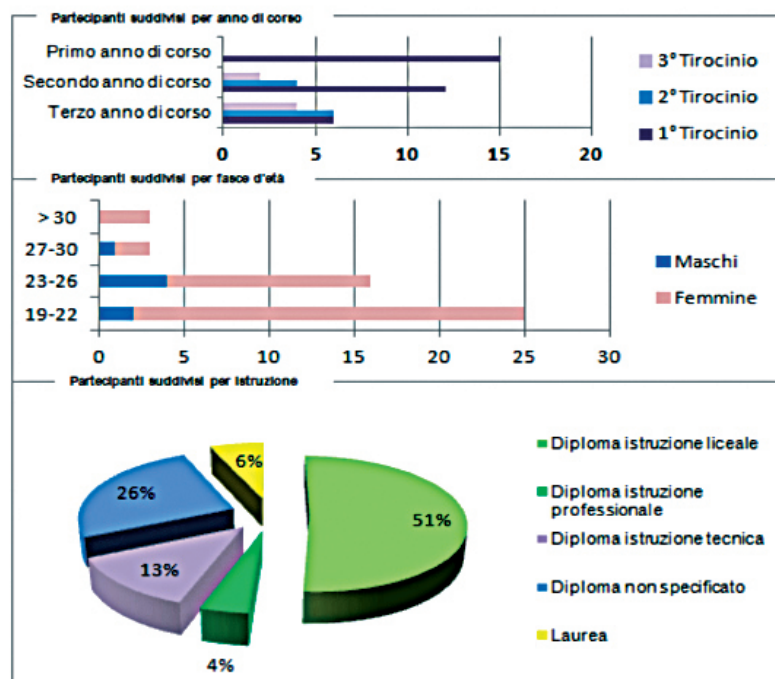
L'analisi dei resoconti degli studenti su come immaginavano dovesse essere la riabilitazione ha consentito di individuare quattro temi a ciascuno

ne presentato un disegno, ritenuto significativo, per ciascun elemento essenziale. Quanto reso nelle descrizioni è esclusivamente parte di ciò che è stato rappresentato e descritto dagli studenti, nel riportarlo sono state conservate le espressioni utilizzate dagli autori in modo tale da mantenerne l'autenticità.

## TEMA 1: Riabilitazione come percorso

Gli studenti che hanno associato la riabilitazione al tema del percorso la descrivono come cammino intrapreso a seguito di un evento non pianificato. Una via dissestata, tortuosa, lunga e difficile per la presenza di curve e salite. Il soggetto si trova di fronte ad una scelta, l'evento irrompe sulla strada della persona creando uno sbarramento cosicché il "conducente" è costretto a scegliere una strada alternativa. Il percorso ha un verso, una direzione che talvolta si intravede sullo sfondo; è un'ascesa volta all'indipendenza, alla soddisfazione personale e alla gratificazione, alla luce di colori chiari e allegri, al raggiungimento di obiettivi. Viene descritta come una scala da salire con fatica che necessita di allenamento. L'elemento di progressione viene rappresentato da una linea tratteggiata, si procede a "piccoli pezzi", con gradualità e tra un passo e l'altro può esserci una pausa con ricadute e riprese. Vi è difficoltà nell'affrontare il percorso da soli, chi sta accanto tiene la mano, aiuta a rialzarsi, guida dando "aiuto, sostegno, disponibilità, competenze e servizio". (Immagine 1)

Tabella 1 – Caratteristiche dei partecipanti



l'immagine di riabilitazione dello studente che si appresta a svolgere il tirocinio presso la struttura riabilitativa di II livello. Una prima analisi delle rappresentazioni evidenzia quanto riportato nel Grafico 1.

dei quali sono stati associati elementi essenziali (Tabella 2). La descrizione approfondita di questi ultimi fornisce una visione accurata dell'immagine di riabilitazione degli studenti. Nella descrizione che segue vie-

Grafico 1 – Soggetti rappresentati

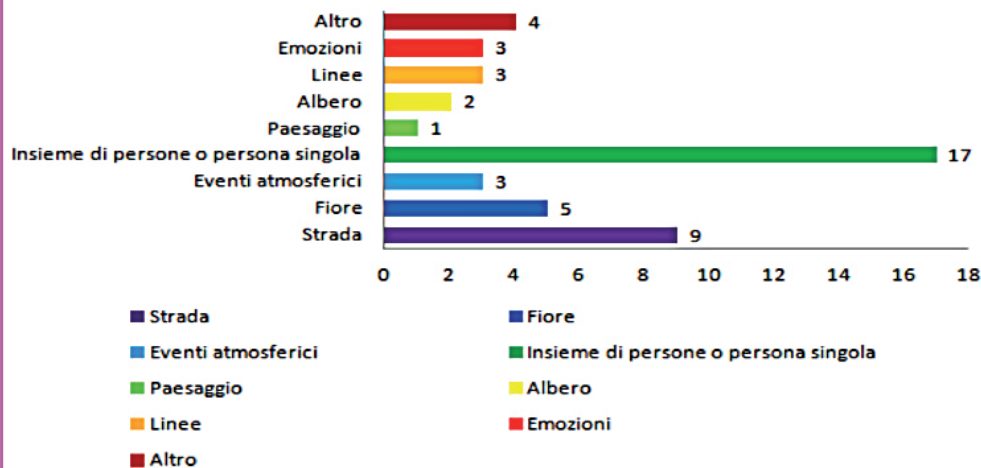


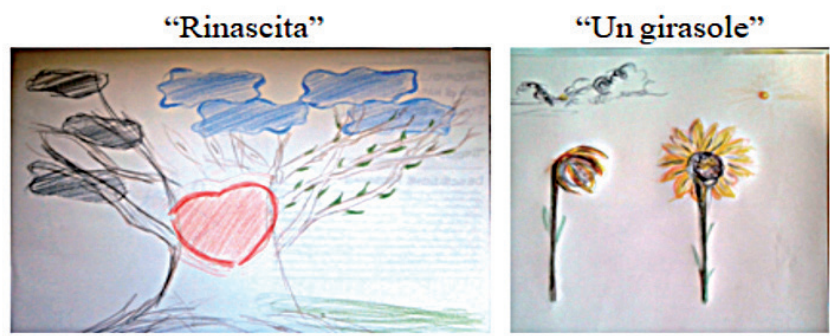
Tabella 2 – Temi ed elementi essenziali emersi dall'analisi delle rappresentazioni

1. Riabilitazione come percorso	2. Riabilitazione come rifioritura	3. Riabilitazione come ritorno	4. Riabilitazione come totalità
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cammino</li> <li>• Bivio</li> <li>• Ascesa</li> <li>• Progressione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinascita</li> <li>• Rinnovamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ripristino</li> <li>• Rimodellamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo</li> <li>• Personalizzazione</li> <li>• Scambio</li> </ul>

## TEMA 2: Riabilitazione come rifioritura

Gli studenti che associano l'immagine di riabilitazione al tema della rifioritura le attribuiscono il potere della rinascita, i petali del fiore, corpo della persona affetta da malessere, vengono descritti come spezzati, crepati, appassiti a seguito dell'evento che toglie al fiore bellezza e parte della sua integrità. L'intervento riabilitativo restituisce al soggetto una seconda possibilità, alla base della quale vi è il "fusto"; il soggetto stesso con la sua forza di volontà perno della rinascita. È un cuore

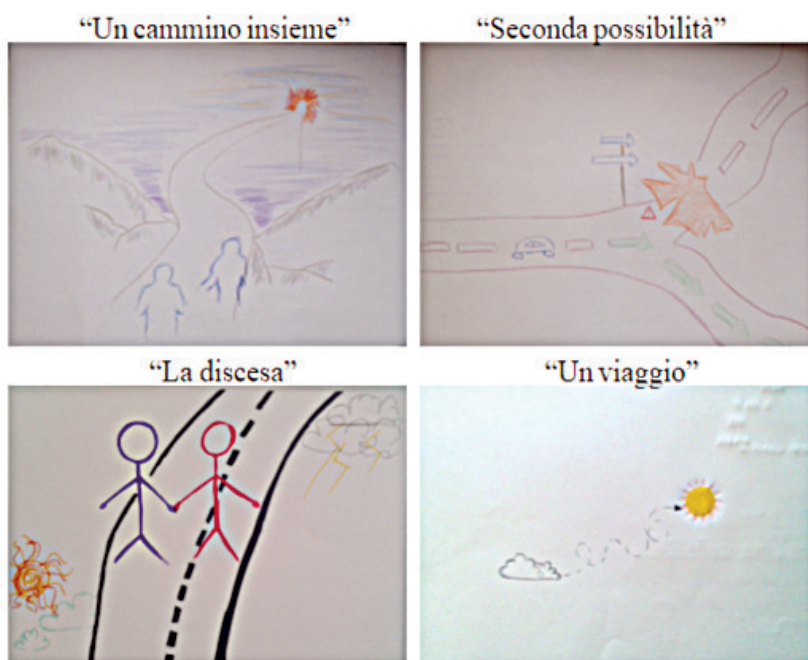
Immagine 2 – Riabilitazione come rifioritura



che riprende a battere più forte di prima riacceso da nuova linfa che consente di guardare il cielo con la voglia di vivere, di rialzarsi. Le persone che lavorano, supportano, aiutano e confortano, rendono possibile la ripresa ed il rinnovamento

toccando il fiore con la mano. La riabilitazione è "trasformazione grazie al sole", consente di splendere nuovamente, riaprirsi in tutta la propria bellezza anche se non esattamente uguali a prima. Infatti non si tratta di una *restitutio ad integrum* ma ad uno stato che è "quasi quello iniziale", i petali conservano segni di quello che è stato. (Immagine 2)

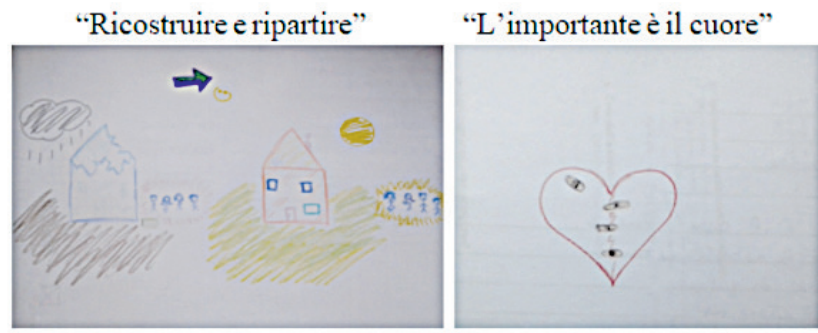
Immagine 1- Riabilitazione come percorso



## TEMA 3: Riabilitazione come ritorno

La riabilitazione viene raffigurata come il ripristino di qualcosa che è andato perso, la ricostruzione e la ripartenza, qualcosa si è rotto e deve essere incollato. Il ripristino riguarda la propria autonomia, le capacità, le emozioni, i sentimenti, la totalità della vita precedente, una freccia sottolinea il passaggio da-a/da-verso. Il soggetto ricomincia a svolgere le attività che facevano parte della sua

Immagine 3 – Riabilitazione come ritorno



vita quotidiana e che, a seguito della malattia, non è più in grado di effettuare; principalmente queste vengono identificate nel camminare e nel dialogare con gli altri. A seguito della ricostruzione, il soggetto ritorna a casa, dalla propria famiglia, alla vita che faceva in precedenza, al “fuori” luogo felice in contrapposizione alla sterilità dell’ambiente ospedaliero.

Non tutti gli studenti che descrivono la riabilitazione come ritorno la raffigurano come un ripristino, talvolta si tratta di un rimodellamento. Questo avviene quando non è possibile tornare alla condizione iniziale, il soggetto si adatta alla vita con ciò di cui dispone ricercando e trovando un nuovo equilibrio. I sentimenti e le emozioni non sono statici, mutano, si parte da uno stato di dolore e confusione, tristezza e disperazione verso una condizione migliore, di serenità e realizzazione personale. **(Immagine 3)**

## TEMA 4: Riabilitazione come totalità

Gli elementi processuali si concentrano principalmente sull’apprendimento del soggetto, esso impara a prendere nuovamente coscienza di sé stesso attraverso una vera e propria riorganizzazione della vita. “Gli ingranaggi” del soggetto possono essere modificati dall’aggiunta o dalla sottrazione di “pezzi” ma grazie all’aiuto esterno la macchina continuerà a “girare”. L’unione tra paziente e personale sanitario è descritta come scambio che vede l’instaurazione di un rapporto assistenziale congiunto e reciproco. Il gesto del “darsi la mano” è un giovamento per entrambe le figure che nell’atto si dicono di dipendere l’uno dall’altro per il raggiungimento dei rispettivi obiettivi. La riabilitazione viene vista come lontana dall’ambiente clinico e vi-

cina a quello sociale. Il soggetto è riabilitato e deve riabilitarsi instaurando con le persone che lo circondano un interscambio raffigurato con frecce colorate: mezzi ed emozioni che concorrono nell’apportare un cambiamento verso una prospettiva maggiormente positiva. L’elemento di personalizzazione è un cerchio che avvolge la persona a 360° tenendo conto di tutti i suoi aspetti, un guanto che calza perfettamente la mano di chi lo indossa adattandosi alla sua forma. Il guanto non è solo un “oggetto” ma una vera e propria “mano magica” che guida, insegna e supporta una mano fragile la quale, a lungo andare, riacquisterà la sua forza imprimendo nel proprio agire la guida del suo guanto. **(Immagine 4)** Al termine del primo incontro è stato chiesto agli studenti di rispondere a due domande semiaperte relative all’esperienza di rappresentazione; “Come descriveresti questa esperienza?” e “Quali emozioni e sensazioni ha suscitato in te?”

## Secondo incontro

Al secondo incontro, tenutosi al termine dell’apprendimento in ambito clinico, hanno partecipato 39 studenti. Degli studenti mancanti cinque non erano presenti, tre si sono ritirati prima di concludere il tirocinio. Se l’analisi dei disegni prodotti nel primo incontro ha portato all’individuazione di temi ed elementi essenziali ben precisi e facilmente distinguibili, non si può dire lo stesso per le reinterpretazioni. I temi identificati nel primo incontro si sono sovrapposti e gli elementi

Immagine 4 – Riabilitazione come totalità



essenziali mischiati tra di loro. Durante i colloqui sono emersi, inoltre, importanti spunti di discussione riguardanti la professione infermieristica. Dall'analisi integrata dei risultati sono emerse tematiche comuni riguardanti la riabilitazione:

**A.** La riabilitazione ha bisogno di tempo.

È convinzione comune la necessità di recuperare il rispetto dovuto al tempo e alla pazienza intesa come disponibilità ad attendere e comprendere. Il soggetto non vive un percorso lineare e la riabilitazione non è un grafico uguale per tutti. Alcuni studenti affermano che essa dia all'infermiere la possibilità di soffermarsi sulla riflessione e sull'osservazione consentendo di analizzare "le piccole cose". Allo stesso modo anche il paziente può osservare ed apprezzare i propri miglioramenti.

Di contro, il rispetto degli orari, le richieste organizzative e la durata del ricovero vengono percepiti come ostacolo dai partecipanti.

**B.** Il significato del *nursing riabilitativo*.

Emerge l'aspetto formativo/educativo non preso in considerazione in precedenza. Gli studenti rivalutano l'iniziale deresponsabilizzazione del soggetto aderendo ad una visione che ne mantiene l'autonomia. Prendono coscienza del ruolo di guida che l'infermiere svolge nei confronti del paziente affinché possa intraprendere le attività di *self-care* [OREM, 1991] che il nuovo stato di salute in cui si trova necessi-

ta. I prodotti del primo incontro vedevano coinvolte nella riabilitazione principalmente figure quali fisioterapisti, logopedisti, psicologi ecc., il ruolo dell'infermiere era identificato nel "sostituirsi al paziente in

tralcio alle attività o addirittura ostacolante. Gli studenti riflettono sul diverso grado di coinvolgimento dei *care givers* e sulle difficoltà che talvolta incontrano nel relazionarsi con loro.



ciò che non riesce a fare". Ora l'infermiere diviene facilitatore, tramite, è tecnico ma anche educatore, svolge azioni riabilitative ed è attento alla relazione. Tuttavia viene avvertita la pressione derivata dal "sentirsi incapace di aiutare", sentimento percepito quando il paziente fa richieste alle quali non si è in grado di rispondere, o ancora quando viene dimesso senza aver raggiunto risultati considerevoli; in questi casi prevale il sentimento di frustrazione e rabbia.

**C.** Il rapporto con i familiari. Non viene presa in considerazione l'idea che si possa o si debba affrontare la malattia e la riabilitazione in solitudine o abbandono, tuttavia emerge la possibilità che chi sta accanto al paziente possa essere d'in-

**D.** L'accettazione di una nuova condizione.

La guarigione assume un carattere di speranza, presa coscienza che non sempre e non tutti i soggetti ritornano alla condizione "di prima", l'accettazione della malattia da parte del paziente e dei familiari, associata alla volontà e alla determinazione, sono descritti come fattori determinanti il successo riabilitativo. Al contrario il rifiuto influisce negativamente sul raggiungimento dei risultati auspicati. L'infermiere aiuta il paziente a prendere coscienza del suo "essere nuovo" assumendo posizioni critiche verso la ricerca di soluzioni definitive, opera affinché il paziente ed i familiari siano sostenuti anche di fronte ai fallimenti, reindirizza e riorienta interventi



ed energie verso la riconquista della propria vita.

Di seguito vengono riportate, sotto forma di discorso, le reinterpretazioni dei disegni fornite dagli studenti durante il secondo incontro a dimostrazione di come l'immagine complessiva si sia modificata.

*“All’inizio vedevo il percorso come una discesa, adesso è una salita verso il miglioramento... tortuosa, con più ostacoli. Conoscere il paziente mi ha fatto cambiare idea [...] (Disegno n.6) Ridisegnerei la linea in modo diverso, soprattutto per quanto riguarda il percorso della ripresa. Ogni persona ha un percorso di riabilitazione diverso, personalizzato. La linea di ripresa può essere costante, oppure ondulata perché ci sono degli alti e bassi, le ricadute e le riprese (Disegno n.23).*

*Ciò di cui mi sono resa conto è che purtroppo non sempre il percorso della riabilitazione può portare a indipendenza e soddisfazione personale ma anzi, spesso comporta frustrazione e rabbia. Quindi [...] ag-*

*giungerei nella parte finale del percorso anche colori più scuri (Disegno n.27).*

*[...] penso sempre che la riabilitazione sia un viaggio, più o meno lungo [...] Non posso dire verso la guarigione perché mi sono accorta che purtroppo ci sono casi in cui non si arriva a quella ma ci si deve accontentare del sentirsi meglio solo in alcune cose, ho capito che quelle, per i pazienti e le loro famiglie, sono un ottimo vero e proprio traguardo (Disegno n.40).*

*Adesso, per me, la riabilitazione è rinascita. Sono tanti aspetti diversi, chi esce di qua a suo modo è rinato. Ho imparato ad osservare e apprezzare ogni piccolo miglioramento in un paziente e capire come piccole cose a volte siano un grande traguardo per chi è in situazioni difficili [...] (Disegno n.38) il paziente riprende in mano la propria vita, ma lo fa solo grazie a quella speranza e quello spirito che l'equipe deve sapergli dare. Questo è l'elemento in più che ho omesso nella mia prima descrizione ed*

*è ciò che ho cercato di fare nel mio percorso di tirocinio (Disegno n.46).*

*Al paziente, non si insegna semplicemente il come fare, ma lo si accompagna verso la riscoperta del proprio mondo (Disegno n.45), riabilitazione è educare e assistere il paziente durante un periodo buio della sua vita in cui ha perso parte di sé. Riabilitazione è permettere al paziente di prendere coscienza del suo nuovo io ed aiutarlo ad accettarsi e stimolarlo a migliorare, per prendere di nuovo la sua vita in mano (Disegno n.20). Ho avuto modo di capire l'importanza della pazienza, della disponibilità ad attendere e comprendere i tempi dei pazienti e della passione da parte di tutti gli operatori (Disegno n.43). Prima di riabilitarsi bisogna accettare il nuovo sé e poter lavorare*





su ciò che si è ora e non vivere nel ricordo di ciò che si era [...]. L'operatore è come le rotelle della bici per chi ancora non è un grado di andare da solo e stare in equilibrio (Disegno n.29).

[..] se prima lo credevo un viaggio in solitario, ora ho capito che in realtà vicino ad ogni persona, ogni paziente, ve ne sono molte altre pronte a stargli accanto e a sostenerlo. Ho capito l'importanza delle diverse professioni che si alternano nell'aiuto del paziente e quanto possa essere d'aiuto un semplice sorriso (Disegno n.30). L'ospedale non lo farei più asettico, c'è tanta collaborazione. È bello vedere la soddisfazione del paziente che fa qualcosa in più ogni giorno; il prato e i fiori sono anche dentro [...] (Disegno n.7). Come una forma che muta. Il percor-



so riabilitativo trasforma sia fisicamente che interiormente la persona assistita. Nonostante rimanga l'incertezza del risultato finale. L'importante è sostenersi e stimolare le capacità residue delle persone. A volte basta anche solo un sorriso o una parola di conforto (Disegno n.41). [...] Ho visto pazienti andar via commossi, dispiaciuti in cuor loro di lasciare il reparto. Questo mi ha molto colpito perché nessuno è contento di stare in ospedale. E questo è il più veritiero e grande riscontro di quanto il prendersi cura veramente del paziente in toto, porta degli enormi risultati (Disegno n.10)."

## DISCUSSIONE

Il primo incontro, antecedente l'esperienza di tirocinio, ha dato agli studenti la possibilità di far emergere l'immagine personale della situazione alla quale si stavano affacciando. L'immagine, quale meccanismo proiettivo, ha consentito di fissare in modo iconografico quanto sedimentato nel proprio archivio fenomenologico

in relazione al concetto di "riabilitazione". Essa, precedendo la parola, ha evocato simbolicamente l'immediata rappresentazione del fenomeno. Seppure si trattasse della loro prima esperienza di tirocinio in ambito riabilitativo, la rappresentazione fornita non è stata priva di condizionamenti. Essi, infatti, hanno portato alla luce e mostrato i significati attribuiti a tale ambito. Non a caso alcune descrizioni riportano esplicitamente storie di situazioni vissute in prima persona o da amici e parenti trasformandole nell'immagine soggettiva di riabilitazione [JACK, 2012].

Questo primo momento di riflessione e condivisione ha consentito il recupero della propria esperienza, fino quel momento considerata verità assoluta, ed il confronto con quella dell'altro. Gli studenti, nel descrivere l'esperienza, l'hanno definita come un interessante metodo per conoscere pensieri e punti di vista diversi dal proprio nonché un metodo arricchente per ampliare il proprio concetto di riabilitazione [CRUICKSHANK, 1996].



In questa situazione, senza esserne pienamente coscienti, è avvenuta la prima messa in crisi del proprio modello e della visione di una pratica routinaria. I modelli consolidati di riabilitazione espressi attraverso le rappresentazioni si sono incontrati insinuando tra gli studenti la curiosità, non solo nei confronti dell'esperienza di tirocinio in procinto di essere vissuta, ma anche verso l'altro in quanto portatore di modelli diversi dai propri.

A questo punto, hanno potuto costruire una nuova esperienza nel corso del tirocinio. Essa è stata recuperata nel secondo incontro dove la maggior parte degli studenti ha descritto modifiche della propria immagine iniziale a prova del fatto che l'immagine stessa è stata ripensata criticamente a seguito

dell'esperienza. La sua esplorazione ha dato loro la possibilità di apprendere intenzionalmente, infatti, condotti in questo processo, non si sono limitati a vivere l'esperienza di tirocinio ma l'hanno esaminata ed attraverso la riflessione hanno avuto la restituzione di un'immagine diversa [AMULYA, 2004].

Nonostante si trattasse di gruppi neoformati l'utilizzo del metodo non ha precluso l'esposizione di ciascuno studente che è intervenuto attivamente nell'interazione. Vi è stato un forte coinvolgimento da parte degli studenti durante le attività previste dagli incontri; esse si sono svolte in un clima informale e valutativo, aspetti che hanno migliorato l'adesione e la partecipazione. Le modifiche subite dalle rappresentazioni dell'immagine di riabilitazione, a seguito del tirocinio, risultano indicatori del compiuto apprendimento. Quest'ultimo è avvenuto tramite la riflessione critica della propria immagine iniziale che, ridefinita e ristrutturata ha restituito nuove conoscenze.

## CONCLUSIONI

I dati raccolti nei due incontri ai quali hanno partecipato gli studenti hanno permesso una esplorazione profonda dell'immagine di riabilitazione per il campione preso in esame.

I significati legati ai temi ed agli elementi essenziali individuati nel primo incontro hanno subito una sovrapposizione e un ampliamento a seguito dell'esperienza di tirocinio. La descrizione delle modifiche riscontrate nell'immagine inizia-

le prova come i suoi confini, in un primo momento netti, siano sfumati consentendo agli studenti la presa di coscienza di un'idea diversa.

I contenuti emersi dalla ricerca hanno a che fare con l'esplicitazione di significati, idee, sensazioni ed emozioni proprie degli studenti coinvolti. Essi li hanno esternati con naturalezza e sentendosi a proprio agio nel farlo, liberi e aperti al dialogo, poiché non hanno subito pressioni durante lo svolgimento delle attività.

A seguito dell'esperienza gli studenti hanno riportato sentimenti quali emozione, felicità, interesse, curiosità, consapevolezza, comprensione e ascolto. Si sono sentiti accolti, coinvolti ed hanno partecipato comunitariamente alla costruzione di un percorso cognitivo individuale ma arricchito dal confronto dentro il gruppo dei pari. È interessante sottolineare come i sentimenti negativi di spaesamento, imbarazzo, spavento e nervosismo, siano stati descritti unicamente nella prima fase dell'esperienza, andando poi a dissolversi nel corso della stessa.

Le attività previste si sono svolte in un clima informale e valutativo, aspetti che ne hanno migliorato l'adesione e la partecipazione. Le modifiche subite dall'immagine iniziale di riabilitazione a seguito del tirocinio risultano indicatori del compiuto apprendimento avvenuto tramite la riflessione critica che ha consentito la ristrutturazione e la ridefinizione delle idee esposte inizialmente restituendo nuove conoscenze. Gli studenti coinvolti hanno



descritto l'esperienza come stimolante, utile ed arricchente sia dal punto di vista didattico sia umano. Hanno sottolineato il carattere profondo, riflessivo e introspettivo della stessa apprezzandone la capacità di portare alla luce i propri pensieri confrontandoli con quelli dell'altro. Hanno giudicato in modo positivo l'approccio utilizzato ritenendolo nuovo, originale e inaspettato, piacevole e divertente.

Al fine di rafforzare l'affidabilità della ricerca, lo stesso metodo, è stato testato su un gruppo di sedici studenti del Corso di Laurea in Infermieristica - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino che, nel periodo compreso tra Marzo e Maggio 2018, hanno svolto il tirocinio presso l'Ospedale Umberto I - A.O.U. Ordine Mauriziano. Anche in questo caso l'obiettivo è stato esplorare l'immagine dello studente relativa al reparto di assegnazione e la sua modifica a seguito dell'apprendimento. I dati raccolti sono sovrapponibili al presente studio e a quanto descritto in letteratura.

La ricerca offre l'immagine dei cambiamenti apportati da un approccio ed un dispositivo didattico che passa attraverso la riflessione critica ed avvicina formatore e formando. Inoltre mette a disposizione un metodo dai costi contenuti e dalle ottime potenzialità che attualmente, nell'ambito della formazione degli studenti infermieri, presenta un utilizzo ancora limitato. Infine vuole essere uno strumento che potrà essere in grado di arricchire future ricerche in questo ambito.

## BIBLIOGRAFIA

1. Amulya, J. (2004). What is reflective practice?. *Center for Reflective Community Practice*. Massachusetts Institute of Technology
2. Chan, Z.C.Y. (2013). Critical thinking and creativity in nursing: Learners' perspectives. *Nurse Education Today*, 33(5), 558-563.
3. Chan, Z.C.Y. (2013). Drawing in nursing PBL. *Nurse Education Today*, 33(8), 818-822.
4. Chan, Z.C.Y. (2014). Exploration of artistry in nursing teaching activities. *Nurse Education Today*, 34(7), 924-928.
5. Cinque, M. (2016). Il curriculum nascosto: quale definizione?. *MEDIC*, 24(1), 14-19.
6. Clark, N.K. (2004). *Emerging perspectives: beginning baccalaureate nursing students and critical thinking in the context of person and nursing practice*. Teaching and Leadership, University of Kansas.
7. Cook, S.H. (1991). Mind the theory/practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1492-9.
8. Creasy, K.R., Lutz, B.J., Young, M.E., Stacciarini, J.M. (2015). Clinical implications of family-centered care in stroke rehabilitation. *Association of Rehabilitation Nursing*.
9. Cruickshank, D. (1996). The "art" of reflection: using drawing to uncover knowledge development in student nurses. *Nurse Education Today*, 16, 127-130.
10. Ewing, B., Hayden-Miles, M. (2011). Narrative Pedagogy and Art Interpretation. *Journal of Nursing Education*, 50(4), 211-215.
11. Finiguerra, I., Garrino, L., Picco, E., Simone, P. (2012). *Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
12. Franza, A.M., Mottana, P. (1997). *Dissolvenze. Le immagini della formazione*. Bologna: CLUEB.
13. Gamberoni, L., Marmo, G., Bozzolan, M., Loss, C., Valentini, O. (2015). *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie*. Napoli: Edises.
14. Garrino, L. (2010). *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*. Milano: Edi.Ermes.
15. Hsu, H.Y., Chang, S.C., Chang, A.L., Chen, S.L. (2017). Critical thinking disposition of nurse practitioners in Taiwan. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(9), 425-430.
16. Jack, K. (2012). "Putting the words 'I am sad', just doesn't quite cut it sometimes!": The use of art to

- promote emotional awareness in nursing students. *Nurse Education Today*, 32, 811-816.
17. Kaya, H., Senyuva, E., Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students: a longitudinal research. *Nurse Education Today*, 48, 72-77.
  18. Lee, D.S., Abdullah, K.L., Subramanian, P., Bachmann, R.T., Ong, S.L. (2017). An integrate review of the correlation between critical thinking ability and clinical decision-making in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 1-15.
  19. Margolis, E., Soldatenko, M., Acker, S. et al. (2001). *Peekaboo: hiding and outing the curriculum, The hidden curriculum in higher education*. New York: Margolis E.
  20. Martin, J. (1983). *What should we do with a hidden curriculum when we find one?*. McCutchan Publishing Corporation, 122-39.
  21. Menezes, S.S., Corrêa, C.G., Silva, R. de C., Criz, de A. (2015). Clinical reasoning in undergraduate nursing education: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(6), 1037-44.
  22. Miller, E.T., (2015). Family caregivers. A precious resource. *Rehabilitation Nursing*, 40 (3), 131-2.
  23. Moura Matias, A.C., Medeiros, A. T. N., Botarelli, F. R., Gomes Rufino Mineiro, F. H. , Medeiros, R. C., Costa, W. A., Cruz Enders, B., Menezes, R. M. P. (201
  24. Use of images in the knowledge construction of paradigms that permeate the current health care model. *Revista de Enfermeria UFPE*, 4(spe), 1968-974.
  25. Nguyen, M., Miranda, J., Lapum, J., Donald, F. (2016): Arts-Based Learning: A New Approach to Nursing Education Using Andragogy. *Journal of Nursing Education*, 55(7), 407-410.
  26. Orem, D.E. (1991). *Nursing: concept and practice*. St Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
  27. Paul, R., Elder, L., (2008). *The Miniature Guide to Critical Thinking Concepts and Tools*. Foundation for Critical Thinking Press.
  28. Polit, D.F., Tatano Back, C. (2014). *Fondamenti di Ricerca Infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill.
  29. Raso, A., Casasanta, D., Garrino, L., Dimonte, V., Piredda, M., De Marinis, M.G. (2016). L'hidden curriculum nella formazione infermieristica: evoluzione del concetto e implicazioni attuali. *Metodologia Didattica e Innovazione Clinica*, 24(1), 46-52.
  30. Riedger, K., Chernomas, W., McMillan, D., Morin, F., Demczuk, L. (2015). The effectiveness and experience of art-based pedagogy among undergraduate nursing students: a comprehensive systematic review protocol. *JBIDataba-*
  31. Scriven, M., Paul, R. (1987). *The 8th Annual International Conference on Critical Thinking and Education Reform*.
  32. Streubert Speziale, HJ., Carpenter, DR. (2005). *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Napoli: Ildeson Gnocchi.
  33. Tanner, C.A. (1990). Caring as a value in nursing education, *Nursing Outlook*, 38(2), 70-2.
  34. Trausch, P. (2003). Student Drawing. A clinical Learning Tool, *Nurse Educator*, 28(2), 58-66.
  35. Van Kaam, AL. (1959). Phenomenal Analysis: Exemplified by a Study of the Experience of "Really Feeling Understood". *Journal of Individual Psychology*, 15(1), 66-71.
  36. Victor-Chmil, J. (2013). Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment. Differential diagnosis. *Nurse Educator*, 38(1), 34-36.
  37. Voldbjerg, S.L., Grønjar, M., Sørensen, E.E., Hall, E.O.C. (2016). Newly graduated nurses' use of knowledge sources: a meta-ethnography. *Journal of Advances Nursing*, 72(8), 1751-1765.
  38. Zannini, L., Randon, G., Saiani, L. (2011). *Il curriculum nascosto nella formazione dell'infermiere*. Rapporto di Ricerca, Centro Studi Riccardo Massa.