



**A.A 2023-2024**

**Corso di Studio: LOGOPEDIA**

|                |   |
|----------------|---|
| Tipo Corso     | Laurea abilitante                                       |
| Classe         | L/SNT2  |
| Sede Didattica | Palermo   |
| Dipartimento   | Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND) |

Il giorno 26 marzo alle ore 14:30, in modalità mista, si è tenuto l'incontro di consultazione tra i rappresentanti del Corso di Studio (CdS) in Logopedia ed i rappresentanti delle organizzazioni rappresentative della produzione e della professione di riferimento, per una consultazione sul progetto formativo per l'A.A. 2024-2025 relativo al CdS.

Erano presenti all'incontro:

- Per il corso di studio:

Prof.ssa Daniela Carlisi (Coordinatore del CdS)

Dott.ssa Maria Rosa Paterniti (Direttore delle attività didattiche)

- Per le organizzazioni rappresentative

Prof. Filippo Guccione, Direttore delle attività didattiche della LM in SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Dott. Rosario Fiolo – Dirigente delle professioni sanitarie riabilitative AOUP

Dott. Angelo Ginestra, Dirigente delle professioni sanitarie riabilitative Arnas – Civico

Dott. Marco Macaluso – Presidente Ordine TSRM – PSTRP di Palermo

Dott. Alberto Bua – Presidente della Commissione di Albo dei Logopedisti – Ordine tsrm – pstrp di Palermo

Dott. Antonio Petronaci- Referente SAMOT – struttura in convenzione per tirocinio

Dott.ssa Agrimi Giuseppina - Referente Comunicatori simbolici - Sapio

Dott. Marco Parrivecchio- Referente azienda GM protesi fonatorie

Dott. Alfredo Strano - Referente azienda Cochlear Impianti cocleari

Dott.ssa Dorina Dervishaj Logopedista Specialist- Referente azienda Novafon tecnologia per la riabilitazione.

La discussione ha preso in esame anche la sintesi dei risultati emersi da precedenti consultazioni:  
*Consultazione dell'Interclasse 2018*

Manca ancora la disponibilità di disporre di fondi riservati al CdS per poter acquistare materiale utile alla attività di formazione proposte dal CdS.

Possibilità di poter chiedere alle aziende un contributo per Master e borse di studio.

*Manifesto degli Studi AA 2023-2024*

Il percorso fornito è valido, ma si mette in rilievo la necessità di adeguare l'offerta formativa ai bisogni professionali dei futuri logopedisti, con le materie professionalizzanti ed il tirocinio.

Viene evidenziato che già si sta provvedendo a questo inserendo nuovi moduli di tirocinio (presso SAMOT ed istituto dei ciechi) e con le altre attività formative, dove vengono proposti seminari e congressi che potenziano ed ampliano la preparazione degli studenti.

Durante l'incontro è stato proposto alle parti consultate un confronto su:

- gli obiettivi formativi del CdS
- le figure professionali e gli sbocchi previsti
- il tirocinio formativo che possa abbracciare le nuove “sfide terapeutiche” che il futuro logopedista dovrà affrontare.

Le principali osservazioni emerse dalla discussione sono state le seguenti:

Per i partecipanti alla riunione è opinione comune che gli obiettivi formativi del CdS siano completi.

- **Figure professionali:** la Dott.ssa Agrimi propone una formazione con l'azienda dove lavora, producono software/hardware per la comunicazione aumentativa alternativa, attività di tirocinio e stage anche da remoto. Tali attività sono già svolte presso l'Università di Pavia. La Dott.ssa Paterniti manifesta il suo interesse per questa iniziativa, molto utile per l'inserimento in questo settore professionale altamente specifico dei Logopedisti, infatti sul piano della formazione in scienze logopediche propedeutiche al primo anno, c'è proprio un modulo in cui si inseriscono le nuove frontiere per i logopedisti. La Prof.ssa Carlisi si impegna a creare una Convenzione con l'azienda.

Come detto prima viene molto apprezzato lo sforzo fatto dal CdS, soprattutto dal Direttore delle attività didattiche di organizzare moduli di tirocinio per coprire i vari aspetti che il futuro logopedista si troverà ad affrontare nel mondo del lavoro.

Il Dott. Petronaci evidenzia che le cure palliative dovrebbero essere maggiormente trattate nel CdL, ma la dott.ssa Paterniti, specifica che il discorso sulle cure palliative è ampio, l'ambito è stato già inserito in diversi moduli del percorso formativo: insegnamento di neuroriabilitazione dell'adulto al 2° anno, due moduli di tirocinio al 3° anno ed eventi di altre attività formative specifici. Proprio per questo si è creata la convenzione con la SAMOT due anni fa e si continuerà a lavorare insieme per valutare la fattibilità della proposta odierna e di ampliare ulteriormente l'argomento di cure palliative, anche con l'istituzione di un Master di I livello.

Il Dottor Parrivecchio evidenzia che i percorsi universitari, devono offrire spazi di confronto con le aziende come quelle delle protesi fonatorie e dell'implantologia cocleare. Questo punto è interessante e si pone attenzione, sottolineando che sono state accolte le proposte giunte per le altre attività formative rivolte agli studenti del 3° anno che sono state utili per colmare tale mancanza. A tal proposito la Prof.ssa Carlisi, insieme con la Dott.ssa Paterniti, ringraziano chi ha supportato le attività formative con vari eventi a titolo gratuito offerti agli studenti del CdS, sugli ambiti emersi in questo incontro proprio per ampliare le conoscenze ed attualizzarle ad oggi.

La Dott.ssa Dervishaj evidenzia che il percorso formativo fornito dal CdS è completo e certamente cresciuto negli ultimi dieci anni, l'unico suggerimento personale è quella di parlare al futuro logopedista della necessità di utilizzare strumenti di riabilitazione certificati dal Ministero della Salute e che siano dispositivi medicali supportati da evidenze scientifiche.

Infine, il Dott. Strano sottolinea l'importanza della multidisciplinarietà del CdS e suggerisce di creare condizioni affinché negli studenti si possano sviluppare modalità di esecuzione della professione che non trascurino la multidisciplinarietà acquisita nel percorso di studi.

#### **Punti di forza dell'offerta formativa proposta:**

Durante la riunione viene da tutti evidenziato che il corso è strutturato in modo tale da permettere agli studenti di acquisire conoscenze scientifiche ampie e di sviluppare competenze specifiche nell'ambito della riabilitazione logopedica, grazie ai vari insegnamenti frontali, al tirocinio e alle altre attività formative.

Durante il tirocinio è valida la strategia di trattare le diverse patologie trattate durante il percorso di studi.

Buona formazione degli studenti sulle materie di base.

- **Eventuali criticità dell'offerta formativa proposta:** Il Prof. Guccione evidenzia la necessità, vista la grande versatilità del logopedista, di un percorso di studi più lungo tra i 4-5 anni. Il Dott. Bua si impegna a far presente, insieme al Dott. Macaluso, alle commissioni di albo nazionale con gli ordini le esigenze di ampliare il percorso formativo del CdS. Il Dott. Macaluso, comunque evidenzia che il percorso formativo di tre anni velocizza l'inserimento nel mondo del lavoro, poiché il titolo è abilitante e che comunque, grazie ai tirocini, il CdS riesce a colmare alcune mancanze.

L'incontro si chiude alle 17:00

Allegati al verbale: 8 questionari parti sociali.

- 1) Dott. Angelo Ginestra per l'Arnas – Civico;
- 2) Dott. Alberto Bua –per l'Ordine tsrm – pstrp di Palermo;
- 3) Dott. Antonio Petronaci- per SAMOT;
- 4) Dott. Marco Parrivecchio- per azienda GM protesi fonatorie;
- 5) Dott. Alfredo Strano - per azienda Cochlear Impianti cocleari;
- 6) Dott.ssa Dorina Dervishaj Logopedista Specialist- per azienda Novafon;
- 7) Dott.ssa Antonella Iacono per Assessorato della Salute – Servizio 2 Formazione;
- 8) Dott.ssa Antonella Fiocco per L'Insieme Famiglia Onlus.

Firmato digitalmente da: Daniela Carlisi  
Organizzazione: UNIVERSITA' DEGLI STUDI  
DI PALERMO/80023730825  
Data: 04/04/2024 09:01:24



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |  |
|---|--|
| Denominazione   | <u>ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli palermo</u>                |
| Sede  | <u>Palermo</u>   |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Dirigente Responsabile UOS professioni Sanitarie di Riabilitazione |
| Data della compilazione   | 20/03/2024   |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |                                     |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                                     |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |                                     |                          |                          |                          |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |                                     |                          |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |   |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto   | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |   |                          |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  | La gestione del paziente disfagico in area critica sia adulto che in età neonatale ed evolutiva.<br>Valutazione e trattamento delle patologie complesse in età evolutiva. |                          |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| Sì     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No     | <input type="checkbox"/>            |
| Non so | <input type="checkbox"/>            |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/>            |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/>            |
| 3 (buono)    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/>            |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

La presenza di alcuni insegnamenti professionalizzanti che permettono l'acquisizione di modalità di valutazione e trattamento evidence, affidati direttamente al professionista competente.  
Il monte ore di tirocinio adeguato.

**7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

Aumentare gli insegnamenti professionalizzanti.  
Istituire percorsi di ricerca e di dottorato specifici per la professione.

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |   |
|---|---|
| Denominazione   | <u>Ordine TSRM e PSTRP della provincia di Palermo</u>                       |
| Sede  | <u>Via Ugo la Malfa, 30, 90146 Palermo PA</u>                               |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Presidente della Commissione di Albo Logopedisti della provincia di Palermo |
| Data della compilazione   | 26/03/2024  |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |                                     |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                                     |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |           |                          |                          |                          |
|---|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|   | ✓         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |           |                          |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |           |                          |                          |                          |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | ✓         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |           |                          |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  |           |                          |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| Sì     | <input type="checkbox"/> |
| No     | ✓                        |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | <input type="checkbox"/> |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

Il CdS in Logopedia ha un elevato grado di attrattività, i posti messi a bando annualmente vengono ricoperti e le immatricolazioni mantengono un trend regolare, essendo la figura professionale di Logopedista sempre più richiesta nell'ambito sanitario.

## **7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

Si evidenziano le seguenti criticità:

- Problematiche connesse allo svolgimento dei tirocini;
- Criticità nell'organizzazione del laboratorio professionale specifico. assente spazio ad esso dedicato, strumenti, attrezzature;
- Criticità relative alla didattica di primo anno per un insegnamento di 2 CFU (SSD MED/50) – SCIENZE TECNICHE MEDICHE - assegnato ad un docente non dello specifico profilo professionale. Viceversa, questo andrebbe assegnato ad un docente dello specifico profilo professionale come da normativa vigente.

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Denominazione   | S.A.M.O.T Onlus                    |
| Sede  | Via Libertà 193 - Palermo          |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Case Manager Sla – Cure Palliative |
| Data della compilazione   | 21/03/2024                         |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |           |                          |                          |                          |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | X         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |           |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |   |                          |      |                          |
|---|---|--------------------------|------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto   | Abbastanza               | Poco | Per niente               |
|   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | X    | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   | Si consiglia di lavorare su obiettivi formativi che non siano rivolti solo all'area riabilitativa o all'età evolutiva, ma in un'ottica di cure palliative. Trattare argomenti volti alla riduzione della sofferenza del malato affetto da patologie degenerative, al soddisfacimento di tutti i suoi bisogni assistenziali e al miglioramento della sua qualità di vita attraverso gli interventi logopedici. |                          |      |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |  |                          |      |                          |
|--|--|--------------------------|------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto  | Abbastanza               | Poco | Per niente               |
|  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | X    | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  | Si suggerisce di incrementare le lezioni frontali teoriche e laboratori pratici su un argomento così ampio e delicato come le cure palliative. |                          |      |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  | Valutare l'inserimento di un insegnamento nel corso di laurea specifico sul logopedista in cure palliative o un master specializzante          |                          |      |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| Sì     | X                        |
| No     | <input type="checkbox"/> |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | X                        |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

**6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?**

- Diversità di patologie trattate durante i diversi tirocini
- Disponibilità alla collaborazione
- Buona formazione degli studenti sulle materie di base

**7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

- Migliorare le conoscenze delle cure palliative, della loro importanza e del significato di “riabilitazione” per i nostri pazienti considerate le complessità delle patologie trattate;
- Migliorare la conoscenza dell’assistenza domiciliare, del lavoro multidisciplinare e dell’approccio al caregiver;
- Promuovere l’importanza del supporto psicologico per prevenire il burnout e di una migliore preparazione emotiva dello studente nel lavorare al domicilio col paziente affetto da patologie incurabili.

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |   |
|---|---|
| Denominazione   | <u>GM SRL</u>   |
| Sede  | <u>PALERMO, VIA RESUTTANA N.352/B</u>                           |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | BUSINESS DEVELOPER MANAGER LINEE DI PRODOTTI ENT % LARY/TRACHEO |
| Data della compilazione   | 22-03-2024  |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |                                     |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                                     |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |                          |            |                          |                          |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto                | Abbastanza | Poco                     | Per niente               |
|   | <input type="checkbox"/> | X          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |                          |            |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |                          |            |                          |                          |
|--|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto                | Abbastanza | Poco                     | Per niente               |
|  | <input type="checkbox"/> | X          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                          |            |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  |                          |            |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| Sì     | <input type="checkbox"/> |
| No     | X                        |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | <input type="checkbox"/> |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

Nella nostra esperienza aziendale, di pluriennale collaborazione con figure logopediche sia in termini di consulenza che di assunzioni, abbiamo sempre

rilevato grande preparazione e competenza nelle figure formate presso l'Ateneo palermitano nonché grande motivazione nell'espletamento della propria professione.

#### **7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

E' nostro parere che la durata del corso di laurea (3 anni) sia troppo breve vista l'ampiezza delle materie e dei campi di azione della figura logopedica. Sarebbe auspicabile, ove possibile, un percorso didattico di ulteriori due anni che possa orientare e specializzare il logopedista in branche specifiche (ad esempio l'ipoacusia, la riabilitazione e gestione del paziente laringectomizzato, etc...).

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Denominazione   | <u>Cochlear Italia srl</u>  |
| Sede  | <u>Bologna</u>              |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Regional Manager center-sud |
| Data della compilazione   | 26/03/2024                  |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |           |                          |                          |                          |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | X         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |           |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |           |                          |                          |                          |
|---|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|   | X         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |           |                          |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |           |                          |                          |                          |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | X         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |           |                          |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  |           |                          |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| Sì     | <input type="checkbox"/> |
| No     | X                        |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | X                        |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

Il corso è strutturato in modo tale da permettere ai partecipanti di acquisire conoscenze scientifiche ampie e di sviluppare competenze specifiche nel'

ambito della riabilitazione logopedica.

---

---

---

---

---

---

---

**7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

Vorremmo suggerire di creare condizioni affinché nei discenti si possano sviluppare modalità di esecuzione della professione che non trascuri la multidisciplinarietà, come giustamente viene curata nel corso.

---

---

---

---

---

---

---

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |   |
|---|---|
| Denominazione   | <u>NOVAFON</u>                          |
| Sede  | <u>Firenze</u>                          |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Responsabile della formazione in Italia |
| Data della compilazione   | 20.03.2024                              |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |                                     |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                                     |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |                                     |                          |                          |                          |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |                                     |                          |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |                                     |                          |                          |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto                           | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                                     |                          |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  |                                     |                          |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| Sì     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No     | <input type="checkbox"/>            |
| Non so | <input type="checkbox"/>            |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/>            |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/>            |
| 3 (buono)    | <input type="checkbox"/>            |
| 4 (ottimo)   | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

Trovo molto interessante ed utile, per la nuova generazione di logopedisti, la consapevolezza di quanto responsabilità ha questa figura.

- RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE elemento fondamentale per qualsiasi settore e professionista.

- CURA E RIABILITAZIONE.

- GESTIONE/MANAGEMENT sono elementi base per chi si troverà a lavorare in libera professione, quindi importantissimo prendere consapevolezza in anticipo.

### **7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

In tutta sincerità, il programma è curato nei minimi dettagli quindi da aggiungere non credo ci sia tanto. L'unico suggerimento personale è quella di parlare al futuro logopedista della necessità di utilizzare strumenti di riabilitazione certificati dal Ministero della Salute e che siano dispositivi medici.

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |   |
|---|---|
| Denominazione   | <u>Assessorato della Salute – Servizio 2<br/>Formazione</u> |
| Sede  | <u>Via Mario Vaccaro n. 5 PALERMO</u>                       |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Funzionario tecnico   |
| Data della compilazione   | 30 marzo 2024   |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |           |                          |                          |                          |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto | Abbastanza               | Poco                     | Per niente               |
|  | X         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |           |                          |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |   |            |                          |                          |
|---|---|------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto   | Abbastanza | Poco                     | Per niente               |
|   | <input type="checkbox"/>  | X          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   | Sarebbe interessante offrire strumenti per la ricerca in ambito logopedico costruendo uno specifico obiettivo formativo relativo alle competenze nel campo della ricerca. |            |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |  |            |                          |                          |
|--|--|------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto  | Abbastanza | Poco                     | Per niente               |
|  | <input type="checkbox"/>   | X          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  | Come indicato nella precedente sezione, sarebbe auspicabile, ove possibile, un ampliamento delle conoscenze di base della metodologia della ricerca intervento al fine di formare professionisti in grado di sistematizzare le conoscenze e le esperienze professionali e contribuire allo sviluppo della professione. |            |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  | Ricerca intervento in ambito sanitario/clinico   |            |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| Sì     | <input type="checkbox"/> |
| No     | X                        |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | <input type="checkbox"/> |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

**6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?**

Molto ben strutturato e in linea con i complessi bisogni di salute della popolazione.

**7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

Area della metodologia della ricerca

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*



## QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentil.mo/a Dott./ssa, Prof./ssa,  
poiché riteniamo che le competenze e le abilità che il Corso di Studio in Logopedia fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione, le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici. A tale scopo alleghiamo al presente questionario una sintetica scheda descrittiva del Corso; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

### CORSO DI STUDIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| Anno accademico      | <u>2023/2024</u>   |
| Tipo Corso           | <u>Laurea abilitante</u>                                       |
| Nome Corso di Studio | <u>Logopedia</u>   |
| <u>Classe</u>        | <u>L/SNT2</u>  |
| Sede Didattica       | <u>Palermo</u>   |
| Dipartimento         | <u>Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata (BiND)</u> |

### ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Denominazione   | <u>L'Insieme Famiglia Onlus</u> |
| Sede  | <u>Via Gaetano Sgarlata 16</u>  |
| Ruolo dell'intervistato all'interno dell'Organizzazione (azienda, ente,...) | Presidente dell'Associazione    |
| Data della compilazione   | 26.03.2024                      |

### 1. DENOMINAZIONE DEL CORSO

|  |                          |                                     |                          |                          |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – La denominazione del Corso di Studio comunica in modo chiaro le finalità del Corso stesso? | Del tutto                | Abbastanza                          | Poco                     | Per niente               |
|  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                          |                                     |                          |                          |

## 2. OBIETTIVI FORMATIVI

|   |                          |                                     |                          |                          |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – Gli obiettivi formativi del Corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la Sua azienda/organizzazione? | Del tutto                | Abbastanza                          | Poco                     | Per niente               |
|   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – Osservazioni e/o suggerimenti   |                          |                                     |                          |                          |

## 3. ABILITÀ/COMPETENZE

|  |                          |                                     |                          |                          |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze richieste per le figure professionali che il corso di propone di formare? | Del tutto                | Abbastanza                          | Poco                     | Per niente               |
|  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 – Osservazioni e/o suggerimenti  |                          |                                     |                          |                          |
| 3.3 – In particolare, quali attività formative ritiene utile inserire o potenziare?  |                          |                                     |                          |                          |

## 4- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| Sì     | <input type="checkbox"/>            |
| No     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non so | <input type="checkbox"/>            |

## 5 - DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1 (scarso)   | <input type="checkbox"/> |
| 2 (mediocre) | <input type="checkbox"/> |
| 3 (buono)    | <input type="checkbox"/> |
| 4 (ottimo)   | <input type="checkbox"/> |

## 6 - QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

---

---

---

---

---

---

---

**7 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE**

---

---

---

---

---

---

---

*La ringraziamo per la cortese collaborazione*