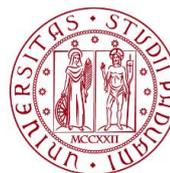


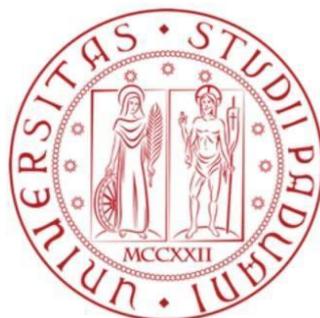


Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

TESI DI LAUREA

**Le competenze trasversali negli studenti delle professioni sanitarie:
un'analisi qualitativa**

Relatrice: Dott.ssa Patrizia Mussi

Laureanda: Marina Bettoni

Matricola: 2060422

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

Introduzione: nel contesto lavorativo odierno le *soft skills* stanno sempre più assumendo un ruolo rilevante. In letteratura sono moltissimi i *framework* che vanno ad individuarle e descriverle. Il contesto di studio, i corsi di laurea delle professioni sanitarie del polo didattico di Treviso, si caratterizza per un forte interesse sul tema dell'interprofessionalità. Dall'analisi della letteratura non sono emersi studi multiprofessionali che andassero a valutare la percezione degli studenti rispetto all'importanza che le singole *soft skills* rivestono nella loro futura professione con un *focus* riguardante la loro possibile educazione interprofessionale.

Obiettivo: individuare un set di competenze trasversali che studenti e tutor/coordinatori ritengono importanti per la figura professionale di riferimento. Obiettivo secondario consiste nell'analizzare la percezione dei partecipanti in riferimento alla proposta di educazione interprofessionale delle competenze individuate.

Materiali e metodi: studio descrittivo qualitativo. Sono stati condotti tre *focus group* multiprofessionali, che hanno coinvolto un totale di 24 partecipanti (tra studenti e tutor/coordinatori), sui quali è stata svolta un'analisi del contenuto identificando le parole chiave.

Risultati: sono state individuate un totale di 11 competenze trasversali: comunicazione efficace, *teamwork*, intelligenza emotiva, flessibilità, gestione dello stress, pensiero creativo, *empowerment*, consapevolezza situazionale, *problem solving*, *decision making* e *time management*. In riferimento al secondo obiettivo dello studio, la proposta di un'educazione interprofessionale in tema di *soft skills*, sono emersi pareri contrastanti rispetto alla fattibilità ed utilità di questa.

Conclusioni: le competenze individuate si allineano con quelle presenti in letteratura ed alcune di esse sono trasversali a più corsi di laurea; per una comprensione completa del fenomeno di studio potrebbe essere utile condurre altri due *focus group* (uno con gli studenti del primo anno, uno con professionisti attivi nella clinica). Non avendo raggiunto l'accordo in riferimento all'educazione interprofessionale delle competenze emerse potrebbe essere interessante esplorare il tema con professionisti attivi nella clinica e studenti iscritti al primo anno proponendo, al contempo ed in via sperimentale, una proposta educativa interprofessionale tra corsi di laurea più affini.

Keywords: *nursing students*, *midwife students*, *health professional students*, *non-technical skills*, *soft skills*, *interprofessional education*.

SOMMARIO

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I. BACKGROUND	3
1.1 “Origini” delle competenze trasversali	5
1.2 Definizione di “competenze trasversali”	7
1.2.1 Le principali tassonomie delle competenze trasversali	10
1.3 La formazione nell’ambito delle competenze trasversali	11
CAPITOLO II. DEFINIZIONE DELLE PRINCIPALI COMPETENZE TRASVERSALI	13
2.1 La consapevolezza situazionale	13
2.2 Il problem solving	15
2.3 Il decision making	16
2.4 L’autoefficacia	18
2.5 La creatività	19
2.6 L’intelligenza emotiva	20
2.7 La comunicazione efficace	23
2.8 Il teamwork	26
2.9 La leadership	29
2.10 La gestione dello stress	31
2.11 Affrontare la fatica	34
CAPITOLO III. INTERPROFESSIONALITÀ NEL MONDO SANITARIO	37
3.1 La collaborazione interprofessionale	37
3.2 L’educazione interprofessionale	43
CAPITOLO IV. ANALISI DEL CONTESTO DI STUDIO	47
4.1 Corsi attivati nel polo didattico di Treviso	48
4.2 L’educazione interprofessionale nella sede di Treviso	49

CAPITOLO V. OBIETTIVO DELLO STUDIO	51
CAPITOLO VI. MATERIALI E METODI.....	53
CAPITOLO VII. RISULTATI	57
7.1 Descrittiva del campione	57
7.2 Competenze trasversali emerse	58
7.2.1 Area relazionale.....	61
7.2.2 Area personale	62
7.2.3 Area cognitiva.....	63
7.2.4 Area organizzativa	63
7.3 Educazione interprofessionale.....	63
CAPITOLO VIII. DISCUSSIONE.....	65
8.1 Limiti dello studio	71
CAPITOLO IX. CONCLUSIONI	73
TAKE HOME MESSAGE	74
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

Al termine del percorso di studi lo studente neolaureato ha la possibilità di entrare nel mondo del lavoro; indipendentemente dal settore professionale specifico è possibile affermare che per svolgere l'attività lavorativa efficacemente il professionista deve essere competente.

Per garantire la presenza di professionisti competenti è necessario che il sistema scolastico, in particolare in questo caso quello universitario, aiuti e supporti gli studenti nello sviluppo di competenze.

Un professionista sanitario competente è colui che “è in grado di parlare o giudicare autorevolmente su argomenti di un'arte, di una disciplina” (competente in Vocabolario - Treccani).

Le competenze possono essere suddivise in due grandi macroaree: *hard skills* e *soft skills*.

Con il termine *hard skills* si fa riferimento a tutto il corpus di conoscenze tecnico-disciplinari proprie della professione; sono quindi quell'insieme di abilità tecniche che si applicano ad una determinata mansione e a determinati compiti, abilità che vanno a definire un professionista specifico e che vengono trasmesse agli studenti durante tutto il percorso di laurea triennale. Sono competenze misurabili e verificabili; oltre al percorso di studi queste vengono apprese con l'esperienza nel settore specifico del professionista.

Complementari alle *hard skills* sono le *soft skills*. I termini *soft skills* o *non-technical skills* possono essere tradotti in italiano come “competenze trasversali”; esse vengono definite come: “competenze cognitive, sociali e personali che contribuiscono all'attivazione di *performance* lavorative sicure e efficaci” (Flin et al., 2011).

Un professionista competente viene quindi definito tale se presenta sia competenze *hard* che *soft*. Ad oggi, nel contesto italiano, lo sviluppo e l'apprendimento delle competenze *hard* è ben definito e strutturato all'interno dei vari corsi di formazione; al contrario per le *soft skills* non sono presenti percorsi altrettanto chiari e delineati. Le motivazioni di questo possono essere molte, una tra tante potrebbe essere la “storia” e lo sviluppo nel tempo che è diverso tra le due: se le competenze tecniche teoriche hanno una lunga storia e sono da tempo riconosciute come importanti non si può affermare lo stesso per le competenze trasversali che si sono affermate più tardi nel tempo e quindi il loro sviluppo è ancora in corso.

Al giorno d'oggi le competenze più importanti per il successo nel mondo del lavoro, secondo le analisi condotte da organizzazioni internazionali come il World Economic Forum, indipendentemente dal settore produttivo, sembrano prescindere dalle conoscenze e competenze

tecniche e disciplinari degli specifici settori e riguardano le dimensioni cognitive, metacognitive, intra ed interpersonali dei lavoratori (WORLD ECONOMIC FORUM, 2020). L'importanza delle competenze trasversali è quindi certamente riconosciuta in tutti i settori lavorativi.

Per i professionisti sanitari uno dei primi aspetti che si presenta all'ingresso nel mondo del lavoro è quello riguardante la sicurezza e la gestione del rischio clinico: ogni struttura e servizio presenta un proprio documento di valutazione dei rischi che il professionista è tenuto a conoscere e, durante la fase di inserimento, è obbligatoria la partecipazione a corsi in ambito di sicurezza (movimentazione carichi, formazione rispetto al rischio di incendio...) per tutelare sia il lavoratore ma anche e soprattutto l'assistito/utente.

L'importanza della sicurezza e la gestione del rischio clinico sono emersi e sono stati nuovamente sottolineati durante la pandemia da COVID-19. Nel contesto specifico, l'emergenza sanitaria correlata alla pandemia ha impegnato in modo importante i professionisti sanitari che si sono ritrovati a fronteggiare in prima linea il virus ma soprattutto si sono trovati ad agire in un contesto notevolmente mutato sia dal punto di vista lavorativo che socio-relazionale. La pandemia da COVID-19 ha messo a dura prova il personale sanitario esposto ad un maggior rischio di infezione ma anche ad un sovraccarico fisico ed emotivo: turni di lavoro pesanti e prolungati, l'utilizzo di determinati dispositivi di protezione individuale che rendevano sicuramente il lavoro più sicuro ma anche fisicamente più intenso, i repentini cambi di *setting*, l'evoluzione della malattia non chiara (soprattutto nella prima fase della malattia) e la riduzione delle risorse umane sono solo alcuni dei cambiamenti e delle difficoltà incontrate durante la pandemia. Le competenze richieste al professionista sanitario durante la pandemia sono state molteplici ed in vari ambiti; le competenze tecniche sono state importanti ma forse lo sono state ancor di più quelle trasversali. È stata infatti richiesta ai professionisti sanitari una grande capacità di adattamento e di flessibilità, nonché una forte resilienza.

Nella definizione di *non-technical skills* emerge che queste “concorrono a garantire prestazioni lavorative sicure ed efficaci”. La sicurezza viene meno quando si verificano errori o nel momento in cui eventuali errori non vengono intercettati e conseguentemente segnalati. Questi trovano molteplici cause e concause scatenanti, in particolare il “fattore umano”. In letteratura viene evidenziato che molti errori ed eventi indesiderati sono dovuti proprio alla mancanza di competenze non tecniche piuttosto che ad una mancanza di competenze “*hard*”.

Diventa quindi necessario garantire una formazione rispetto alle *non-technical skills*, in particolare nell'odierno contesto sanitario.

CAPITOLO I. BACKGROUND

Il termine “competenza” deriva dal latino “*cum-petere*”, “chiedere”, “dirigersi verso”, “pretendere”, ma anche dal verbo “competere”, “far fronte”. Il tema della competenza nell’ambito professionale è stato discusso, in Italia, a partire dagli anni Ottanta delineando questa come dinamica e multifattoriale, non riconducibile quindi alla sola dimensione meccanica (D’Amario et al., 2015).

Sono varie le definizioni del termine competenza. Nel libro “*The competent manager*”, Boyatzis definisce la competenza “una caratteristica personale intrinseca, una motivazione, un tratto, una *skill*, un aspetto dell’immagine di sé o d’un ruolo sociale, o il corpo di conoscenze usato da una persona” (Boyatzis, 1982). In accordo, Lyle e Signe Spencer, asseriscono che la competenza sia “una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente correlata ad una *performance* efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito” (Spencer & Spencer, 1995 citato in D’Amario et al., 2015).

La competenza è quindi intrinseca e stabile. Essa si caratterizza per cinque elementi costitutivi (D’Amario et al., 2015):

- Motivazione: fattore che comporta il prefissarsi ed il raggiungere un obiettivo senza lasciarsi fuorviare da stimoli esterni;
- Tratti: propensione fisica, psicologica, innata ed anche derivata dall’educazione che comporta una reazione ben definita dinnanzi a determinate situazioni;
- Immagine di sé: valori e credenze che il soggetto nutre su di sé e che comportano fiducia nelle proprie capacità e dunque nella riuscita del compito;
- Conoscenze: informazioni possedute riguardanti vari temi e saperi dichiarativi e procedurali;
- *Skills*: insieme di abilità cognitive, relazionali e psicologiche fondamentali per la riuscita di un dato compito.

I fattori sopra elencati possono essere raggruppati in nascosti/sommersi (motivazione, tratti, immagine di sé) e osservabili (conoscenze e *skills*).

Spencer e Spencer identificano un ulteriore elemento sommerso, il ruolo sociale (Spencer & Spencer, 1995).

L'approccio differenzia inoltre due grandi gruppi in base alla *performance*:

- Competenze soglia: le caratteristiche di base necessarie per ottenere una *performance* minima (*performance* efficace);
- Competenze distintive: le caratteristiche peculiari che consentono di distinguere un soggetto di livello superiore dalla media (*performance* superiore).

Il modello ISFOL (Istituto per Lo Sviluppo Della Formazione Professionale Dei Lavoratori) distingue le competenze in (D'Amario et al., 2015):

- Competenze di base: competenze generali che fanno riferimento ad una dimensione di appartenenza culturale. Esse sono trasferibili a vari compiti e contesti e richiedono una preparazione sia professionale che generale della persona;
- Competenze tecniche: competenze specifiche di un dato lavoro, acquisite in determinati ambiti disciplinari;
- Competenze trasversali: competenze che si traducono in comportamenti efficaci. Consistono nel saper utilizzare le proprie abilità in base al contesto. Sono dunque molto flessibili e adattabili, non connesse ad uno specifico lavoro o mansione ma derivate dall'esperienza. Queste si ricollegano al concetto di risorse personali e sono suscettibili ad essere utilizzate in vari ambiti.

Quest'ultime possono essere differenziate dalle altre in base a tre peculiarità (D'Amario et al., 2015):

- Multidimensionalità: capacità strategiche, flessibilità e soluzione di problemi;
- Dinamicità: competenza come processo di apprendimento che coinvolge aspetti cognitivi, emotivi e sociali;
- Soggettività: il percorso che l'individuo costruisce deriva anche dai suoi valori e dalle sue preferenze.

Le competenze di un professionista sono quindi numerose ed estremamente eterogenee tra di loro. Il sistema informativo Excelsior, realizzato da Unioncamere e dall'Agenzia Nazionale Politiche Attive Lavoro (ANPAL) raccoglie ed analizza moltissimi dati riguardanti il mondo del lavoro in Italia. Tra i vari *report* prodotti si cita quello denominato "Laureati e lavoro, gli sbocchi professionali dei laureati nelle imprese, indagine 2022". Dalle loro analisi emerge che le competenze più richieste dalle imprese ai neolaureati e futuri lavoratori, indipendentemente dal settore specifico, sono la capacità di flessibilità e adattamento (85.8%), quella di lavorare in gruppo (82.4%) ed il *problem solving* (78.7%) oltre alle competenze

digitali (70.4%). Per avere maggiori *chance* di entrare nel mercato del lavoro, è quindi sempre più determinante possedere particolari competenze trasversali che rappresentano un valore aggiunto della persona (Unioncamere & ANPAL, 2022). Per ogni professione le competenze preferite e quindi più richieste differiscono; si riportano i dati relativi al contesto di studio, le professioni sanitarie (Fig. 1).



Figura 1: competenze da sviluppare indirizzo sanitario (Unioncamere & ANPAL, 2022)

A completamento di quanto descritto si menziona l’American Association of Colleges of Nursing che, nel suo *report*, ha individuato dieci domini con relative competenze per i futuri professionisti infermieri. Tra queste è possibile notare che alcune rientrano nell’ambito delle competenze trasversali (comunicazione efficace, collaborazione interprofessionale, *leadership*...) (American Association of Colleges of Nursing, 2021).

1.1 “Origini” delle competenze trasversali

Negli ultimi decenni diversi studi hanno enfatizzato che i pazienti ospedalizzati possono essere danneggiati a causa di errori ed incidenti che avvengono durante la loro cura (Pires et al., 2017).

La dinamica che porta all’incidente viene convenzionalmente illustrata attraverso il cosiddetto “modello del formaggio svizzero” (Fig. 2).

James Reason attraverso il suo modello esprime che gli incidenti solitamente sono causati da una sequenza di falle (i buchi del formaggio) presenti nelle difese di un’organizzazione. I meccanismi di difesa vengono illustrati con le varie fette del formaggio, avendo come

obiettivo quello di evitare l'allineamento tra i vari buchi (le falle del sistema). L'incidente si verifica quindi quando i vari buchi del formaggio si allineano e non trovano un meccanismo di difesa che intercetti l'errore.

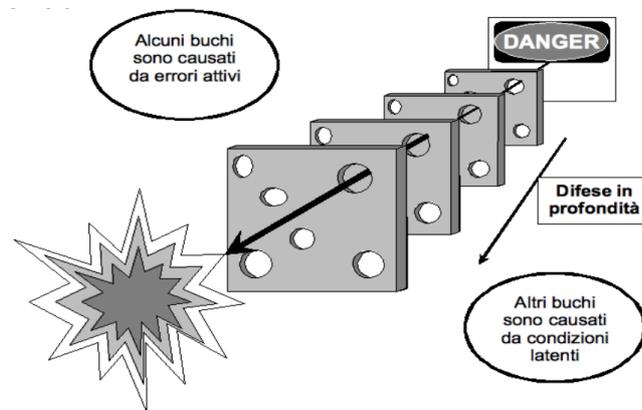


Figura 2: traiettoria dell'incidente secondo Reason (Flin et al., 2011)

Nonostante che l'errore umano sia inevitabile le persone possono promuovere la resilienza e la diffusione delle competenze che consentono il regolare funzionamento delle operazioni di sistemi tecnici imperfetti presenti all'interno di ambienti rischiosi (Flin et al., 2011).

Sebbene l'importanza dei fattori umani nello svolgimento delle attività sia nota da oltre 80 anni l'attenzione rispetto alle *non technical skills* (NTS) è nata a seguito di alcuni gravi incidenti aerei per i quali non è stato possibile individuare una causa tecnica primaria; questi dipendevano infatti da "errori umani" piuttosto che da problemi tecnici. Le prime esperienze formative si trovano infatti in questo settore, a partire dal 1981 con il cosiddetto *Crew Resource Management* (Prineas et al., 2021). L'aviazione non è l'unico settore in cui si sono verificati incidenti causati da errori umani; anche in sanità sono presenti numerosi incidenti determinati principalmente dal fallimento nelle competenze non tecniche. Nel settore sanitario, però, l'importanza dei fattori umani nella sicurezza del paziente è stata ampiamente riconosciuta solo a partire dagli anni '90. L'attenzione rispetto al tema è aumentata nel 2000 anno in cui furono pubblicati due rapporti: "*To Err is Human*" e "*An Organization with a Memory*" (Prineas et al., 2021). Nell'ambito sanitario si stima infatti che molti degli errori possono essere attribuiti a fallimenti comunicativi, coordinamento inadeguato del gruppo di lavoro e processi di *decision making* inefficienti (Bogner, 1994; Helmreich, 2000; Vincent, 2006 citati in Flin et al., 2011).

Generalmente, i problemi e le sfide nel trattamento del malato non derivano e non sono causate da mancanza di competenze cliniche ma piuttosto da lacune e quindi fallimenti nell'ambito delle competenze trasversali (Irwin & Weidmann, 2015 citato in Pires et al.,

2017); tali fallimenti potrebbero derivare dalla formazione: tradizionalmente gli operatori sanitari apprendono durante il loro percorso formativo conoscenze cliniche e sviluppano competenze tecniche mentre le competenze NTS vengono promosse in misura molto minore (Jepsen et al., 2015 citato in Pires et al., 2017).

La relazione tra *non-technical skills* ed errore può essere illustrata (Fig. 3). La mancanza di NTS non causa di per sé necessariamente un evento avverso ma aumenta la probabilità che si verifichi un errore, il quale a sua volta accresce la probabilità che si generi un evento avverso. Viceversa, la presenza di buone abilità non tecniche può ridurre la probabilità di commettere errori e, conseguentemente, di provocare eventi avversi (Flin et al., 2011; Flin & Maran, 2015 citato in Pires et al., 2017).

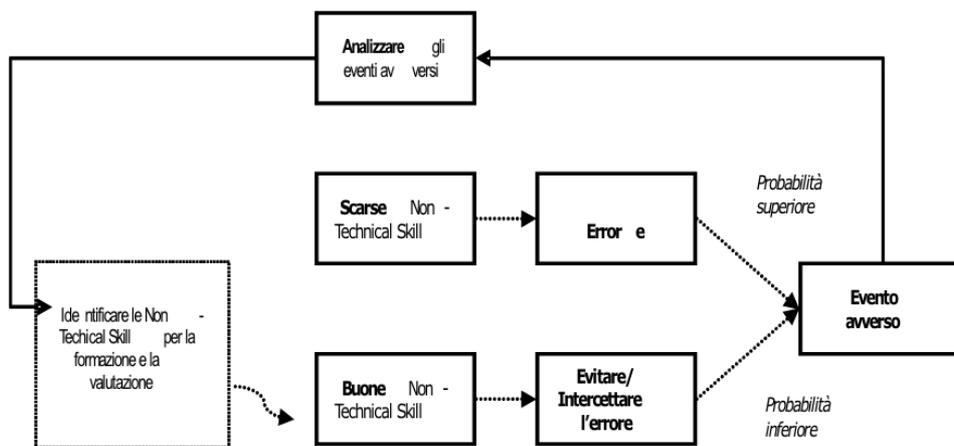


Figura 3: relazione tra NTS ed evento avverso (Flin et al., 2011)

1.2 Definizione di “competenze trasversali”

In Italia il concetto e l’attenzione sul tema delle competenze trasversali è stato promosso dal modello ISFOL precedentemente descritto.

Sono numerose le definizioni presenti in letteratura per i termini: competenze trasversali, *soft skills* e *non-technical skills*. Ne vengono riportate alcune tra le più citate in letteratura.

Flin et al., definisce il termine *non-technical skills* come: “competenze cognitive, sociali e personali, complementari alle competenze tecniche, che contribuiscono all’attivazione di *performance* lavorative sicure e efficaci” (Flin et al., 2011). Una seconda definizione proposta è la seguente: con il termine *non-technical skills* si fa riferimento a tutte quelle competenze cognitive ed interpersonali considerate come particolarmente importanti per la prevenzione di errori (Gundrosen et al., 2014; Nguyen et al., 2015 citati in Pires et al., 2017).

Prineas et al., nel loro manuale definiscono le competenze non tecniche come “una costellazione di abilità cognitive e sociali, esibite da individui e gruppi, necessarie per ridurre gli errori e migliorare le prestazioni umane nei sistemi complessi” (Prineas et al., 2021).

Non esiste una definizione univoca nemmeno del termine *soft skills*. Esse sono una combinazione dinamica di abilità cognitive, metacognitive, interpersonali, intellettuali e pratiche senza tralasciare l’etica ed i valori in generale (Kalauz et al., 2015; Rao, 2018 citati in Widad & Abdellah, 2022) che integrano le *hard skills* aggiungendo valore alla persona (Widad & Abdellah, 2022); sono quindi delle abilità e competenze che possono facilitare ed ottimizzare la *performance* della persona (Rodriguez Siu et al., 2021 citato in Sancho-Cantus et al., 2023). Queste competenze sono particolarmente importanti per i professionisti sanitari che, a causa della loro professione, si trovano ad entrare in contatto con pazienti e con le loro famiglie (Lau & Wang, 2014 citato in Sancho-Cantus et al., 2023).

Boyatzis definisce le competenze trasversali come quell’insieme di caratteristiche individuali connesse ad una prestazione lavorativa e situazionale di natura relazionale, organizzativa e cognitiva (Boyatzis, 1982 citato in D’Amario et al., 2015).

Le competenze trasversali possono anche essere considerate “competenze multiple”, ossia comuni a differenti contesti lavorativi. Sono capacità trasferibili da una professione all’altra, per tale motivo vengono definite con il termine trasversale.

Esse sono quindi una combinazione tra sapere, saper fare e saper essere (D’Amario et al., 2015).

A completamento si riporta il concetto di *life skills*. L’organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 1993 va a definire le “*life skills*” per studenti e adolescenti nelle scuole con l’obiettivo di assistere un futuro sviluppo. Le *life skills* possono essere definite come abilità/competenze che generano comportamenti adattivi e positivi che consentono alla persona di affrontare efficacemente le sfide della vita quotidiana. La definizione è molto ampia e quindi le *skills* individuate potrebbero differire tra culture e contesti (World Health Organization. Division of Mental Health, 1994).

Le *life skills* individuate dall’OMS sono dieci:

- *Decision making*: aiuta ad affrontare in modo costruttivo le decisioni da prendere;
- *Problem solving*;
- Pensiero creativo: contribuisce al processo decisionale e alla risoluzione di problemi consentendo di esplorare le alternative disponibili rendendo la persona più flessibile;

- Pensiero critico: è la capacità di analizzare informazioni ed esperienze oggettivamente;
- Comunicazione efficace;
- Abilità relazionali;
- Autoconsapevolezza: include il riconoscimento di punti di forza e di debolezza. È prerequisito per la comunicazione efficace e le abilità relazionali;
- Empatia: è la capacità di immaginare com'è la vita per un'altra persona, di mettersi nei suoi panni. Può aiutare a capire ed accettare che le persone possono essere molto diverse tra di loro migliorando quindi le relazioni interpersonali;
- Affrontare le emozioni: implica il riconoscimento delle stesse in sé stessi e negli altri consapevoli di come queste ci influenzano;
- Affrontare lo stress: consiste nel riconoscere le fonti di stress e l'influenza di queste riuscendo a controllarle.

Le competenze sopra elencate possono essere raggruppate in cinque aree illustrate in figura 4.

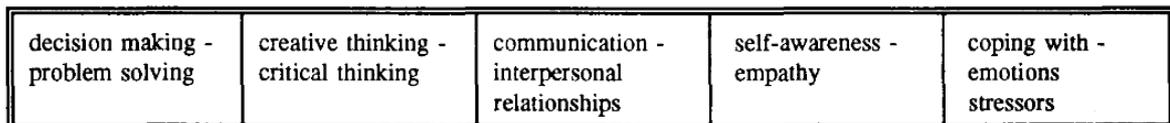


Figura 4: aree delle life skills (World Health Organization. Division of Mental Health, 1994)

Queste competenze possono prevenire problemi di salute secondo il meccanismo illustrato in figura 5.

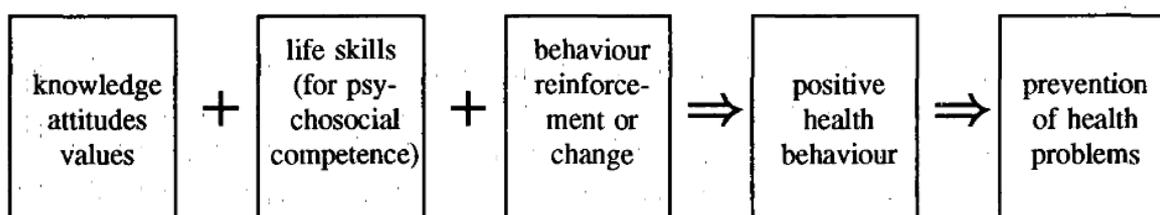


Figura 5: relazione tra life skills e prevenzione di problemi di salute (World Health Organization. Division of Mental Health, 1994)

1.2.1 Le principali tassonomie delle competenze trasversali

Oltre alle *life skills* precedentemente descritte sono numerose, in letteratura, le tassonomie che vanno a identificare le principali competenze trasversali. Ne vengono brevemente descritte alcune.

Palumbo elenca sei aree che delineano le principali competenze potenzialmente trasversali (Palumbo, s.d.):

1. La capacità di comunicare ad altri idee, sentimenti e informazioni utilizzando modalità e forme di espressione eterogenee;
2. La capacità di lavorare efficacemente in gruppo valorizzando le differenze individuali e sapendo gestire correttamente le dinamiche di gruppo;
3. La capacità di risolvere problemi, partendo dall'analisi della situazione fino a giungere all'ipotesi, alla progettazione e alla realizzazione della soluzione scelta;
4. La capacità di gestire positivamente situazioni difficili soprattutto dal punto di vista relazionale, ovvero situazioni potenzialmente conflittuali o momenti fonte di notevole stress;
5. La capacità di riflettere aumentando la consapevolezza rispetto a ciò che influenza e guida il proprio pensiero;
6. La capacità di fare un bilancio delle competenze possedute e del loro livello di sviluppo per rendere possibile la trasversalità delle stesse.

Le sette *non-technical skills* definite ed analizzate da Flin e colleghi sono (Flin et al., 2011):

- la consapevolezza situazionale (la capacità di prestare attenzione all'ambiente lavorativo);
- il *decision-making*;
- la comunicazione;
- il *teamwork* (il lavoro di gruppo);
- la *leadership*;
- la gestione dello stress;
- la capacità di sostenere la fatica.

Boyatzis suddivide le competenze trasversali in quattro aree (Boyatzis, 1982 citato in D'Amario et al., 2015):

1. Competenze personali: ponendo l'accento sulla sfera dell'autoconsapevolezza. Secondo l'autore l'individuo osservando e comprendendo le proprie emozioni può sviluppare una buona autoconsapevolezza, gestione dello stress, senso di autoefficacia ed orientamento all'obiettivo;
2. Competenze relazionali: si riferiscono a capacità comunicazione e di lavoro di gruppo. L'empatia permette all'individuo di comprendere e modulare il proprio comportamento in base alla persona con cui si relaziona, la comunicazione deve essere adattata al contesto e all'interlocutore coinvolto ed il lavoro di gruppo è facilitato da competenze comunicative ed empatiche;
3. Competenze cognitive: rientrano in questo gruppo le capacità di sintesi, di analisi, di *problem solving* (la capacità di trovare una soluzione ad un problema complesso), di creatività ed il *decision making* (processo mentale che ci guida nel compiere la scelta migliore tra le opzioni disponibili);
4. Competenze organizzative: riguardano la pianificazione, la gestione del tempo ed il controllo (monitoraggio e correzione di eventuali errori).

Partendo da questo modello D'Amario et al., nel loro libro, analizzano nove delle competenze sopra elencate: autoefficacia, gestione dello stress, comunicazione efficace, relazioni efficaci, intelligenza emotiva, lavoro di gruppo, creatività, *problem solving* e *decision making* (D'Amario et al., 2015).

1.3 La formazione nell'ambito delle competenze trasversali

L'implementazione delle competenze trasversali ha ricadute dirette sulla motivazione, sul benessere personale e, indirettamente, sul benessere organizzativo e sociale (Palumbo, s.d.). L'intervento nell'ambito delle *non-technical skills* può essere definito come ogni strategia di formazione che punta a promuovere la *performance* individuale, la conoscenza ed attitudini rispetto a queste. La formazione basata su simulazione ad alta fedeltà, con l'approccio *Simulation-Based Learning* (SBL) (Nicolaidis et al., 2018), sembra essere un ottimo strumento e metodo per l'insegnamento di competenze trasversali in quanto favorisce il trasferimento delle competenze acquisite nei contesti clinici traducendosi in cure migliori per il paziente (Boet et al., 2014 citato in Pires et al., 2017).

Gli *outcome* della formazione possono essere descritti come una triade (Fig. 6)



Figura 6: triade di outcome di un intervento sulle NTS (Nicolaidis et al., 2018)

Dalla classificazione si possono dedurre gli obiettivi ed esiti previsti che si classificano in: conoscenze (teorica dei principi su cui si basano le NTS), *performance* attuate (abilità misurata), atteggiamento verso le *performance* ed abilità (percezione soggettiva di utilità di ogni NTS) (Nicolaidis et al., 2018).

Sono numerosi i benefici derivanti da buone *soft skills*. In riferimento al professionista esse sembrano essere correlate ad una maggiore capacità di adattamento e di resilienza (Dou et al., 2022; Morón & Biolik-Morón, 2021; Persich et al., 2021; Rodríguez-Pérez et al., 2022 citati in Sancho-Cantus et al., 2023). Le *soft skills* aumentano, inoltre, la soddisfazione dei pazienti e della famiglia rispetto alle cure, migliorano la qualità di queste e agiscono come “fattore protettivo” contro disturbi come lo stress lavoro correlato e il *burnout* (Sancho-Cantus et al., 2023). Nella revisione di Nicolaidis et al., viene inoltre riportato che “le NTS dovrebbero essere viste come un catalizzatore per migliorare la competenza e le prestazioni personali in team e contesti multidisciplinari. La pluralità potrebbe portare innovazione, sostenibilità, crescita... che sono principi chiave per un’assistenza di qualità ed efficiente dal punto di vista monetario” (Fig 7) (Nicolaidis et al., 2018).

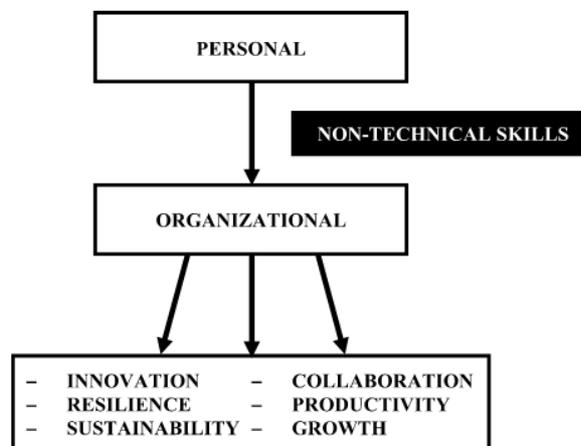


Figura 7: transizione e risultati prodotti dall’inserimento di NTS (Nicolaidis et al., 2018)

CAPITOLO II. DEFINIZIONE DELLE PRINCIPALI COMPETENZE TRASVERSALI

Facendo riferimento ai lavori di Flin e colleghi (Flin et al., 2011) e D'Amario e colleghi (D'Amario et al., 2015) verranno descritte le principali competenze trasversali menzionate in letteratura: la consapevolezza situazionale, il *problem solving*, il *decision making*, l'autoefficacia, la creatività, l'intelligenza emotiva, la comunicazione efficace, il *teamwork*, la *leadership*, la gestione dello stress e affrontare la fatica.

2.1 La consapevolezza situazionale

Con il termine “consapevolezza situazionale” si intende la conoscenza di ciò che sta accadendo attorno alla persona. Essa viene definita da Endsley come la percezione degli elementi dell'ambiente presenti all'interno di un periodo di tempo e di un determinato spazio, la comprensione del loro significato e la proiezione del loro status nell'immediato futuro (Endsley, 1995 citato in Flin et al., 2011). È quindi quel processo utilizzato per la costruzione e per il controllo di una situazione; un'abilità cognitiva che è percezione e attenzione.

Sono tre gli elementi che compongono la consapevolezza situazionale (Flin et al., 2011):

1. Raccolta di informazioni;
2. Interpretazione delle informazioni;
3. Anticipazione di stati futuri.

Essi sono tra loro connessi ed influenzati da preconcetti, aspettative, esperienze, carico di lavoro, regole organizzative e fattori culturali.

La raccolta delle informazioni, il primo degli elementi che compone la consapevolezza situazionale, avviene attraverso i cinque sensi e corrisponde alla percezione degli elementi presenti nella situazione (Flin et al., 2011). Nel processo possono verificarsi situazioni che comportano il fallimento dello stesso. Le criticità che Endsley individua sono: mancata disponibilità dei dati, difficoltà nell'individuare/percepire i dati, fallimenti nell'analisi o osservazione dei dati ed errata interpretazione degli stessi (Endsley, 1995 citato in Flin et al., 2011). Sono molte le situazioni “patologiche” che si possono osservare come, per esempio, la cecità nei confronti del cambiamento dove la persona non si accorge che alcuni elementi

sono variati o il “sogno ad occhi aperti” dove l’attenzione viene spostata su pensieri interiori piuttosto che su stimoli esterni.

Il secondo elemento, l’interpretazione delle informazioni raccolte, consiste nel dare un significato ai dati raccolti e si basa sulla conoscenza immagazzinata nella memoria a lungo termine. Il processo di comprensione ed interpretazione è facilitato dalla presenza di “modelli mentali” ovvero strutture di conoscenza che rappresentano combinazioni particolari di segnali con un significato correlato. I modelli mentali si sviluppano nel tempo e con l’esperienza; per questo motivo i novizi hanno modelli mentali meno corposi e di numero inferiore rispetto agli operatori esperti e sono quindi costretti ad impiegare più tempo ed energie per cercare di comprendere ed interpretare dati ed informazioni attivando processi di analisi sistematiche e di comparazioni tra le possibili interpretazioni (Flin et al., 2011). La mancanza di un modello mentale o un modello mentale povero, l’utilizzo di un modello mentale errato, l’eccessiva fiducia nel valore del modello e fallimenti della memoria sono le ragioni che, secondo Endsley, possono spiegare errori nella comprensione di situazioni (Endsley, 1995 citato in Flin et al., 2011).

L’anticipazione degli stati futuri costituisce il terzo livello della consapevolezza situazionale; esso è costruito sulla base del livello precedente e si riferisce alla capacità di considerare cosa potrebbe accadere successivamente. Tramite la comprensione della situazione, l’individuazione del significato di questa e l’utilizzo di conoscenze immagazzinate a seguito di esperienze passate è possibile prevedere come la situazione potrebbe svilupparsi nell’immediato futuro (Flin et al., 2011).

È possibile individuare alcuni segnali che indicano la “perdita di consapevolezza” come per esempio: l’ambiguità con informazioni provenienti da due fonti contrastanti, la fissazione con attenzione focalizzata su un unico aspetto escludendo gli altri, la confusione rispetto alla situazione, la difficoltà nel perseguire un compito, la difficoltà nel raggiungere obiettivi, il fallimento nella risoluzione di discrepante e la sensazione negativa rispetto alla situazione che si evolve (CAA, 2006; Okray & Lubnau, 2003 citati in Flin et al., 2011).

La consapevolezza situazionale è legata al livello di concentrazione ed attenzione; è quindi opportuno che il lavoratore mantenga parte della mente “libera” in modo da affrontare efficacemente un eventuale carico di informazioni. Lo stress e la fatica sembrano ridurre la capacità di attenzione; inoltre, considerando che la consapevolezza situazione dipende molto dalla memoria a breve termine, essa è influenzata da distrazione, interruzione e sovraccarico di stimoli (Flin et al., 2011).

2.2 Il problem solving

Il *problem solving* si realizza grazie al collegamento tra abilità cognitive e di ragionamento (Mercier & Sperber, 2011 citato in D'Amario et al., 2015).

Per risolvere i problemi si parte da un flusso di informazioni provenienti dai vari sensi che vengono integrate, elaborate fino a giungere all'emissione di una risposta (Neisser, 1976 citato in D'Amario et al., 2015). Questo approccio viene definito *Human Information Processing* e rappresenta il paradigma dominante della psicologia cognitiva che fa ampio ricorso a modelli mentali parziali rivalutando l'introspezione e la coscienza.

Il processo di *problem solving* viene ripreso da Karl Popper ne "La Conoscenza e il problema corpo mente" (2013), ma lo stesso autore, già nel 1969, definiva il processo della ricerca scientifica con sei fasi che conducono alle scoperte (Popper, 2014 citato in D'Amario et al., 2015):

- Si "inciampa" in un problema;
- Si studiano tutti i tentativi messi in atto come soluzioni;
- Si cercano soluzioni alternative;
- Si applicano le soluzioni;
- Si misurano gli effetti;
- Si aggiusta la strategia fino a renderla efficace.

Il *problem solving* rappresenta quindi l'insieme di metodi per trovare soluzioni e quindi permettere il raggiungimento degli obiettivi specifici (Nardone, 2013 citato in D'Amario et al., 2015).

All'interno del *problem solving* di fondamentale importanza è il pensiero critico in quanto esso consente di concettualizzare, applicare, analizzare, sintetizzare e/o valutare le informazioni raccolte o prodotte tramite l'osservazione, l'esperienza, la riflessione, il ragionamento o la comunicazione (Scriven & Paul, 1987 citato in D'Amario et al., 2015).

L'abilità di *problem solving* si rivela importante in tutti gli ambiti della vita, non solo in quello lavorativo. Di fronte ad un problema la prima strategia che si tende ad utilizzare è quella che in passato, per problemi simili ha funzionato; ma se questa si rivela inefficace si tende a riproporla nella convinzione che possa funzionare piuttosto che ricorrere a soluzioni alternative, applicando il cosiddetto "pensiero meccanico" definito da Luchins (Luchins, 1942 citato in D'Amario et al., 2015).

Sono due i principali approcci al *problem solving*: l'approccio breve strategico e l'approccio cognitivo-comportamentale. Il primo ha come *focus* la soluzione del problema piuttosto che la ricerca delle cause e del perché lavorando sul presente e non sul passato. Primo *step* è la definizione empirica del problema stesso, fino ad ottenerne un'immagine concreta evitando limiti percettivi e preconetti (Nardone, 2013 citato in D'Amario et al., 2015). Al contrario, l'approccio cognitivo-comportamentale ha come obiettivo quello di ridurre e prevenire la psicopatologia rendendo l'individuo in grado di far fronte ai problemi efficacemente in modo adattivo (D'Amario et al., 2015).

2.3 Il decision making

Il *decision making* è il processo che permette di formulare un giudizio, la scelta di un'opzione o di come sviluppare una certa azione per rispondere ai bisogni in una determinata situazione. La pressione esercitata dal tempo, le richieste del compito, la praticabilità delle opzioni, il supporto e le risorse presenti, così come la conoscenza tecnica, il livello di esperienza, la familiarità con la situazione, lo stress, il rumore, le distrazioni e le interruzioni influenzano inevitabilmente il processo descritto (Flin et al., 2011).

Prendere una decisione significa quindi scegliere a seguito di un'attenta valutazione, un'alternativa fra tante (D'Amario et al., 2015).

Il processo della scelta può essere suddiviso in due principali componenti: quella emotiva che genera una valutazione immediata allo stimolo e quella razionale che implica una valutazione influenzata dai valori dell'individuo (D'Amario et al., 2015).

Esistono vari modelli che descrivono il processo di *decision making*, tra cui quello naturalistico e quello dinamico (Flin et al., 2011).

In figura 8 viene rappresentato graficamente un modello semplificato di *decision making*.

È possibile identificare quattro elementi del processo di *decision making* (Flin et al., 2011):

1. Valutazione della situazione e definizione del problema;
2. Generazione di una o più opzioni di risposta;
3. Selezione ed implementazione di un'opzione;
4. Revisione dei risultati.

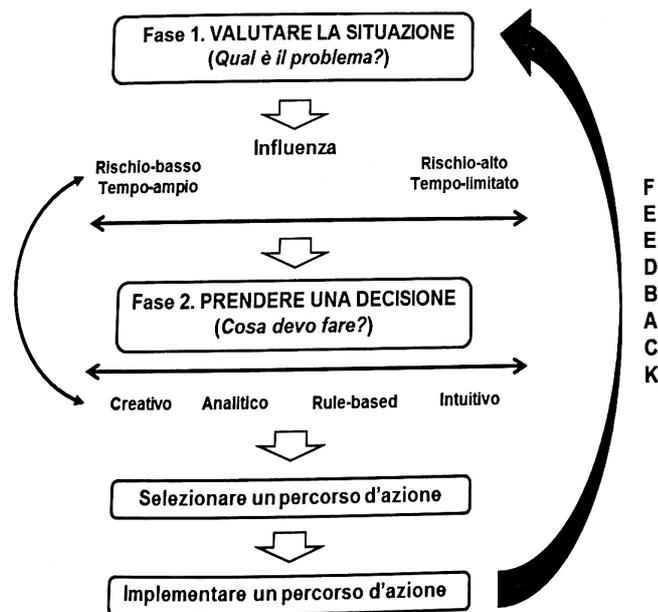


Figura 8: modello semplificato di decision-making (Flin et al., 2011)

La valutazione della situazione, il primo degli elementi del *decision making*, comprende l'indagine mirata e l'analisi dell'ambiente di lavoro con l'obiettivo di dare significato alla situazione esistente di partenza. La valutazione della situazione diventa maggiormente complessa quando questa è nuova o alterata; come per la consapevolezza situazionale l'esperienza, il carico di lavoro e le aspettative influenzano questa parte del processo. I segnali presenti potrebbero essere mal interpretati o ignorati alterando la valutazione della situazione e la successiva definizione del problema (Flin et al., 2011).

La generazione di opzioni con la selezione di quella più appropriata (secondo e terzo elemento) sono fortemente condizionate dal tempo a disposizione e dal rischio intrinseco nel problema (Flin et al., 2011).

È possibile identificare quattro principali metodi che portano alla selezione di una delle opzioni individuate:

- Metodo induttivo: si basa su risposte utilizzate in situazioni precedenti simili, su schemi e prototipi (Flin et al., 2011), esso si rivela utile per situazioni che richiedono decisioni rapide ed irreversibili in tempi brevi (Orasanu & Shafto, 1995 citato in Flin et al., 2011);
- Metodo basato sulle regole: si basa su procedure ed è molto utilizzato da personale novizio (Flin et al., 2011);

- Metodo basato sulla comparazione di opzioni: definito anche modello analitico, prevede la generazione di diversi percorsi e scelte identificando gli aspetti rilevanti e richiedendo, quindi, molto tempo e un importante sforzo mentale (Flin et al., 2011);
- Metodo creativo: richiede un percorso d'azione nuovo; viene utilizzato in situazioni poco familiari e potrebbe condurre a soluzioni innovative (Flin et al., 2011).

L'ultima fase del processo consiste nella revisione dei risultati con un *feedback* rispetto a quanto messo in atto (Flin et al., 2011).

2.4 L'autoefficacia

Il termine autoefficacia viene definito da Bandura come la “convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessarie per gestire adeguatamente le situazioni che le persone incontrano in modo da raggiungere i risultati prefissati”. L'autoefficacia è quindi una misura di ciò che la persona sente di saper fare (Bandura, 2000 citato in D'Amario et al., 2015). Bandura sottolinea l'importanza dell'ambiente con una teoria basata su tre fattori. Secondo il suo modello, quello del reciproco determinismo triadico, l'agire dell'individuo deriva dall'interazione tra ambiente, sistemi cognitivi e comportamento dove l'ambiente non è determinato ma potenzialmente influenzabile dall'*agency* del soggetto (D'Amario et al., 2015) con le persone che determinano il loro agire a partire dalla fiducia che hanno in sé stessi e verso le loro azioni.

Il concetto di autoefficacia fa quindi riferimento ad una percezione soggettiva delle competenze che una persona possiede in un determinato contesto. Essa è correlata ad esperienze passate e dipende da percezione, cognizione e codifica di informazioni.

Bandura indica quattro fonti di autoefficacia (D'Amario et al., 2015):

- Esperienza diretta: quando la persona esperisce un miglioramento nelle sue capacità aumenta la sua autoefficacia e viceversa;
- *Modeling*: apprendimento vicario osservando successi altrui (quando l'individuo crede di poter riuscire a fare ciò che ha portato un'altra persona al successo);
- Persuasione: attraverso *feedback* altrui;
- Meccanismi fisiologici: le emozioni possono influenzare le *performance* e l'esperienza.

L'autoefficacia del soggetto può essere alta o bassa ed è connessa ad altre competenze trasversali come la creatività, il *problem solving* e l'intelligenza emotiva (Khalid & Zubair, 2014 citato in D'Amario et al., 2015).

Ulteriore costrutto connesso ai processi motivazionali è il *locus of control*. Esso è il processo attraverso cui l'individuo attribuisce a sé stesso o a fattori esterni le conseguenze delle proprie azioni (D'Amario et al., 2015; Rotter, 1990); corrisponde alla percezione del soggetto sul controllo degli eventi. Il *locus of control* è interno quando la persona considera le conseguenze di un evento esito delle sue azioni mentre esso è esterno quando le conseguenze dell'evento vengono attribuite a fattori che non sono controllate dal soggetto ma che appunto possono essere definite esterne. Le persone con *locus of control* interno ritengono quindi che successi o insuccessi dipendano da loro stessi mentre coloro con *locus of control* esterno attribuiscono fattori esterni a successi o insuccessi (D'Amario et al., 2015).

2.5 La creatività

La creatività viene definita da Freud come la capacità di ricorrere a contenuti inconsci e preconsoci, connotati da una determinata produttività; è la capacità che sfrutta la plasticità cerebrale per rispondere alle situazioni e ai problemi attraverso le risorse e le funzioni dell'individuo stesso (D'Amario et al., 2015).

Lo psicologo Vygotskij la considera invece come una qualità propria di ogni individuo, una risposta al bisogno della persona di adattamento definendo che l'attitudine alla creatività si manifesta con modalità diverse nelle persone in base a fattori sociali, culturali ed intellettuali (D'Amario et al., 2015) mentre Rogers e Maslow la definiscono come la conferma di un buon funzionamento dell'individuo inteso come il raggiungimento di un equilibrio comportamentale (Maslow, 1971; Rogers, 1981 citati in D'Amario et al., 2015).

Guilford (1967) ritiene che la creatività sia associata al pensiero "divergente". Il pensiero divergente rispetto a quello convergente genera soluzioni insolite; esso è quindi un pensiero creativo che si caratterizza per la sua scioltezza (*fluency*) nel generare molte idee, flessibilità (*flexibility*), originalità (*originality*) nel trovare soluzioni diverse da quelle normalmente adottate e la capacità di elaborare (*elaboration*) in modo diverso (D'Amario et al., 2015).

Orientamenti più recenti, come quello di Andreasen, vedono la creatività con un approccio multidimensionale composto da quattro dimensioni (Andreasen, 2012 citato in D'Amario et al., 2015):

- Dimensione della persona con studi sulla personalità con test che misurano gli aspetti creativi;
- Dimensione del processo con studi relativi a procedure per stimolare il pensiero creativo;
- Dimensione del prodotto caratterizzato da novità;
- Dimensione dell'ambiente con studi sull'ambiente socioculturale e lavorativo.

I *Cognitive psychologists* individuano cinque fasi del processo creativo: preparazione, incubazione, intuizione, verifica, valutazione/elaborazione (Sawyer, 2006 citato in D'Amario et al., 2015).

La creatività entra in gioco in vari aspetti della nostra vita, dalla gestione dello stress, fino al processo di *problem solving*. In quest'ultimo la creatività trova il suo agire prevalentemente nelle prime fasi: porre un problema nuovo, definire le difficoltà del problema, attivare un meccanismo di cambiamento, scegliere la soluzione. Osservare il problema da più punti di vista, ricercare soluzioni passate e scomporre il problema sono solo alcune delle tecniche che si possono utilizzare in maniera creativa per risolvere i problemi (D'Amario et al., 2015).

2.6 L'intelligenza emotiva

Il concetto di intelligenza emotiva unisce aspetti cognitivi ed emozionali.

L'emozione è la sensazione generata da situazioni caratterizzata da vissuti soggettivi e reazione biologica (D'Amario et al., 2015). Di grande importanza sono quelli che vengono definiti "neuroni specchio" che si attivano quando un individuo esegue un movimento o lo vede eseguire da qualcuno (D'Amario et al., 2015). Essi intervengono nella comprensione delle emozioni proprie ed altrui per migliorare la relazione entrando in empatia con l'altro (Goleman, 2011 citato D'Amario et al., 2015). Alla base delle emozioni c'è quindi un processo cognitivo complesso che per giungere alla risposta comportamentale parte da una valutazione cognitiva iniziale (D'Amario et al., 2015).

Molti studiosi hanno rivolto il loro interesse verso le emozioni come Arnold (1960) che individua un nesso causale tra esperienza emotiva ed espressione emotiva, Darwin (1872)

che esprime che le espressioni facciali sono innate, universali e derivate dalle espressioni di altri conspecifici; ed Ekman che elaborò la teoria delle emozioni primarie identificando sei emozioni primarie che sono non scomponibili, innate, comuni a tutte le popolazioni e correlate a sei espressioni facciali diverse. Le sei emozioni identificate sono (D'Amario et al., 2015):

- Gioia;
- Sofferenza;
- Rabbia;
- Paura;
- Disgusto;
- Sorpresa.

Le emozioni possono essere viste e definite da più punti di vista essendo estremamente complesse; l'unica interpretazione possibile deriva dall'unione dei vari modelli precedentemente descritti. In generale, le emozioni negative incidono sui comportamenti futuri e contribuiscono alla percezione di noi stessi mentre quelle più positive scompaiono più velocemente (D'Amario et al., 2015).

Il concetto o costrutto di intelligenza emotiva viene definito da Goleman (1996) come la capacità di regolare le emozioni in maniera funzionale (Goleman, 2011 citato D'Amario et al., 2015). L'intelligenza emotiva non coincide con l'intelligenza che viene definita dal quoziente intellettivo.

I primi studi sull'intelligenza, nel 20esimo secolo, si basavano sulla valutazione delle differenze individuali in aspetti motori, percettivi e solo poi cognitivi facendo nascere le prime scale di misurazione dell'intelligenza basate sul quoziente intellettivo. Nel 1927 Spearman identificò il cosiddetto fattore generale o G che corrisponde alla capacità di ragionamento (D'Amario et al., 2015).

Da qui alcuni modelli sull'intelligenza tra cui quello di Guilford (1967) secondo cui l'intelligenza deriva dalla combinazione di operazioni, contenuti e prodotti e quello di Sternberg (1987), secondo cui l'intelligenza deriva dall'interazione tra il contesto esterno, le componenti interne e le esperienze compiute dal soggetto enfatizzando quindi il concetto di intelligenza sociale (D'Amario et al., 2015).

Una terza teoria, la teoria delle intelligenze multiple di Gardner, enfatizza la multidimensionalità del costrutto “intelligenza”. Essa identifica infatti nove tipologie di intelligenza (D’Amario et al., 2015):

- Intelligenza logico matematica (osservazione e confronto tra dati concreti);
- Intelligenza linguistica (tradurre attraverso le parole il pensiero includendo la fonetica, la riflessione...);
- Intelligenza musicale;
- Intelligenza spaziale (percezione e orientamento nello spazio);
- Intelligenza interpersonale (interazione con gli altri);
- Intelligenza corporeo-cinestesica (comunicare attraverso il proprio corpo);
- Intelligenza naturalistica (tipica di chi apprezza l’ambiente esterno);
- Intelligenza esistenziale (capacità di porsi domande oltre le questioni concrete e quotidiane).

L’intelligenza emotiva viene definita da quattro caratteristiche (D’Amario et al., 2015):

1. La capacità di percepire ed esprimere le emozioni discriminando i contenuti in base al contesto;
2. La capacità di direzionare le emozioni in funzione dell’attività cognitiva;
3. La capacità di esprimere attraverso la comunicazione emozioni comprendendo l’effetto che esse hanno;
4. La capacità di sperimentare le emozioni valorizzando quelle positive ed affrontando in maniera adeguata quelle negative.

Goleman enfatizza inoltre le differenze individuali nell’ambito dell’espressione emotiva e definisce l’intelligenza emotiva come un equilibrio tra competenze personali e sociali; l’individuo viene quindi definito “emotivamente intelligente” quando apprende dall’esperienza, riconosce ed interpreta le emozioni proprie ed altrui e adatta i propri stati emotivi in funzione dei propri obiettivi. Questo processo necessita quindi di grande autoconsapevolezza. La capacità di controllo e regolazione di impulsi richiede quindi: consapevolezza delle proprie emozioni distinguendole ed affrontandole efficacemente, controllo delle emozioni e motivazione di sé stessi (Goleman, 2011 citato D’Amario et al., 2015). L’aspetto sociale viene definito da Thorndike e riguarda le modalità di relazione con gli altri riconoscendo le emozioni altrui e gestendo le relazioni (Thorndike, 1920 citato in D’Amario et al., 2015).

Nell'ambito lavorativo l'intelligenza emotiva diventa estremamente utile quando si integra con quella razionale. L'interazione può avvenire a livello individuale con una maggiore consapevolezza delle proprie competenze personali, a livello di organizzazione aumentando la capacità di relazionarsi e di raggiungere obiettivi e a livello di entità/azienda creando una cultura che faciliti l'integrazione di decisioni strategiche ed azioni concrete (D'Amario et al., 2015).

2.7 La comunicazione efficace

La comunicazione è lo scambio di informazioni, *feedback*, idee ed opinioni che consente la diffusione di conoscenze e l'istituzione di relazioni, stabilisce schemi di comportamento prevedibili, permette di mantenere l'attenzione sul compito e costituisce un efficace strumento di gestione (Kanki & Palmer, 1993 citato in Flin et al., 2011).

Watzlawick propone cinque assiomi della comunicazione (Watzlawick, 1971 citato in D'Amario et al., 2015):

- Non si può non comunicare (anche il silenzio è comunicazione);
- Livello di contenuto e di relazione: il contenuto riguarda l'informazione e la relazione è la posizione adottata nei confronti della persona a cui si sta passando il messaggio;
- La punteggiatura: l'interpretazione viene delineata dalla punteggiatura che stabilisce il tipo di relazione;
- Comunicazione verbale e non verbale: la comunicazione verbale si riferisce alle parole utilizzate per esprimere i contenuti, quella non verbale include gesti, espressioni, postura... utilizzati per esprimere relazioni e per meta-comunicare;
- Interazione simmetrica e complementare: la comunicazione è simmetrica quando il rapporto tra i soggetti coinvolti è complementare.

È possibile individuare quattro elementi che compongono la comunicazione (Flin et al., 2011):

1. Inviare le informazioni in modo chiaro e conciso;
2. Includere variabili di contesto ed intenzioni dello scambio di informazioni;
3. Ricevere le informazioni;
4. Identificare e reindirizzare le barriere alla comunicazione.

La comunicazione, secondo quanto definito da Verrastro, deriva dall'interazione dei due emisferi cerebrali. È possibile definire l'emisfero sinistro come "parlante" e il destro come "silente". Nel primo risiedono prevalentemente le capacità logico-analitiche e linguistico-verbali (area di Broca che elabora la risposta e di Wernicke che permette la comprensione del messaggio) mentre nel secondo predominano i processi emozionali e non verbali che danno significato a quanto recepito in termini affettivi ed emozionali (Verrastro, 2004, 2008 citati in D'Amario et al., 2015).

La comunicazione può seguire il modello unidirezionale o bi-direzionale.

Il modello lineare della comunicazione di Weaver e Shannon prevede un emittente che trasmette il messaggio ad un ricevente, in una modalità unidirezionale (D'Amario et al., 2015).

Il modello semi-circolare della comunicazione di Schramm si configura come bi-direzionale; implica infatti che il ricevente a sua volta trasmetta un messaggio al mittente (Schramm, 1954 citato in D'Amario et al., 2015). Entrambi i modelli di comunicazione presentano vantaggi e svantaggi; in particolare, la comunicazione bi-direzionale sembra essere più accurata, affidabile ed efficace, consente il controllo e la correzione permettendo quindi di raggiungere una comprensione condivisa dell'informazione (Flin et al., 2011). La risposta prodotta dal "ricevente" costituisce il cosiddetto *feedback* che consente al mittente di assicurarsi che il significato contenuto nell'informazione sia stato compreso (Flin et al., 2011).

Tradizionalmente vengono identificate tre principali forme di comunicazione:

- Verbale: riguarda il significato proprio delle parole;
- Vocale: si riferisce al tono di voce utilizzato dalla persona che comunica;
- Non verbale: è il modo con cui le persone comunicano senza utilizzare le parole, include gestualità, postura...

Lo psicologo Albert Mehrabian, nel testo "*Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*", afferma che il 7% di un messaggio viene trasmesso tramite l'uso della comunicazione verbale mentre il 38% viene comunicato tramite il tono della voce ed il 55% attraverso il linguaggio del corpo (Mehrabian & Ferris, 1967 citato in D'Amario et al., 2015). La comunicazione non è quindi solo il contenuto verbale trasmesso ma anche la tipologia espressiva che si basa su tre fattori: il motivo per cui si comunica (motivazionale), il contenuto del messaggio (cognitivo) e il canale utilizzato (comportamentale) (D'Amario et al., 2015).

In letteratura vengono identificati molti stili comunicativi, ne vengono riportati i principali:

- Stile passivo che si caratterizza per l'incapacità di prendere posizione nella relazione comunicativa antepoendo i bisogni degli altri ai propri (D'Amario et al., 2015);
- Stile aggressivo dove predomina un atteggiamento aggressivo ed emozioni negative rispetto alla relazione comunicativa (D'Amario et al., 2015);
- Stile passivo-aggressivo che implica da un lato l'assecondare l'interlocutore dall'altro atteggiamenti ostili e comportamenti aggressivi (D'Amario et al., 2015);
- Stile manipolativo che si realizza quando si tenta di indurre gli altri a fare ciò che la persona vuole gestendone le emozioni (D'Amario et al., 2015);
- Stile assertivo caratterizzato da comunicazione efficace esprimendo i propri pensieri ed emozioni rispettando quelli altrui (D'Amario et al., 2015). Esso richiede persistenza, obiettività, validazione mantenendo il *focus* sulla questione corrente; si trova a metà tra la comunicazione passiva e la comunicazione aggressiva (Flin et al., 2011).

Secondo Reason le barriere alla comunicazione possono derivare da problematiche nei canali di comunicazione (canali non presenti, non funzionanti), nello scambio di informazioni (i canali sono presenti ma non vengono trasmesse le informazioni necessarie) e nella ricezione (quando il messaggio ricevuto viene mal interpretato o arriva troppo tardi) (Reason, 1997 citato in Flin et al., 2011).

La comunicazione viene definita efficace quando il messaggio viene trasmesso correttamente. Cutlip ha identificato sette caratteristiche peculiari della comunicazione efficace, note come le "7 C's of Communication" (Cutlip & Center, 1958 citato in D'Amario et al., 2015):

- Completezza: contiene tutte le informazioni che si vogliono trasmettere;
- Concisione: comprende ciò che è necessario evitando ridondanze;
- Considerazione: l'emittente filtra i contenuti in base all'interlocutore prendendo in considerazione i bisogni ed in generale il suo punto di vista per migliorare la ricezione del messaggio;
- Concretezza: il messaggio è accompagnato da dati concreti ed affermazioni sensate e verificabili;
- Cortesia: atteggiamento di apertura ed ascolto per creare un clima positivo;
- Chiarezza: il messaggio è il più specifico possibile. Fondamentale è trasmettere informazioni rilevanti utilizzando, se presenti, schemi standardizzati (Flin et al., 2011);

- Correttezza: assenza di errori grammaticali e sintattici per favorire la comprensione ed aumentare la credibilità dell'emittente.

Aspetto importante nel processo di comunicazione efficace è indubbiamente l'ascolto attivo che si realizza quando si ascolta con attenzione il messaggio verbale dell'altro ipotizzandone il vissuto, comunicando la propria impressione con empatia ricevendo poi un *feedback* confermativo o di correzione (D'Amario et al., 2015).

2.8 Il teamwork

Il lavoro di gruppo si realizza quando persone con esperienze e professionalità diverse cooperano per realizzare una determinata attività lavorativa. Il *teamwork* è estremamente diffuso nelle organizzazioni odierne ma comunicazione inadeguata, mancata chiarezza dei ruoli e soggetti impreparati a lavorare in gruppo sono barriere al lavoro di gruppo efficace (Lencioni, 2005 citato in Flin et al., 2011).

Un team può essere definito come l'insieme di due o più persone che interagiscono tra di loro in modo dinamico, indipendente e adattivo per il raggiungimento di un obiettivo/una missione comune, dove ogni membro ha un ruolo o una funzione specifica e la cui appartenenza è limitata nel tempo (Salas et al., 1992 citato in Flin et al., 2011). Un gruppo non è però la sola somma dei singoli membri ma è necessaria l'integrazione di conoscenze psicologiche, sociologiche, etologiche e di antropologia sociale (D'Amario et al., 2015).

Fattori individuali come le esperienze e competenze, la *leadership* e le strutture del team (ruoli, status...) influenzano le dinamiche di gruppo e quindi a sua volta le *performance* del gruppo stesso come mostrato in figura 9.

All'interno del gruppo è opportuno che i ruoli dei singoli membri siano chiari o vengano chiariti; ogni persona può esercitare più di un ruolo (Flin et al., 2011).

Secondo Hackman (Hackman, 2003 citato in Flin et al., 2011), in riferimento agli *input* individuali, l'efficienza del lavoro di gruppo deriva dalla combinazione di tre processi: l'impegno, le strategie di *performance* e le conoscenze ed abilità.

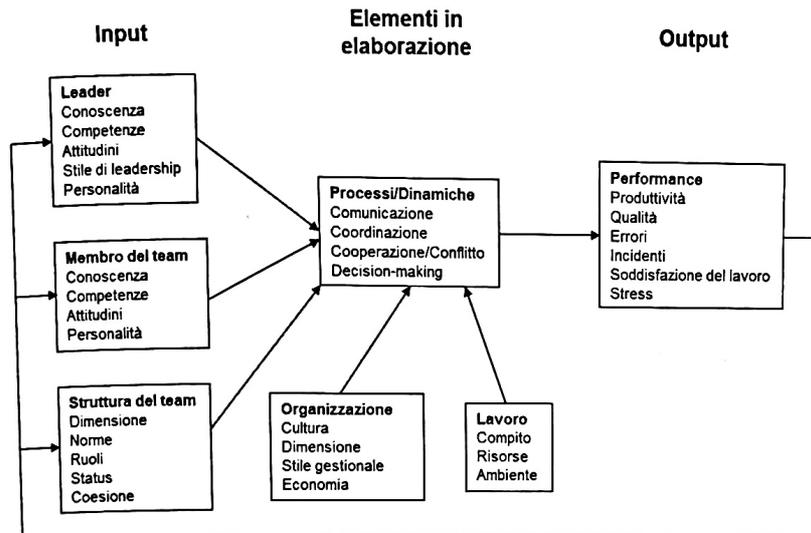


Figura 9: il modello del processo delle performance di gruppo (adattato da Steers, 1988; Unsworth & West, 1999 citati in Flin et al., 2011)

Tradizionalmente, secondo quanto delineato da Tuckman è possibile individuare cinque fasi di sviluppo del gruppo di lavoro (Tuckman, 1965 citato in Flin et al., 2011):

1. La costruzione del gruppo caratterizzata da ambiguità, confusione ed insicurezza;
2. La fase conflittuale nella quale emergono conflitti tra i membri in relazione al compito;
3. La generazione di procedure dove si stabilisce una comunicazione aperta basata sul confronto che conduce alla definizione di modelli procedurali condivisi;
4. L'esecuzione della *performance* con il team focalizzato sugli obiettivi da raggiungere, sul sostegno reciproco e la fiducia.

Tale modello viene poi integrato da una quinta fase, quella legata allo scioglimento del gruppo che si realizza al completamento dell'attività prevista (Tuckman & Jensen, 1977 citato in Flin et al., 2011).

Il *teamwork* si sviluppa in quattro elementi (Flin et al., 2011):

1. Supportare gli altri;
2. Risolvere i conflitti;
3. Scambiare informazioni;
4. Coordinare le attività.

Il primo elemento che definisce il *teamwork*, sostenere gli altri membri del team, è prerequisito per definire il team come efficace. Il sostegno dei membri del gruppo si realizza attraverso la suddivisione del carico di lavoro, l'accettazione delle responsabilità individuali, il

mantenimento di buone relazioni di lavoro e la promozione della trasparenza (Flin et al., 2011).

Per comprendere il secondo elemento, la risoluzione di conflitti, è essenziale ricordare che il conflitto ha generalmente connotazione negativa ma può anche essere uno stimolo per il confronto propositivo e quindi costruttivo. West individua tre principali abilità legate alla risoluzione del conflitto: promuovere un dibattito utile, gestire il conflitto all'origine, utilizzare strategie costruttive e non distruttive (West, 2004 citato in Flin et al., 2011). Nelle strategie costruttive rientra il "metodo senza perdenti" o Metodo III proposto da Gordon che si caratterizza per una soluzione che non comporta vincitori né vinti (io vinco – tu vinci) (Gordon, 1991 citato in D'Amario et al., 2015). Elemento fondamentale durante la gestione di un conflitto è l'assertività che si caratterizza per la persistenza, l'essere obiettivi, l'accettare le critiche come *feedback*, la verifica della verità restano fedeli ai fatti e l'utilizzo di uno *humor* appropriato (Flin et al., 2011).

In riferimento al terzo elemento, lo scambio di informazioni, è necessario partire dal presupposto che per raggiungere gli obiettivi è richiesta una comunicazione tra i membri del gruppo che sia adeguata rispetto al compito ed al contesto. Le abilità necessarie, individuate da West per una buona comunicazione includono: l'utilizzare uno stile di comunicazione aperto, di sostegno e tecniche di ascolto attivo, il prestare attenzione al non verbale e l'attenzione al valore delle interazioni (West, 2004 citato in Flin et al., 2011).

Il quarto elemento, coordinare le attività, è fondamentale in quanto uno scarso coordinamento può aumentare la probabilità di errori ma anche di conflitti; è quindi indispensabile garantire un'equa distribuzione del carico di lavoro tra i singoli membri del team, il monitoraggio delle *performance* individuali e lo scambio efficace di informazioni e sostegno reciproco (Flin et al., 2011).

L'efficienza del gruppo viene definita dagli *output* prodotti dallo stesso (Guzzo & Dickson, 1996 citato in Flin et al., 2011). Essa dipende sicuramente dalle abilità dei singoli membri del team e dalle risorse disponibili ma anche dalle interazioni tra i vari membri e quindi dal rapporto di interdipendenza (Marks et al., 2001 citato in Flin et al., 2011).

Sono pertanto moltissime le caratteristiche che vanno a definire un team di lavoro efficace come, per esempio: la competenza individuale, la comunicazione chiara e concisa, la motivazione legata al compito, l'orientamento collettivo e la condivisione degli obiettivi e della *mission* (Flin et al., 2011). Ulteriori connotati sono: la comprensione condivisa dei compiti

e ruoli con modelli mentali condivisi, il senso di efficacia collettiva, l'anticipazione, la flessibilità ed il monitoraggio della *performance* individuale con autocorrezione (Flin et al., 2011). Al contrario ruoli non chiaramente definiti, la mancanza di un coordinamento esplicito e difficoltà comunicative possono condurre alla generazione di incidenti causati da *teamworking* inefficace (Rouse et al., 1992 citato in Flin et al., 2011).

2.9 La leadership

La *leadership* riguarda la direzione ed il coordinamento di un gruppo, la valutazione delle *performance*, l'assegnamento di compiti, la promozione del lavoro di gruppo, lo sviluppo di abilità e competenze interne, la pianificazione e programmazione e la promozione motivazionale atte a garantire un'atmosfera di lavoro positiva (Salas et al., 2004 citato in Flin et al., 2011). Essa può quindi essere definita come la capacità del *leader* di indurre gli altri a fare ciò che crede giusto fare utilizzando le proprie abilità (influenza interprofessionale, definizione di obiettivi e comunicazione) (Furnham, 2005 citato in Flin et al., 2011); *leader* che è colui che influenza più di quanto è influenzato (Brown, 1990 citato in D'Amario et al., 2015).

La *leadership* si caratterizza per quattro elementi principali (Flin et al., 2011):

1. L'uso dell'autorevolezza e dell'assertività che consente di creare un'atmosfera positiva che favorisca il confronto;
2. Il mantenimento degli standard;
3. La pianificazione e definizione delle priorità;
4. La gestione del carico di lavoro e delle risorse del *leader* stesso e del gruppo.

Sono moltissime le teorie proposte che delineano le *performance* e lo stile di *leadership*. Le teorie più "tradizionali" si focalizzano sulle caratteristiche del *leader*, sullo stile e sulla contingenza (situazionale) mentre le più recenti sono teorie di *leadership* trasformativa e basate sul carisma.

Le teorie sulle caratteristiche del *leader* individuano degli aspetti fisici, di *background* sociale, di personalità... che sono presenti maggiormente nei *leader* rispetto ai *non-leader*. Alcune caratteristiche sono: intelligenza, richiesta di potere, autostima, energia e conoscenza del compito (Arnold, 2005 citato in Flin et al., 2011).

Al contrario delle teorie sulle caratteristiche del *leader* quelle sullo stile di *leadership* si focalizzano sulle modalità adottate per gestire le situazioni ed il gruppo. Tradizionalmente,

secondo quanto definito da Lewin et al., è possibile definire tre stili di *leadership* (Lewin et al., 1939 citato in Flin et al., 2011):

- Stile autoritario/direttivo che si caratterizza per la centralizzazione dell'autorità, scelte unilaterali e partecipazione ridotta;
- Stile democratico/partecipativo contraddistinto dal coinvolgimento dei membri del gruppo nelle scelte con delega di autorità;
- Stile *laissez-faire* dove il *leader* partecipa minimamente e i membri del gruppo hanno completa libertà decisionale.

Le teorie sullo stile di *leadership* possono inoltre essere definite in base all'orientamento del *leader* al compito (produttività) o al benessere (persone). Uno stile autoritario, per esempio, prevede un alto orientamento al compito e basso alle persone.

Le teorie situazionali emergono negli anni '70 partendo dal presupposto che non esiste uno stile di *leadership* adeguato in tutte le situazioni ma che questo debba essere adattato sulla base delle dimensioni del gruppo, dell'ambiente, delle risorse e delle strategie disponibili. Sono numerose le teorie sviluppate partendo da tale definizione, tra cui quella di Hersey e colleghi, i quali affermano che una *leadership* efficace si basa sulla capacità di adattamento dello stile del *leader* al livello dei membri del gruppo (Hersey et al., 2000 citato in Flin et al., 2011). Essi definiscono quindi quattro stili diversi di *leadership* che si distinguono per il livello di considerazione (associata e riferita al benessere delle persone e alle relazioni) e la struttura iniziale (riferita ai compiti ed attività lavorative in generale).

All'interno delle teorie situazionali rientra la teoria della contingenza di Fiedler secondo cui l'efficacia della *leadership* dipende dalla struttura del compito, da quella affettiva dei rapporti tra *leader* e membri del gruppo e dal livello di potere del *leader* (Fiedler, 1967 citato in D'Amario et al., 2015).

La *leadership* trasformazionale prevede invece che *mission* e *vision* vengono ben definite e che i membri del gruppo vengano incoraggiati ad esprimere il loro parere; è una *leadership* attenta al contesto, basata sulla relazione, sul *feedback* e sul raggiungimento degli obiettivi (D'Amario et al., 2015). Il *leader* trasformazionale si caratterizza per un importante carisma (infonde fiducia ed ottiene rispetto), ispirazione, stimolazione intellettuale (promuove la crescita dei membri del gruppo) e considerazione individualizza (tratta tutti allo stesso modo) (Flin et al., 2011). Approccio simile è l'apprendimento cooperativo che si contraddistingue per il coinvolgimento attivo dei membri del gruppo per il raggiungimento del fine comune

partendo dal concetto che esistono differenti abilità per conseguire l'obiettivo predefinito. Esso si caratterizza per una *leadership* che viene definita "distribuita" in quanto può essere svolta da più membri del gruppo in base alle funzioni del gruppo stesso (Flin et al., 2011).

Infine, la *leadership* transazionale prevede uno "scambio" tra *leader* e membri del gruppo secondo un meccanismo di ricompensa (Flin et al., 2011).

2.10 La gestione dello stress

Il termine stress viene definito da Lazarus e Folkman come "una reazione particolare che si instaura tra la persona e l'ambiente che determina una condizione di eccessivo sforzo e di impiego di risorse capace di mettere in pericolo il benessere individuale" (Lazarus & Folkman, 1984 citato in Flin et al., 2011). Similmente esso viene definito dall'*Health and Safety Executive* (HSE) come "la reazione negativa che le persone manifestano di fronte ad una pressione eccessiva o ad altri tipi di richieste poste su di loro" (HSE, 2005 citato in Flin et al., 2011). Lo stress è positivo quando stimola le risorse personali mentre è disfunzionale e negativo se comporta una perdita di energia e rappresenta la risposta organica e psicologica che l'individuo fornisce nell'affrontare difficoltà che si presentano (D'Amario et al., 2015).

In maniera semplicistica è possibile affermare che lo stress si verifica quando viene perso "l'equilibrio" tra richieste e risorse dell'individuo. Quando le richieste eccedono le risorse a disposizione si manifesta lo stress; al contempo se le risorse eccedono di molto le richieste la persona potrebbe sentirsi poco stimolata ed annoiata (D'Amario et al., 2015). Sono inoltre presenti dei fattori che possono essere definiti mediatori in grado di ridurre o eliminare gli effetti che lo stress provoca sull'individuo (Flin et al., 2011).

In generale vengono definiti "*stressor*" gli elementi che caratterizzano la situazione ovvero gli stimoli che intervengono sulla persona e lo "stress" come la risposta dell'organismo allo *stressor* (D'Amario et al., 2015).

Gli elementi che identificano e definiscono la gestione dello stress sono tre (Flin et al., 2011):

1. Identificazione delle cause;
2. Riconoscimento di sintomi ed effetti;
3. Implementazione delle strategie di *coping*.

Quando l'esposizione allo *stressor* è prolungata può verificarsi la sindrome generale di adattamento (GAS) che, secondo quanto definito da Selye, si compone di tre fasi (Fig. 10) (Selye, 1956 citato in D'Amario et al., 2015):

- Allarme: primi meccanismi di *coping* con attivazione del sistema nervoso autonomo;
- Resistenza: l'organismo si sforza per adattarsi alla situazione che persiste;
- Esaurimento: l'esposizione all'evento si protrae e le energie si esauriscono provocando danni.

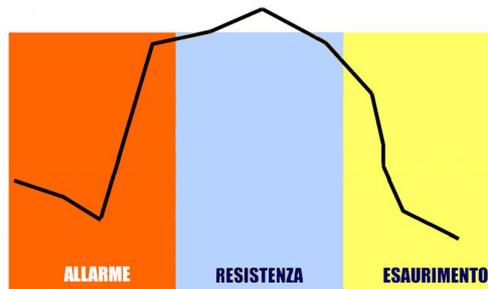


Figura 10: sindrome generale di adattamento di Selye (D'Amario et al., 2015)

Il termine stress ha un'accezione negativa; in realtà è possibile distinguere due tipologie di stress (D'Amario et al., 2015):

- *Distress* ovvero lo stress negativo che corrisponde alla terza fase (esaurimento) descritta da Selye;
- *Eustress* che corrisponde allo stress positivo che si affronta in situazioni che generano stimoli positivi.

Lo stress può essere suddiviso in due grandi aree: stress acuto e stress cronico.

Lo stress acuto ha una durata breve e deriva da situazioni non attese. I fattori di stress possono essere: ambientali (rumore, temperatura...), novità ed incertezza e fattori associati al compito (ansia da prestazione, carico di lavoro eccessivo, pressione del tempo...) (Flin et al., 2011). I sintomi di stress acuto si suddividono in individuali e di gruppo. Tra i sintomi individuali sono presenti: indicatori comportamentali, indicatori legati all'emotività, indicatori somatici/fisici ed indicatori cognitivi (Flin et al., 2011). I principali sintomi di gruppo si verificano con una regressione ad uno stato di base con un *focus* sul proprio compito ed attività individuale (Flin et al., 2011).

Le esperienze negative di stress acuto possono causare senso di colpa, pensieri intrusivi, tristezza... fino al disturbo da stress post traumatico quando i sintomi persistono nel tempo

(più di un mese). L'*American Psychiatric Association* (APA) definisce in maniera precisa i criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico, che sono (EpiCentro, s.d.):

- Esposizione ad evento traumatico;
- Persistenza dell'evento (sperimentazione continua) con episodi di intrusione;
- Volontà di evitare contatti con persone e cose associate al trauma con conseguente mancata elaborazione;
- Ipersensibilità ed ipervigilanza.

Lo stress cronico si realizza invece nel lungo periodo a causa di condizioni lavorative persistenti. Tale fenomeno è ampiamente presente e rappresentato nelle organizzazioni lavorative odierne, in particolare tra gli operatori sanitari (Houtman, 2005 citato in Flin et al., 2011). L'HSE identifica sette categorie di fattori dello stress lavoro-correlato: richieste legate al lavoro (carico di lavoro, ambiente, rumore e temperatura...), controllo (mancato controllo di una persona sul proprio lavoro), relazioni interprofessionali (rapporti conflittuali), cambiamento (comunicazione e gestione del cambiamento), ruolo (comprendere se gli operatori hanno chiaro il ruolo che assumono), supervisione e manager ed interfaccia casa-lavoro. Il segno più evidente che identifica lo stress cronico riguarda il cambiamento dei comportamenti abitualmente assunti. I sintomi individuali coincidono con quelli menzionati per lo stress acuto. Vanno inoltre ad aggiungersi indicatori organizzativi come: elevato *turnover*, assenteismo, scarsa disponibilità di tempo ed aumento di *near miss* ed incidenti (Cox, 1993 citato in Flin et al., 2011).

Atteggiamento efficace, indipendentemente dalla tipologia di stress, è la resilienza. La persona resiliente riesce a resistere a situazioni faticose; tale caratteristica è in parte intrinseca nella persona ma può essere rafforzata a seguito di eventi stressanti (D'Amario et al., 2015). Secondo Kumpfer sono sei i fattori che influenzano la resilienza: eventi traumatici, contesti ambientali, fattori di resilienza interna, processi di transizione tra persona ed ambiente, processo di resilienza, adattamento e reintegrazione (Kumpfer, 1999 citato in D'Amario et al., 2015).

Di fondamentale importanza sono le strategie di *coping* che possono essere orientate sul problema o sulle sensazioni emotive (Flin et al., 2011). Il *coping* centrato sul problema ha l'obiettivo di individuare le modalità più adatte per risolvere la situazione stressante (D'Amario et al., 2015) mentre le strategie indirizzate verso gli aspetti emotivi hanno come scopo l'elaborazione e la gestione positiva di emozioni e sensazioni negative prodotte dai fattori di stress (Flin et al., 2011). Endler e Parker aggiungono una terza tipologia di strategie

di *coping*, quelle centrate sull'evitamento che si realizzano quando la persona nega e minimizza il problema ponendo attenzione ad altre attività ricercando sollievo o supporto sociale (Endler & Parker, 1990 citato in D'Amario et al., 2015).

Per ridurre lo stress il primo *step* necessario consiste nell'identificarne la causa; in Italia la valutazione dello stress lavoro-correlato è obbligatoria e regolata dal Decreto Legislativo 81/2008. Tradizionalmente la prevenzione si articola in tre livelli: primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria consiste, per lo stress acuto, nell'insieme degli interventi atti ad aumentare il bagaglio di esperienza delle persone per consentir loro di affrontare più efficacemente situazioni che possono comportare stress, mentre, per lo stress cronico, ha come obiettivo finale l'eliminazione di fonti di stress intrinseche all'ambiente di lavoro (Flin et al., 2011). La prevenzione secondaria consiste nell'identificazione precoce di sintomi di stress, infine, la prevenzione terziaria si occupa del trattamento, riabilitazione e recupero di individui colpiti da stress e dai suoi effetti (Flin et al., 2011).

2.11 Affrontare la fatica

La fatica comporta una ridotta capacità lavorativa e una diminuzione della qualità delle *performance* da minore attenzione percezione e *decision-making* (Flin et al., 2011). Il termine “fatica” viene definito da Caldwell e Caldwell come “lo stato di stanchezza associato alle lunghe ore di lavoro, ai periodi prolungati senza dormire o a richieste di lavoro che non rispettano i termini biologici e circadiani del corpo” (Caldwell & Caldwell, 2003 citato in Flin et al., 2011).

Gli elementi che definiscono la capacità di affrontare la fatica sono tre (Flin et al., 2011):

1. Identificazione delle cause;
2. Riconoscimento degli effetti prodotti dalla fatica;
3. Implementazione di strategie di *coping*.

La gestione della “fatica” risulta innanzitutto complessa in quanto non sono presenti strumenti che ne consentano la misurazione. La fatica viene identificata attraverso metodi soggettivi, chiedendo quindi direttamente alle persone interessate di indicare le proprie sensazioni e metodi comportamentali ovvero indicatori di stanchezza (sbadigli, colpo di sonno...) (Flin et al., 2011).

Alla base della fatica stanno ore prolungate di lavoro e la mancanza di sonno quindi l'unico modo per recuperare le forze consiste nel riposo (Flin et al., 2011). Gli effetti della fatica si manifestano nella sfera cognitiva, nelle abilità motorie, nella comunicazione ma anche nelle interazioni sociali.

Molti lavoratori svolgono la loro attività su turni; è auspicabile che questi abbiano una rotazione in avanti (mattina-pomeriggio-notte) e che sia presente un idoneo tempo di riposo tra un turno e l'altro. Il turno diurno non dovrebbe iniziare troppo presto, quello pomeridiano non dovrebbe finire tardi e quello notturno dovrebbe terminare il prima possibile; queste tre affermazioni sono tra loro contrastanti, è quindi necessario ricercare un punto d'incontro tra i tre (Flin et al., 2011).

Inoltre, abitudini di vita come la dieta, la luce ed evitare l'assunzione di alcolici potrebbero migliorare la tolleranza alla fatica (Flin et al., 2011).

CAPITOLO III. INTERPROFESSIONALITÀ NEL MONDO SANITARIO

La necessità di rafforzare i sistemi sanitari è una delle sfide più importanti che la comunità globale deve affrontare; questa sfida si è ancor più manifestata ed è quindi diventata più chiara durante la pandemia da COVID-19. La carenza di operatori sanitari, indipendentemente dalla professione svolta, è spesso un ostacolo per il raggiungimento di obiettivi di salute. Già nel 2006 l'OMS ha risposto alla carenza di risorse umane con la risoluzione WHA59.23 che richiedeva un potenziamento del personale attraverso varie strategie, tra cui l'uso di "approcci innovativi all'insegnamento" garantendo una distribuzione delle competenze ed un adeguato *skill mix*. Inoltre, negli ultimi anni, con l'aumento delle malattie croniche e della complessità assistenziale risulta necessario adottare una stretta collaborazione tra i professionisti sanitari all'interno dell'*équipe*, riconoscendo e valorizzando i vari ruoli. Una delle soluzioni proposte è la collaborazione interprofessionale che consente di soddisfare i bisogni di salute massimizzando le risorse che per definizione sono limitate (World Health Organization, 2010).

3.1 La collaborazione interprofessionale

Dall'analisi della letteratura sul tema dell'interprofessionalità si desume che il lavoro in team interprofessionali aiuta a massimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, garantendo la continuità delle cure coinvolgendo il paziente e/o la famiglia nel processo decisionale (Bianchi, s.d.). L'interazione implica che i membri del gruppo siano indipendenti ma che abbiano mutuo rispetto e fiducia negli altri (Begley, 2003 citato in Begley, 2009). La collaborazione interprofessionale consente quindi di migliorare gli esiti di salute (Chaboyer & Patterson, 2001; McPherson et al., 2001; Payne & King, 1998 citati in Begley, 2009) e promuove la soddisfazione sul lavoro dei vari professionisti coinvolti (Chaboyer & Patterson, 2001; Dechairo-Marino et al., 2001 citati in Begley, 2009). Alcuni obiettivi di un team multiprofessionale, all'interno del mondo sanitario, sono: attenzione ai bisogni dell'utente, condivisione degli obiettivi, interdipendenza nelle azioni professionali, negoziazione, processo decisionale e responsabilità condivisa, e, come punto fondamentale, il rispetto e la fiducia reciproca (Sangaletti et al., 2017). Il raggiungimento di questi obiettivi è influenzato da una serie di fattori che si possono sintetizzare in tre categorie: fattori legati all'individuo, fattori legati al gruppo, fattori legati all'organizzazione (Wei et al., 2022). Doornebosch e colleghi, nella loro revisione, oltre alle condizioni organizzative identificano

le prestazioni del team e la condivisione di informazioni come possibili barriere alla pratica operativa collaborativa (Doornebosch et al., 2022).

La pratica collaborativa (IPC) si realizza quando due o più operatori provenienti da *background* o comunque con formazione di base diversa forniscono la massima qualità di assistenza nei vari contesti lavorando insieme. Con il termine “pratica operativa” si fa riferimento non solo all’ambito clinico ma a tutto ciò che ruota attorno alla salute della persona (sorveglianza, comunicazione...). Sono stati identificati quattro aspetti che diventano suggerimenti per incoraggiare la fiducia tra professionisti (Carlson et al., 2011; Gibson & Kilcullen, 2020; Gregory & Austin, 2016 citati in van Diggele et al., 2020):

- La fiducia si sviluppa nel tempo, è necessario essere pazienti e lavorare per sviluppare relazioni;
- Chiamare i professionisti per nome, non con il loro ruolo o posizione;
- Il disaccordo non deve essere interpretato come mancanza di rispetto ma come diversa opinione;
- Offrire ed utilizzare le conoscenze possedute, la fiducia si sviluppa attraverso i successi.

L’assistenza collaborativa, se adeguatamente sviluppata all’interno di un’*équipe*, permette il miglioramento delle relazioni interne, della collaborazione e cooperazione per garantire una continuità di cura ai pazienti (Sangaletti et al., 2017).

La collaborazione interprofessionale ottimizza i servizi sanitari e rafforza i sistemi migliorandone i risultati; i pazienti riportano livelli maggiori di soddisfazione e migliori risultati di salute quando presi in carico da un team collaborativo. La pratica collaborativa sembra migliorare e favorire: l’accesso e il coordinamento dei servizi sanitari, l’uso appropriato di risorse specialistiche, gli *outcome* di salute in persone affette da patologie croniche e la cura sicura per i pazienti. Appare inoltre diminuire: complicanze dei pazienti (generali), durata dell’ospedalizzazione, tensione e conflitti tra e con i *caregiver*, *turnover* del personale, accessi e ricoveri ospedalieri, tassi di errori clinici e tassi di mortalità. La collaborazione interprofessionale sembra ancora ridurre i costi derivanti alla creazione di team assistenziali per pazienti anziani con malattie croniche e i test medici ridondanti. Nella figura 11 viene esemplificato il processo che porta a benefici dato dalla collaborazione interprofessionale (World Health Organization, 2010).

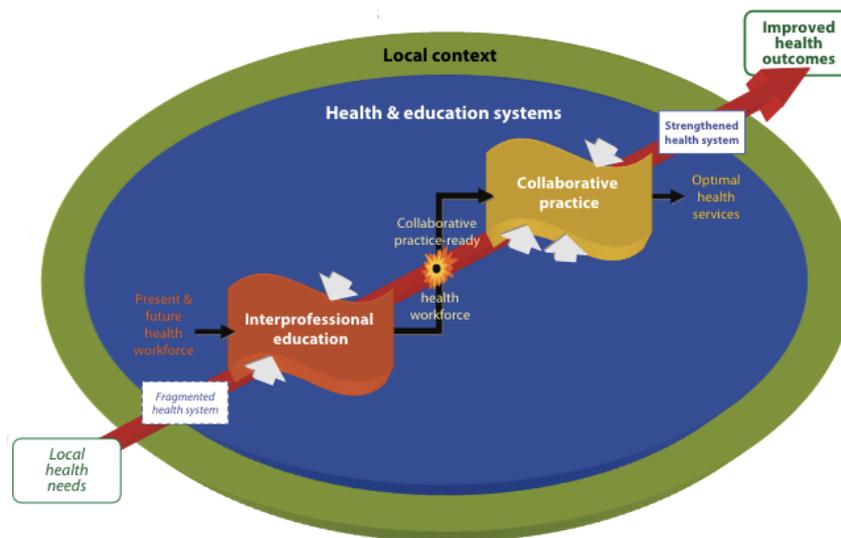


Figura 11: meccanismo pratica collaborativa - outcome di salute (World Health Organization, 2010)

Il tema della collaborazione è riconosciuto ed evidenziato anche nei codici deontologici dei vari professionisti sanitari. Per quanto riguarda la professione infermieristica, per esempio, nel codice deontologico è presente un intero capo riguardante i rapporti professionali, nello specifico, negli articoli 12 e 16 dove rispettivamente viene definito che “l’Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale” e “l’Infermiere riconosce l’interazione e l’integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona” (FNOPI, 2019).

Per assicurare una collaborazione interprofessionale efficace è fondamentale comprendere i meccanismi che la modellano.

Per sviluppare la pratica collaborativa è necessario focalizzarsi su come trasferire la formazione all’interno della pratica e del contesto lavorativo. L’ambiente organizzativo presenta, per coloro che vi operano, non solo opportunità ma anche una serie di vincoli che vanno ad aumentare il livello di complessità nelle relazioni tra i professionisti; infatti, combinando fattori diversi, l’organizzazione può favorire oppure ostacolare la collaborazione. I fattori dell’organizzazione che esercitano maggiore influenza sull’IPC sono legati alla struttura dell’organizzazione stessa con la necessità di passare da un modello di struttura gerarchica tradizionale ad una struttura orizzontale creando condizioni migliori per una comunicazione aperta e chiara tra i membri del team portando quindi ad una maggiore condivisione del processo decisionale (Bianchi, s.d.). La pratica collaborativa è più efficace quando è strutturata ed organizzata sui bisogni di salute della popolazione locale; il supporto istituzionale,

la cultura del lavoro e l'ambiente possono influenzare positivamente la pratica collaborativa. Il supporto istituzionale può contribuire alla sinergia del gruppo fornendo, per esempio, modelli di *governance* chiari, protocolli strutturati e procedure condivise. La pratica collaborativa si realizza efficacemente attraverso la presa di decisioni condivise e riunioni di team programmate; questo permette di stabilire obiettivi condivisi modulandoli nel tempo se necessario. Anche l'ambiente gioca un ruolo importante influenzando la pratica collaborativa; l'organizzazione degli spazi non dovrebbe riflettere la gerarchia delle posizioni all'interno del team ma, al contrario, dovrebbe essere strutturata per eliminare le barriere alla collaborazione (World Health Organization, 2010).

Per sostenere educazione e pratica collaborativa è quindi importante lavorare sul contesto favorendo l'integrazione delle politiche, il cambiamento dei sistemi e la *leadership* collaborativa coinvolgendo sempre paziente e *caregiver* (World Health Organization, 2010).

Garantire un buon lavoro di squadra richiede notevoli sforzi. Nella revisione di Sangaletti e colleghi, vengono sintetizzate le evidenze disponibili relative alle esperienze degli operatori sanitari per quanto riguarda la collaborazione interprofessionale nel mondo della sanità. Sono state identificate alcune variabili che possono influenzare la pratica collaborativa, alcune simili a quelle precedentemente descritte (Sangaletti et al., 2017):

- **Attitudini e credenze:** un buon lavoro di gruppo è svolto se, alla base, sono presenti comunicazione, fiducia, senso di appartenenza, responsabilità condivisa, ascolto e condivisione di idee;
- **Ruoli e responsabilità:** saper riconoscere e rispettare i ruoli dei vari membri del team risulta fondamentale all'interno di un'*équipe* poiché permettono di comprendere e definire i compiti di ciascun componente, affinché tutti possano lavorare al massimo delle loro possibilità;
- **Pratica:** la pratica quotidiana richiede integrazione, sinergia e disponibilità al fine di rispondere alle esigenze di cura integrale del paziente. Ogni membro dell'*équipe* ha competenze diverse che si completano a vicenda; per questo motivo risulta importante la condivisione di pareri e punti di vista;
- **Comunicazione:** saper comunicare in maniera adeguata è un requisito fondamentale per creare un buon team di lavoro. La buona comunicazione non comprende solo la condivisione di un linguaggio comune, ma anche saper ascoltare gli altri, discutere e condividere idee, riconoscere i limiti propri ed altrui e saper creare momenti informali;

- Spazi: la collaborazione tra vari professionisti prevede anche la condivisione di locali e attrezzature;
- Conflitti: la presenza di molteplici persone che collaborano tra di loro può comportare conflitti. Gestire efficacemente tali eventi permette una buona cooperazione;
- *Leadership*: all'interno di ogni team la presenza di una *leadership* condivisa è fondamentale per garantire un buon lavoro;
- Filosofia di cura: avere la possibilità di lavorare in un team permette di integrare e suddividersi i vari compiti per garantire il miglior comfort del paziente. Per raggiungere questo obiettivo è importante sviluppare una visione d'*équipe* comune con l'obiettivo finale di soddisfare i bisogni del paziente;
- Reti: il lavoro di squadra implica la creazione di una rete di relazioni, anche con membri esterni all'unità operativa, che deve avere come fulcro il processo centrato sul paziente;
- Educazione e formazione universitaria: favorire l'integrazione del lavoro di squadra tra i vari professionisti sanitari già a partire dalla formazione universitaria in quanto questo permette di acquisire una visione comune dell'idea di salute del paziente sviluppando competenze per il lavoro d'*équipe*;
- Determinanti del lavoro: la creazione di un ambiente di lavoro sicuro e non giudicante permette una buona collaborazione e integrazione tra le persone;
- Paradigmi: la cultura sviluppata nel mondo della sanità influenza molto gli approcci che hanno i pazienti nei confronti dei professionisti sanitari, infatti, il paradigma biomedico tende, ancora, ad essere presente all'interno della nostra cultura. Per questo motivo, risulta più difficile fornire un'assistenza multiprofessionale ai pazienti, suddividendosi compiti e responsabilità, perché le persone tendono a fidarsi meno degli operatori che non sono medici.

Considerando quanto precedentemente elencato e descritto emergono delle indicazioni per favorire la pratica collaborativa ed implementarla attraverso dei percorsi di formazione. Queste possono essere sintetizzate e vengono definite a livello internazionale dall'*“Interprofessional Education Collaborative”* che identifica 33 competenze raggruppate in quattro competenze *“core”* orientate da due principi fondamentali: la centralità del paziente e della famiglia e l'orientamento alla comunità ed alla popolazione. Ogni competenza *“core”* ha alcune competenze specifiche associate. Esse, nell'ultima revisione che è ancora in corso, vengono suddivise come riportato in tabella I (IPEC, 2023):

COMPETENZE “CORE”	COMPETENZE SPECIFICHE
Valori ed etica (lavorare con individui di altre professioni mantenendo un clima di mutuo rispetto e condividendo i valori)	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere valori delle persone nell’erogazione dell’assistenza; • Sostenere giustizia sociale ed equità sanitaria; • Sostenere dignità, privacy, identità ed autonomia della persona mantenendo riservatezza; • Valorizzare diversità e culture; • Valorizzare esperienze degli operatori sanitari e l’impatto di queste all’interno del team; • Collaborare per garantire equità sanitaria e miglioramento dei risultati sanitari; • Mettere in atto fiducia, empatia, rispetto e compassione con persone, <i>care-giver</i>, operatori e popolazione; • Applicare standard di condotta etica e qualità; • Mantenere la competenza propria del ruolo all’interno del gruppo; • Promuovere autorealizzazione e collegialità nel team; • Sostenere un luogo di lavoro dove le differenze sono rispettate, la soddisfazione è supportata e il benessere è prioritario.
Ruoli e responsabilità (utilizzare le conoscenze del proprio ruolo e quelle di altre professioni per valutare e affrontare adeguatamente le esigenze della popolazione)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire un’assistenza centrata sulla persona che sia sicura, economica, tempestiva, efficace, efficiente ed equa includendo conoscenze e competenze di tutti i membri del team; • Collaborare all’interno del gruppo e con le persone esterne; • Utilizzare tutte le competenze per soddisfare le esigenze sanitarie; • Riconoscere ruoli e responsabilità dei membri del team; • Praticare l’“umiltà culturale”.
Comunicazione (comunicare in modo responsabile e rispettoso. La comunicazione può essere formale ed informale, organizzata e strutturata utilizzando <i>tool</i> (Karam et al., 2018 citato in van Diggele et al., 2020))	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicare chiaramente i propri ruoli e responsabilità; • Utilizzare strumenti per migliorare la funzione del team ed i risultati di salute; • Evitare terminologia troppo specifica per la disciplina; • Promuovere la comprensione comune verso obiettivi condivisi; • Praticare l’ascolto attivo incoraggiando idee ed opinioni di altri membri del team; • Utilizzare un <i>feedback</i> costruttivo per raggiungere gli obiettivi del team; • Esaminare il proprio se (ruolo, posizione, esperienza...) per migliorare la comunicazione e gestire i conflitti.
Team e <i>teamwork</i> (applicare valori e principi per costruire relazioni e gestire le dinamiche di	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere processi di sviluppo del team basati sulle evidenze; • Apprezzare le diverse competenze ed esperienze dei membri del team in quanto aspetti migliorativi del gruppo; • Attuare ragionamento di squadra, <i>problem solving</i> e <i>decision making</i>;

<p>gruppo adattando il proprio ruolo all'interno del team)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare tecniche di <i>leadership</i> condivisa; • Applicare metodi di gestione dei conflitti interprofessionali identificandone le cause e le diverse prospettive; • Riflettere sulle proprie prestazioni e su quelle del team per migliorarle; • Condividere la responsabilità dei risultati; • Facilitare il coordinamento e la continuità delle cure; • Agire supportando resilienza, efficacia, sicurezza e benessere; • Discutere le strutture (organizzative, politiche...) che influenzano le prestazioni del team.
--	--

Tabella I: obiettivi specifici per classe di competenza (IPEC, 2023)

3.2 L'educazione interprofessionale

L'educazione interprofessionale (IPE) si basa su un processo di apprendimento strutturato con opportunità formative pianificate che promuovono le abilità di lavoro di gruppo, tra cui il *problem solving* e le abilità di risoluzione dei conflitti (Cooper et al., 2001 citato in Begley, 2009). Essa si verifica anche quando due o più professioni apprendono l'una dall'altra (World Health Organization, 2010). L'obiettivo dell'educazione interprofessionale è di promuovere lo sviluppo di adattabilità, flessibilità e collaborazione dei vari membri del team rendendoli consapevoli del contributo che ogni professionista coinvolto ha sul paziente e sugli esiti di salute in generale.

Begley, nel suo studio, ha definito che “per poter garantire dei risultati di alta qualità delle cure cliniche il lavoro di squadra e la collaborazione tra tutti gli operatori sanitari è essenziale”. Per questo motivo, la formazione degli studenti deve essere avere come obiettivo, oltre all'apprendimento delle nozioni teoriche e tecniche rappresentanti la singola professione, anche lo sviluppo di una collaborazione e cooperazione reciproca (Begley, 2009). L'educazione interprofessionale può iniziare durante il percorso di studi oppure nei contesti clinici con professionisti già formati; essa è generalmente percepita come positiva e consente lo sviluppo di abilità comunicative e capacità di riflessione critica apprezzando le sfide ed i benefici derivanti dal lavoro in team. L'educazione interprofessionale, inoltre, promuove il rispetto tra professionisti eliminando stereotipi e preconcetti in un'ottica di cure centrate sul paziente (World Health Organization, 2010).

Per garantire un'educazione interprofessionale efficace è essenziale comprendere i meccanismi che la modellano. È innanzitutto necessario che i futuri educatori vengano formati

nell'ottica della multiprofessionalità; questo richiede: supporto istituzionale, buona comunicazione tra i partecipanti, entusiasmo per ciò che si sta progettando, visione condivisa dei benefici apportati dal nuovo modello e l'identificazione di un responsabile che si occupi di coordinare il progetto identificandone le barriere (World Health Organization, 2010). Dalle ricerche emerge che la formazione risulta più efficace se viene strutturata secondo i principi dell'apprendimento nell'adulto con metodi che riflettano la pratica nel mondo reale, per esempio con la metodologia del *problem-based learning* (World Health Organization, 2010) o il *peer-teaching* (Silberman et al., 2015 citato in van Diggele et al., 2020) promuovendo l'interazione tra gli studenti (Begley, 2009; World Health Organization, 2010).

Un risultato di apprendimento efficace si realizza quando lo studente sa cosa fare (conoscenza), sa come applicare le conoscenze (abilità) e quando applicarle all'interno del contesto clinico ed etico (atteggiamenti e comportamenti) (World Health Organization, 2010).

Gli *outcome* richiesti possono essere organizzati in sei categorie (World Health Organization, 2010):

1. *Teamwork*: essere sia membro del team che *leader* riconoscendo le barriere al lavoro di gruppo;
2. Ruoli e responsabilità: conoscere ruolo, responsabilità e competenze dei membri del gruppo;
3. Comunicazione: esprimere la propria opinione ed ascoltare i membri del team;
4. Ascolto e riflessione critica: riflettere criticamente sulle relazioni che si creano nel gruppo, trasferire quanto appreso durante la formazione nel contesto lavorativo;
5. Relazione con il paziente e riconoscimento dei suoi bisogni: lavorare collaborativamente mantenendo il *focus* sul paziente, includendo anche i *caregiver* nel processo di cura;
6. Pratica etica: comprendere le visioni stereotipate degli altri operatori e di sé stesso; riconoscere che ogni operatore sanitario è ugualmente importante all'interno del processo.

Aspetto centrale è il miglioramento continuo che si può realizzare solo fornendo *feedback* costruttivi all'interno di una struttura che promuova la formazione e l'apprendimento (Victoroff & Hogan, 2006 citato in Begley, 2009). Utile potrebbe inoltre essere il *peer feedback* (van Diggele et al., 2020).

La formazione richiede molto tempo, risorse economiche ed energie anche perché è da preferire organizzarla in piccoli gruppi (Ahluwalia et al., 2005; Cullen et al., 2003 citati in Begley, 2009; van Diggele et al., 2020), composti da 5-10 studenti garantendo una rotazione dei vari discenti (Oandasan & Reeves, 2005 citato in Begley, 2009) per assicurare che questa possa essere un'esperienza significativa (Burgess et al., 2017, 2019 citati in van Diggele et al., 2020). Indipendentemente dal metodo di insegnamento, sembra che la maggior parte delle attività di apprendimento in cui interagiscono team interprofessionali si traducano in cambiamenti positivi nelle percezioni e negli atteggiamenti degli studenti nei confronti dell'IPE e della pratica (Fox et al., 2018). Van Diggele e colleghi, nel loro studio, identificano dieci *topic* che sembrano contribuire alla formazione di un team funzionale facilitando quindi l'educazione interprofessionale: orientamento strutturato e precoce, ruolo delle altre professioni, interrogarsi, concentrarsi sulle esigenze del paziente, fiducia, approccio *flipped classroom*, essere facilitatore e non docente, apprendimento tra pari, riflessione, valutazione e *feedback* (van Diggele et al., 2020). Dyess e colleghi, a conclusione della loro revisione, sostengono che aspetti come il lavoro in team, il processo decisionale condiviso, la comunicazione interpersonale efficace e conoscenze/competenze ottime possono essere influenzati positivamente dall'implementazione dell'IPE all'interno dei corsi di studi (Dyess et al., 2019). In figura 12 vengono riassunti i meccanismi che modellano l'educazione interprofessionale e la pratica collaborativa.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION	COLLABORATIVE PRACTICE	HEALTH AND EDUCATION SYSTEMS
Educator mechanisms <ul style="list-style-type: none"> • Champions • Institutional support • Managerial commitment • Shared objectives • Staff training 	Institutional supports <ul style="list-style-type: none"> • Governance models • Personnel policies • Shared operating procedures • Structured protocols • Supportive management practices 	Health-services delivery <ul style="list-style-type: none"> • Capital planning • Commissioning • Financing • Funding streams • Remuneration models
Curricular mechanisms <ul style="list-style-type: none"> • Adult learning principles • Assessment • Compulsory attendance • Contextual learning • Learning outcomes • Logistics and scheduling • Programme content 	Working culture <ul style="list-style-type: none"> • Communication strategies • Conflict resolution policies • Shared decision-making processes Environment <ul style="list-style-type: none"> • Built environment • Facilities • Space design 	Patient safety <ul style="list-style-type: none"> • Accreditation • Professional registration • Regulation • Risk management

Figura 12: meccanismi che influenzano educazione e pratica collaborativa (World Health Organization, 2010)

CAPITOLO IV. ANALISI DEL CONTESTO DI STUDIO

In Italia sono tre i principali percorsi atti a formare professionisti ed operatori che prestano servizio nel mondo della sanità.

Nello specifico si individuano: un corso di formazione professionale per quanto riguarda la figura dell'operatore sociosanitari, la laurea magistrale a ciclo unico e la relativa specializzazione per la figura del medico ed i corsi di laurea triennali per le restanti Professioni Sanitarie.

A livello italiano sono presenti 22 Professioni Sanitarie; queste vengono suddivise in cinque classi:

- L/SNT 1 Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione sanitaria Ostetrica che comprende: Infermieristica, Infermieristica pediatrica e Ostetrica.
- L/SNT 2 Professioni sanitarie della riabilitazione in cui si trovano: Educazione professionale, Fisioterapia, Logopedia, Ortottica e assistenza oftalmologica, Podologia, Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapia occupazionale e Tecnica della riabilitazione psichiatrica.
- L/SNT 3 Professioni sanitarie tecniche a cui appartengono: Dietistica, Igiene dentale, Tecniche audiometriche, Tecniche della radiologia medica, per immagini e radioterapia, Tecniche di neuro-fisiopatologia, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecniche audioprotesiche e Tecniche ortopediche.
- L/SNT 4 Professioni sanitarie della prevenzione che comprendono: Assistenza sanitaria e Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

L'Università degli Studi di Padova, nell'ambito delle Professioni Sanitarie, offre 18 corsi di laurea che corrispondono quindi a 18 professionisti sanitari. I corsi di laurea che non sono offerti dall'Università degli Studi di Padova sono: Infermieristica pediatrica, Podologia, Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare e Tecniche ortopediche.

4.1 Corsi attivati nel polo didattico di Treviso

I vari corsi sono erogati in sede centrale e nelle sedi distaccate dell'università. Una delle sedi distaccate, contesto specifico di studio, è quella di Treviso. Il polo didattico di Treviso afferisce territorialmente all'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana. Esso accoglie sei Corsi di Laurea (CdL) delle Professioni Sanitarie triennali: Assistenza sanitaria (con sede mista a Conegliano e Treviso), Igiene dentale, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche audioprotesiche e Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia. I posti disponibili al 1° anno vengono definiti dagli Organi di Ateneo sulla base del relativo D.M. Per l'Anno accademico 2023-2024, gli studenti iscritti ai corsi di laurea triennale della sede di Treviso sono 823, con un trend in costante aumento mentre gli studenti iscritti al corso di laurea magistrale (CdLM) a ciclo unico in Medicina e Chirurgia sono 363. La suddivisione degli studenti, in base ai corsi cui afferiscono, è descritta in tabella II.

CdL	Studenti iscritti		Studenti iscritti		Studenti iscritti		Totale
	1° anno		2° anno		3° anno		
Assistenza sanitaria	26		26		35		87
Igiene dentale	72		49		37		158
Infermieristica	199		121		118		438
Ostetricia	17		11		20		48
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	18		19		23		60
Tecniche audioprotesiche	14		15		8		37
CdLM	1°	2°	3°	4°	5°	6°	Totale
Medicina e Chirurgia	90	89	88	60	20	16	363

Tabella II: suddivisione studenti polo didattico di Treviso

Ogni corso di laurea è coordinato da un coordinatore aziendale delle attività formative, al quale è affidata la gestione delle attività organizzativo/amministrative e didattico/cliniche del corso stesso. Il coordinatore è coadiuvato da uno o più tutor didattici (in funzione del numero degli studenti), ai quali è affidato il supporto e l'orientamento dello studente nel proprio percorso di tirocinio, nelle unità operative e nei servizi aziendali. Ogni corso di laurea prevede dei CFU interamente dedicati alle attività di tirocinio che si realizzano prevalentemente presso le strutture ospedaliere e territoriali aziendali (*Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie - ULSS 2, s.d.*). In allegato 1 gli obiettivi formativi dei singoli corsi di laurea attivati nella sede distaccata di Treviso.

4.2 L'educazione interprofessionale nella sede di Treviso

I corsi di laurea in professioni sanitarie nella sede di Treviso, nel corso dell'anno accademico 2022-2023, hanno proposto ed implementato vari laboratori interprofessionali. Tali laboratori sono stati strutturati ed hanno promosso:

- La collaborazione interprofessionale;
- La definizione di obiettivi comuni;
- L'attribuzione del ruolo entro le proprie competenze;
- Lo stile di *leadership* collaborativo;
- La risoluzione di conflitti interprofessionali.

Nello specifico per l'anno accademico 2022-2023 sono stati realizzati tre laboratori multiprofessionali: gestione di accessi vascolari, ricerca bibliografica e lutto prenatale.

Mantenendo il *focus* sull'importanza della multiprofessionalità, i coordinatori dei vari corsi di laurea hanno presentato, anche per l'anno accademico 2023-2024, la creazione di laboratori interprofessionali che coinvolgessero le diverse professioni presenti nella sede di Treviso. Di seguito, sono elencati i laboratori proposti ed i relativi corsi di laurea interessati (Tab. III):

LABORATORI INTERPROFESSIONALI A.A. 2023-2024						
	Accessi vascolari	Ricerca bibliografica	Lutto prenatale	BLSD	Morte	Bioetica
Infermieristica	√	√	√		√	√
Ostetricia	√	√	√	√	√	√
Assistenza sanitaria	√	√	√	√	√	√
Igienista dentale		√		√		√
Tecniche audioprotesiche		√				√
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	√	√	√	√		√
Medicina e Chirurgia	√	√	√		√	√

Tabella III: laboratori interprofessionali a.a. 23-24 sede di Treviso

CAPITOLO V. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Ad oggi nella formazione triennale degli studenti delle professioni sanitarie afferenti al polo didattico di Treviso, non è presente un corso, un laboratorio o in generale una formazione specifica per gli studenti rispetto alle sopracitate *soft skills*. Nel contesto è fortemente riconosciuta l'importanza dell'interprofessionalità e sono molte le iniziative atte a promuoverla.

Il primo *step* per costruire una formazione efficace consiste necessariamente nell'analisi del contesto specifico e dei bisogni di formazione. Dall'analisi della letteratura presente non sono emersi studi che andassero a valutare la percezione degli studenti rispetto all'importanza che le singole *soft skills* rivestono nella loro futura professione con un *focus* rispetto alla loro possibile educazione interprofessionale.

L'obiettivo primario dello studio consiste quindi nel comprendere quali sono le NTS, in ordine di priorità, che gli studenti dei vari corsi di laurea triennale presenti nel polo didattico di Treviso ritengono importanti per la futura figura professionale che andranno a ricoprire.

Obiettivi secondari dello studio sono:

- Indagare la percezione dei tutor individuando ed ordinando secondo priorità le competenze trasversali che gli studenti dei vari corsi di laurea dovrebbero possedere o acquisire durante il triennio;
- Comprendere se studenti e tutor ritengono che le competenze trasversali individuate possano essere suscettibili di un'educazione interprofessionale.

CAPITOLO VI. MATERIALI E METODI

Lo studio proposto è descrittivo qualitativo in accordo con quanto definito da Kim e colleghi (Kim et al., 2017) e da Sandelowski. (Sandelowski, 2000, 2010). I quesiti di ricerca sono stati formulati secondo il modello “PIO”, come riportato in tabella IV.

	Quesito principale	2° quesito	3° quesito
P	studenti dei corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie	tutor dei corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie	studenti e tutor dei corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie
I	<i>focus group</i>	<i>focus group</i>	<i>focus group</i>
O	individuare le competenze trasversali necessarie per il futuro professionista	individuare le competenze trasversali necessarie per il futuro professionista	comprendere se per le competenze trasversali possano essere suscettibili di un'educazione interprofessionale
Keywords	“nursing students”, “midwife students”, “health professional students”, “non-technical skills”, “soft skills”, “interprofessional education”.		

Tabella IV: quesiti di ricerca

Per raggiungere gli obiettivi previsti e sopracitati sono stati condotti tre *focus group* tra il mese di novembre 2023 ed il mese di gennaio 2024. È stata scelta la modalità dei *focus group* in quanto lo scambio di idee promosso da questi è stimolante e fonte di riflessione per la singola persona coinvolta; il confronto permette di far emergere aspetti che altrimenti resterebbero inespressi.

Rispetto alle modalità di campionamento esso è stato di convenienza a scelta ragionata, con un reclutamento volontario degli studenti e tutor/coordinatori, previa autorizzazione da parte dell’Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

Il campione che si auspicava di includere consiste in un totale di 24 studenti e 6 tutor.

I 24 studenti appartengono ai 6 corsi di laurea presenti nella sede di Treviso (quattro studenti per ogni corso di laurea, due iscritti al secondo anno, due al terzo anno). È stato scelto di mantenere un numero uguale di studenti inclusi per ogni corso indipendentemente dalla numerosità dello stesso in quanto ogni professione e quindi ogni opinione espressa dallo studente ha lo stesso peso rispetto alle altre indipendentemente dalla futura professione rivestita e dalla sua prevalenza all’interno dell’area delle professioni sanitarie.

È stato scelto di escludere gli studenti iscritti al primo anno di tutti i corsi presenti in quanto “l’intervento” (*focus group*) si è tenuto nei primi mesi dell’anno accademico e gli studenti

del primo anno potrebbero non aver chiarezza di ruolo, avendo quindi maggior difficoltà nel far emergere le competenze che il futuro professionista dovrebbe possedere. Sono stati inclusi, inoltre, due studenti per ogni anno del corso per favorire lo scambio di idee tra studenti appartenenti allo stesso corso di laurea.

Sono stati esclusi gli studenti trasferiti da altre sedi e che quindi non hanno frequentato tutto il percorso formativo nel polo didattico di Treviso, in quanto essi potrebbero aver ricevuto una formazione strutturata rispetto alle competenze trasversali. Sono inoltre stati esclusi gli studenti provenienti da altri corsi di laurea nell'ambito delle professioni sanitarie, o che risultavano già in possesso di una laurea in tale materia. Sono previsti questi criteri di esclusione per evitare confondimenti derivanti da pregresse esperienze nell'ambito.

Gli studenti sono stati reclutati in maniera volontaria e casuale dai tutor dei corsi di laurea durante un incontro preliminare.

I tutor/coordinatori sono volontari (campione di convenienza), è stato individuato un tutor per ogni corso di laurea non prevedendo criteri di esclusione. Sono stati coinvolti anche i tutor con l'obiettivo di raggiungere una visione completa del fenomeno, dal punto di vista universitario.

Per il reclutamento dei tutor essi sono stati contattati in fase di presentazione del progetto.

I tre *focus group* dovevano essere così suddivisi:

1. Studenti del secondo anno (12);
2. Studenti del terzo anno (12);
3. Tutor (6).

I *focus group*, previo consenso dei partecipanti, sono stati audioregistrati, trascritti e successivamente analizzati. L'analisi ha inoltre preso in considerazione, a supporto, materiale documentale scritto raccolto durante i *focus group* dalla tesista e dagli studenti coinvolti ai quali è stato chiesto di riportare determinati aspetti indagati durante l'intervento stesso.

I *focus group* con gli studenti sono stati condotti con l'ausilio di alcune domande guida predisposte. Anche il *focus group* con i tutor è stato condotto con l'ausilio di alcune domande guida predisposte ma esse, a differenza di quelle proposte per gli studenti, sono più mirate in riferimento al fenomeno da analizzare. Tutti i *focus group* hanno avuto durata massima di circa 90 minuti.

Essi sono stati condotti ed analizzati dalla stessa persona, identificata nella studentessa tesista, in quanto non risultava possibile individuare figure distinte che si occupassero di tali aspetti. Per lo stesso motivo moderatore e facilitatore del *focus group* coincidono.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un approccio di analisi del contenuto basato su quanto descritto da Elo e Kyngäs (Elo & Kyngäs, 2008).

L'analisi delle trascrizioni ha avuto lo scopo di individuare le parole chiave che guidassero nella risposta al problema proposto e che sono state identificate attraverso l'utilizzo di "codice colore". Le parole chiave individuate sono poi state raggruppate con il successivo obiettivo di identificare delle "categorie". È stato confrontato quanto espresso dagli studenti dei due anni del corso di laurea e tra i vari corsi. A completamento è stato analizzato ed inserito, con la stessa metodologia sopra descritta, quanto emerso dal *focus group* condotto con i tutor/coordinatori come partecipanti.

Si è previsto, inoltre, che eventuali dati che in fase di analisi fossero risultati poco chiari sarebbero stati discussi ed approfonditi con gli studenti/tutor coinvolti in un incontro successivo al fine di ottenere una comprensione il più ampia e completa possibile del fenomeno di studio.

Nella tabella V viene rappresentato il cronoprogramma della tesi.

CRONOPROGRAMMA											
ATTIVITÀ SVOLTE/PREVISTE	giu-23	lug-23	ago-23	set-23	ott-23	nov-24	dic-23	gen-24	feb-24	mar-24	apr-24
Revisione della letteratura specifica per il fenomeno indagato	■	■									
Ricerca in letteratura dei quesiti di ricerca specifici		■									
Identificazione della tipologia di studi e metodi			■								
Costruzione dell'intervista semi-strutturata			■	■							
Analisi preliminare					■						
Reclutamento del campione						■					
Organizzazione della rilevazione						■					
Raccolta dati						■	■	■			
Interpretazione dei risultati						■	■	■	■		
Eventuale approfondimenti di risultati poco chiari								■	■	■	
Stesura dell'elaborato di tesi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabella V: cronoprogramma della tesi

CAPITOLO VII. RISULTATI

7.1 Descrittiva del campione

Il campione effettivamente reclutato è stato di 18 studenti (otto iscritti al secondo anno e dieci iscritti al terzo anno) e sei tutor/coordinatori. Non hanno partecipato ai *focus group* gli studenti e la coordinatrice del corso di laurea in Igiene Dentale in quanto quest'ultima, unica tutor del corso di laurea, era assente per tutto il periodo di svolgimento dei *focus group* e due studenti iscritti al secondo anno dei corsi di laurea in Infermieristica e Tecniche Audioprotesiche assenti per malattia. Al *focus group* con i tutor ha partecipato la referente aziendale dei tirocini appartenente alla categoria professionale degli infermieri. Ogni corso di laurea è quindi risultato rappresentato da cinque persone (4 studenti e un tutor/coordinatore) ad eccezione del CdL in Infermieristica che vede tre studenti e due tutor/coordinatori ed il CdL in Tecniche Audioprotesiche che comprende tre studenti ed una tutor.

Viene riportata in tabella VI e VII la descrittiva del campione reclutato suddiviso rispettivamente in studenti e tutor/coordinatori elaborate attraverso il *software* Jamowi.

	Overall (N=18)		Overall (N=6)
Corso di Laurea		Età	
Infermieristica	3 (16.7%)	Media (SD)	41.0 (9.8)
Assistenza sanitaria	4 (22.2%)	Range	28.0 - 51.0
Tecniche audioprotesiche	3 (16.7%)	Sesso	
Ostetricia	4 (22.2%)	F	6 (100.0%)
Tecniche di radiologia medica	4 (22.2%)	Professione	
Età		Infermiere	2 (33.3%)
Media (SD)	25.6 (5.7)	Ostetrica	1 (16.7%)
Range	20.0 - 38.0	Assistente sanitario	1 (16.7%)
Sesso		Tecnico di radiologia	1 (16.7%)
M	4 (22.2%)	Tecnico audioprotesista	1 (16.7%)
F	14 (77.8%)	Ruolo attuale	
		Referente organizzativo aziendale	1 (16.7%)
		Coordinatore corso di laurea	2 (33.3%)
		Tutor didattico	3 (50.0%)
		Anni nella clinica	
		Media (SD)	11.8 (7.7)
		Range	6.0 - 24.0
		Anni di tutoraggio	
		Media (SD)	8.2 (8.1)
		Range	1.0 - 23.0

Tabella VI: table one studenti

Tabella VII: table one coordinatori/tutor

7.2 Competenze trasversali emerse

Al primo quesito della tesi: “quali sono le competenze che deve avere un ottimo infermiere/ostetrica...?” studenti e tutor/coordinatori hanno risposto individuando un totale di 11 competenze trasversali. Le parole chiave identificate dagli studenti come *soft skills* sono un numero molto maggiore; durante il *focus group* stesso e poi nell’analisi delle trascrizioni è emerso che alcune di queste si riferivano a competenze tecniche, come per esempio la buona manualità, altre rappresentavano tratti o caratteristiche della persona, come la pazienza, la calma... ed altre ancora potevano essere raggruppate sotto un’unica competenza e possono essere classificate come sub-categorie (ascolto attivo, linguaggio non verbale → comunicazione efficace). Non sempre gli studenti hanno individuato e nominato le competenze che vengono riportate dopo l’analisi delle trascrizioni, ne è un esempio l’empatia, individuata da molti studenti; approfondendola durante il *focus group* è emerso che essa si riferiva in alcuni casi alla gestione delle emozioni proprie ed altrui (verosimilmente all’intelligenza emotiva citata in letteratura) in altri alla comunicazione efficace. L’analisi delle trascrizioni è stata condotta con la metodologia precedentemente citata utilizzando colori diversi per le competenze individuate con le relative motivazioni.

Le competenze individuate sono state raggruppate in quattro macroaree:

1. Area relazionale che comprende la comunicazione efficace ed il *teamwork*;
2. Area personale in cui rientrano l’intelligenza emotiva, la flessibilità, la gestione dello stress, il pensiero creativo e l’*empowerment*;
3. Area cognitiva che include la consapevolezza situazionale, il *problem solving* ed il *decision making*;
4. Area organizzativa con il *time management*.

Si riporta un estratto del processo metodologico che ha condotto all’individuazione delle competenze e delle macroaree (Tab. VIII).

Macroarea	Competenza	Sub-categoria
Area relazionale	Comunicazione efficace	“Ascolto attivo” “Linguaggio non verbale” “Comunicazione trasparente” “Empatia”

Tabella VIII: esempio di competenza individuata

In tabella IX vengono riportate le *soft skills* individuate nei tre *focus group* suddivise per i cinque corsi di laurea coinvolti.

	CdL Ostetricia	CdL Infermieristica	CdL Assistenza sanitaria	CdL Tecniche di radiologia	CdL Tecniche audioprotesiche
Competenze relazionali	Comunicazione efficace				
	<i>Teamwork</i>				
Competenze personali	Intelligenza emotiva				
	Flessibilità				
	Gestione dello stress				
	Pensiero creativo				
	Empowerment				
Competenze cognitive	Consapevolezza situazionale			Consapevolezza situazionale	
	<i>Problem solving</i>				
	<i>Decision making</i>				
Competenze organizzative		<i>Time management</i>		<i>Time management</i>	

Tabella IX: riassunto *soft skills* individuate nei *focus group*

Come emerge dalla tabella solo due competenze sono state identificate da tutti i corsi di laurea, la comunicazione efficace ed il *problem solving* e, in generale, l'area che potrebbe essere più trasversale è quella relazionale.

Nei grafici 1 e 2 viene rispettivamente raffigurata la suddivisione delle macroaree di competenze e delle singole *soft skills* nei corsi di laurea elaborate con Microsoft Excel®.

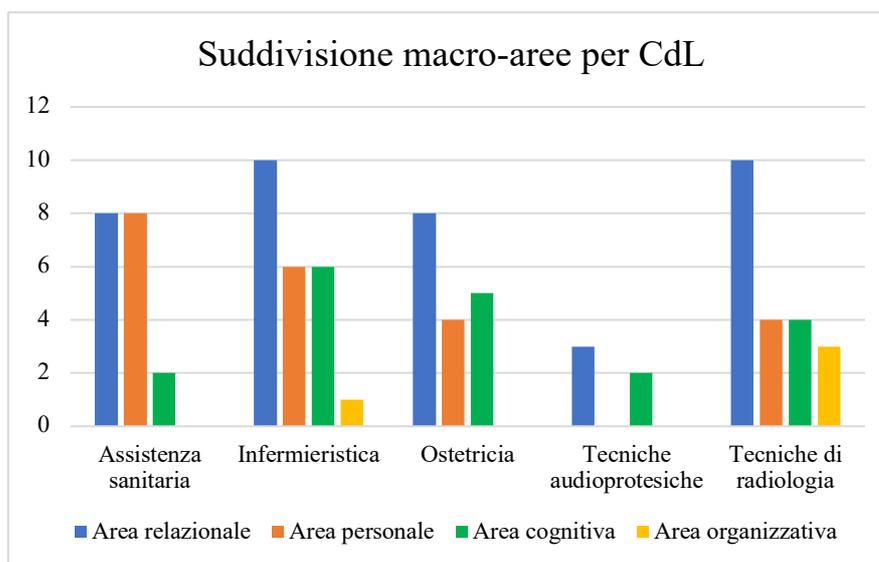


Grafico 1: suddivisione macroaree per CdL

Il grafico dimostra la prevalenza delle competenze relazionali considerando la frequenza di citazione di queste durante i *focus group*. L'area personale è fortemente rappresentata all'interno del corso di laurea in Assistenza Sanitaria mentre l'area organizzativa è stata individuata solamente nei corsi di laurea in Infermieristica e Tecniche di Radiologia medica, per immagini e radioterapia.

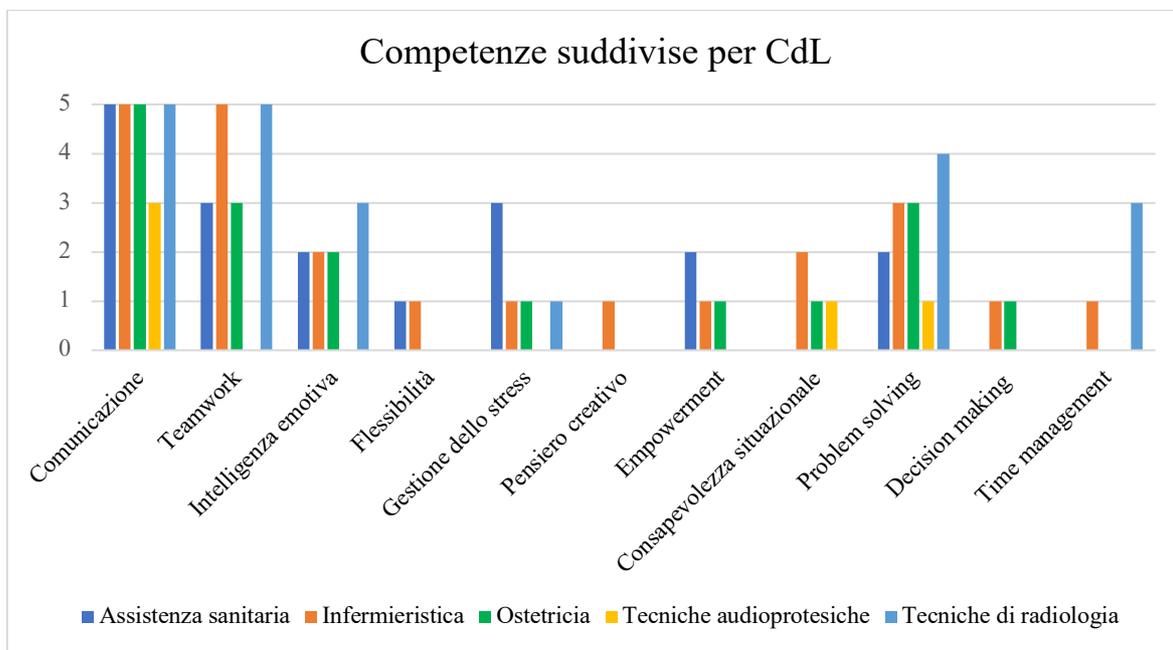


Grafico 2: competenze suddivise per CdL

Il grafico con le competenze non raggruppate vede la conferma delle competenze: “comunicazione efficace”, “*problem solving*” e “*teamwork*” come le più citate sebbene quest’ultima non sia stata individuata da alcun partecipante afferente al CdL in Tecniche Audioprotesiche. Il *time management*, competenza dell’area organizzativa, è stato individuato dalla maggior parte dei partecipanti del CdL in Tecniche di Radiologia così come la gestione dello stress per il CdL in Assistenza Sanitaria.

I dati non vengono riportati suddivisi tra studenti e tutor/coordinatori in quanto le competenze individuate da questi ultimi sono state poi riportate anche dagli studenti del corso corrispondente (ad eccezione del *problem solving* per il CdL in Tecniche Audioprotesiche). In allegato 2 sono riportate le frequenze di ogni singola competenza individuata suddivisa per corso di laurea e poi per *focus group*. Tutti i partecipanti, ad eccezione di una studentessa, hanno individuato la comunicazione efficace come competenza caratterizzante il loro settore.

Sono emerse minime differenze tra studenti del secondo e del terzo anno, le principali sono:

- Assistenza sanitaria: *empowerment* e *problem solving* emersi solo durante il *focus group* con gli studenti del terzo anno;
- Infermieristica: *problem solving* individuato da entrambe le studentesse del terzo anno ma non dallo studente del secondo anno;
- Ostetricia: intelligenza emotiva citata solo dalle studentesse del secondo anno;
- Tecniche audioprotesiche: consapevolezza situazionale emersa solo durante il *focus group* con gli studenti del secondo anno.

Non sono spiccate, inoltre, importanti differenze in riferimento alle competenze individuate dalla “coppia di studenti” nei singoli *focus group*; di base molto spesso le competenze e le parole chiave individuate coincidevano o comunque durante il confronto venivano condivise.

7.2.1 Area relazionale

Comunicazione efficace e *teamwork* sono le due competenze appartenenti all’area relazionale.

La comunicazione efficace è stata definita come la base per la presa in carico su cui vanno a svilupparsi tutte le altre competenze. Essa si basa sicuramente sull’ascolto attivo, necessita di empatia e coinvolge aspetti di linguaggio non-verbale; permette di entrare in relazione con l’assistito e di ottenerne una maggiore collaborazione e quindi *outcome* di salute migliori. In ambito audioprotesico è importante “adattarsi alla persona e alle sue difficoltà uditive” (TTA) comunicando adeguatamente mentre nell’area dell’assistenza sanitaria la comunicazione efficace è competenza di rilievo in quanto consente di aumentare la consapevolezza dell’utente perché “non sempre la prestazione che viene fatta viene percepita come utile da chi la riceve e quindi la capacità di trasmettere poi una cosa che non è sempre percepita come utile o che possa fare differenza sulla propria salute passa tantissimo attraverso la comunicazione” (TA).

Il *teamwork* è stato accostato alla comunicazione che non si realizza esclusivamente con il paziente ed i *caregiver* ma con tutti i membri dell’*équipe*. Le competenze di *teamwork* sono fondamentali in quanto per garantire cure di qualità la presa in carico dell’assistito non è del singolo professionista ma di un team multiprofessionale. Il lavoro di gruppo crea benessere e permette di lavorare meglio. Il rilievo del lavoro in team viene riportato con un esempio

da parte della coordinatrice del corso di laurea in Tecniche di Radiologia medica, per immagini e radioterapia (CTR): “io lavoro in coppia con qualcuno quindi devo far sì che il collega si fidi di me perché entrambi in quel momento dobbiamo far sì che alcuni punti di repere coincidano e quindi c’è sempre un doppio controllo e io devo fidarmi e quindi per fidarmi di un collega devo creare relazione”.

7.2.2 Area personale

Le competenze dell’area personale sono cinque: intelligenza emotiva, flessibilità, gestione dello stress, pensiero creativo ed *empowerment*.

L’intelligenza emotiva è competenza indotta da affermazioni di studenti riferite alla corretta e consapevole gestione delle emozioni proprie ed altrui. Tra queste rientra l’empatia ma anche l’adeguato distacco; una studentessa afferma (S3I1): “empatia, ma adeguato distacco, e qui mi riferisco alla gestione delle proprie emozioni che secondo me è indispensabile al professionista, soprattutto in determinati ambiti, perché lo ho provato... in reparto oncologico o pediatrico o pediatrico oncologico”. Come per il *teamwork* anche l’intelligenza emotiva è stata associata ad un ambiente di lavoro non stressante.

La gestione dello stress è abilità individuata da studenti appartenenti a più corsi di laurea correlandola alla gestione di momenti critici e quindi di stress acuto; una studentessa futura ostetrica asserisce (S2O1): “è importante mantenere la calma, essere razionali per esempio in sala parto quando una donna ha un’emorragia”.

L’aspetto della creatività emerge nell’ambito infermieristico riportando come esempio l’infermiere dell’assistenza domiciliare integrata che, più di altre figure, si può trovare a dover trovare soluzioni alternative per la risoluzione di problemi imprevisti; tale competenza viene poi collegata al concetto di flessibilità.

L’*empowerment* è competenza particolarmente evidenziata dalle studentesse del corso di laurea in Assistenza Sanitaria; una di loro la motiva nel seguente modo (S3A1): “diciamo che noi nella nostra professione partiamo dal singolo per poi arrivare alla comunità quindi anche l’*empowerment* è fondamentale per capire un po’ quelli che sono i bisogni delle persone per poi intervenire a livello anche collettivo”.

7.2.3 Area cognitiva

Tre sono le competenze appartenenti all'area cognitiva: consapevolezza situazionale, *problem solving* e *decision making*.

La consapevolezza situazionale è competenza basilare per orientare l'agire del professionista. In base a questa si possono definire priorità di intervento e quindi, a cascata, le competenze *soft* e *hard*, da mettere in campo per gestire efficacemente le attività ed i problemi che si presentano.

Il *problem solving*, competenza ampiamente condivisa tra i corsi di laurea, ha un ruolo fondamentale sia nell'assistenza all'utente e quindi nella risposta ai suoi problemi di salute ma anche nell'organizzazione delle risorse scarse: essa consente di gestire i casi per arrivare ad una soluzione appropriata.

La *soft skill decision making* è stata in parte legata al *problem solving* “prendere decisioni in poco tempo ed in sicurezza per gestire problemi” (S2I) ma viene definita, da una studentessa futura ostetrica, come (S2O2): “introspettiva, riguarda te stessa se hai abbastanza confidenza e conoscenza dei tuoi limiti” quindi correlata ad aspetti oltre che di consapevolezza situazionale anche di *empowerment* ed autoefficacia.

7.2.4 Area organizzativa

Nell'area organizzativa rientra la competenza che può essere definita come “*time management*”. Questa è stata menzionata in modo particolare in ambito di Tecniche di Radiologia, sia dalla coordinatrice del corso che fa riferimento al contesto specifico della diagnostica di Pronto Soccorso che da alcuni studenti dello stesso.

7.3 Educazione interprofessionale

Durante tutti e tre i *focus group* la competenza più citata è stata la comunicazione efficace che è quindi stata oggetto di confronto durante la seconda parte del *focus group*, quella riguardante la suscettibilità di questa ad un intervento di educazione interprofessionale. In entrambi i *focus group* con gli studenti alcuni si sono dimostrati “favorevoli” ed altri “contrari”.

Le due studentesse del terzo anno contrarie ritengono di essere già sufficientemente preparate e quindi in grado di comunicare efficacemente non dimostrandosi favorevoli ed interessate ad una proposta educativa interprofessionale. Al contrario, tutti gli altri studenti iscritti al terzo anno sentono di poter migliorare ancora questa competenza trovando utile una proposta formativa comune e trasversale ai corsi di laurea su aspetti generali e di base da approfondire poi all'interno della singola professione e quindi del singolo corso di laurea. Una proposta educativa interprofessionale consentirebbe di “avere una base comune” (S3TR1, S3I1, S3O1) anche perché “la competenza si sviluppa durante il tirocinio ma è influenzata dal contesto” (S3O2), inoltre, “il confronto è sempre costruttivo” (S3I1).

In opposizione, gli studenti del secondo anno si sono mostrati quasi tutti (7 su 8) contrari ad una proposta di educazione interprofessionale focalizzata sulla comunicazione efficace. Gli studenti affermano: “penso sia molto dato dall'esperienza” (S2A2), “molto più utile sarebbe un'esperienza di tirocinio” (S2TR1) vedendo le esperienze cliniche come l'approccio migliore per lo sviluppo delle competenze comunicative. Un'educazione trasversale, inoltre, secondo gli studenti del secondo anno “potrebbe creare confusione” (S2I) anche perché “ogni professionista ha un approccio diverso al paziente” (S2TA) e sarebbe quindi eventualmente più utile una formazione separata nei vari corsi di laurea. Un'unica studentessa del corso di laurea in Assistenza Sanitaria si è mostrata favorevole, sostenendo (S2A1): “secondo me anche farlo insieme può essere d'aiuto, anche perché ci sarebbe un confronto”.

L'accordo completo è stato invece raggiunto durante il *focus group* con i tutor/coordinatori; è emerso che la proposta di un'educazione interprofessionale nell'ambito della comunicazione efficace potrebbe essere un “valore aggiunto” (CO, TI). Una proposta interprofessionale si configurerebbe come un “continuo crescere e anche rimettersi in discussione” (TA) e potrebbe anche essere “rivolta ai medici” (TTA) che non sono stati coinvolti nel presente progetto di tesi. Durante il *focus group* sono spontaneamente emerse alcune barriere per l'implementazione di tale proposta: il fattore tempo ma anche la difficoltà nel misurare e documentare la *soft skill* valorizzando quindi anche lo sforzo e la fatica.

CAPITOLO VIII. DISCUSSIONE

L'importanza che le *soft skills* rivestono all'interno della pratica lavorativa è sempre più riconosciuta con queste che stanno costantemente assumendo peso e valore. Esse sono necessarie per garantire cure sicure e di qualità ma anche per il benessere lavorativo e quindi dei singoli professionisti. Le competenze trasversali sono un mix di disposizioni, attributi e pratiche che richiedono tempo per formarsi essendo il prodotto di anni (Knight & Page, 2007 citato in Pellerey, 2016). I risultati dello studio evidenziano innanzitutto che tutti i futuri professionisti, indipendentemente dal corso di laurea, necessitano, per l'ottimo svolgimento del loro ruolo, di competenze non solo tecniche ma anche trasversali.

Come viene evidenziato in tabella IX il corso di laurea in Infermieristica sembra essere quello caratterizzato da un maggior numero e prevalenza di *soft skills*; aspetto completamente in accordo con quanto affermato dalla referente aziendale dei tirocini, infermiera di professione: "l'infermieristica ha dei vantaggi che non hanno altri percorsi, ha dei vantaggi ulteriori, delle occasioni maggiori, secondo me, di lavorare, di considerare questi aspetti che altri corsi di laurea rischiano di non avere" (RI). Questo potrebbe quindi indicare una maggiore sensibilità degli infermieri e degli studenti del CdL in Infermieristica nell'individuare forse in relazione al percorso di studi ed alle esperienze di tirocinio, ma potrebbe derivare anche dalla professione di infermiere in quanto tale che si trova a lavorare ed agire con pazienti estremamente eterogenei e professionisti appartenenti a moltissime categorie diverse. Al contrario, le studentesse del corso di laurea in Tecniche Audioprotesiche, hanno individuato "numericamente" meno competenze caratterizzanti la loro futura professione e con alcune difficoltà rispetto a tutti gli altri studenti, indipendentemente dal corso di laurea. Tale differenza, anche in questo caso, potrebbe dipendere dalla professione stessa che vede al suo interno un'ampia area commerciale che non è rappresentata in nessuno degli altri corsi di laurea coinvolti; d'altro canto, la figura del tecnico audioprotesista si trova a svolgere la sua attività professionale principalmente nel settore privato ed è meno a contatto con professionisti appartenenti ad altri settori. Le studentesse stesse, durante entrambi i *focus group*, hanno riferito di sentirsi e di vedere la loro professione come più lontana e con meno aspetti in comune con le altre affermando di percepire una maggiore affinità con il corso di laurea in Igiene Dentale.

Il corso di laurea in Tecniche di Radiologia medica per immagini e radioterapia sembra invece trovare molta più affinità con i corsi in Ostetricia, Infermieristica ed Assistenza Sanitaria pur essendo un corso tecnico rispetto al corso in Tecniche Audioprotesiche; anche

questo potrebbe essere motivato dal luogo di lavoro prevalente, dal contatto quindi con le altre professioni con una possibile “contaminazione”.

L'area relazionale con comunicazione efficace e *teamwork* è la più rappresentata; questo potrebbe essere motivato dal fatto che tutte le professioni sono a contatto e a servizio dell'utente/assistito con la necessità di instaurare una relazione con l'utente ma anche con altri professionisti.

Creare relazione significa sicuramente riuscire a comunicare dati ed informazioni in modo chiaro e preciso ma è necessario considerare valori e credenze della persona personalizzando quindi la comunicazione stessa con l'obiettivo di agire mantenendo il *focus* sul paziente e sui suoi bisogni di salute o assistenza. La comunicazione non è solo ciò che viene effettivamente detto verbalmente ma coinvolge aspetti di tono di voce ed in generale tutto il non-verbale. Il professionista, indipendentemente dall'ambito in cui opera, deve quindi essere consapevole da un lato dei propri punti di forza e di debolezza riguardanti la comunicazione ma deve anche essere in grado di interpretare la risposta/*feedback* che riceve in modo da instaurare una comunicazione e quindi una relazione efficace. Qui entrano quindi in gioco gli stili comunicativi; di base ogni persona ha uno stile che dipende dalla sua personalità e dai suoi tratti, il professionista però deve essere in grado di adottare lo stile comunicativo più adatto alla situazione nella quale si trova in relazione all'obiettivo che si propone: l'audioprotesista deve riuscire a comunicare con persone con deficit uditivi, l'ostetrica con donne potenzialmente provate durante il parto, l'assistente sanitario con persone sane che potrebbero non percepire l'utilità di eventuali vaccinazioni, l'infermiere con pazienti affetti da patologie neurodegenerative croniche... La comunicazione e lo stile adottato possono influenzare in maniera importante la risposta della persona con la quale si interagisce; diventa quindi necessario che il professionista abbia consapevolezza di tutti questi aspetti per poterli elaborare garantendo quindi una comunicazione di qualità e la conseguente efficienza e sicurezza nell'ambiente lavorativo (Flin et al., 2011).

La comunicazione è legata al *teamwork*; essa costituisce la variabile più importante di un buon lavoro di gruppo (Nieva et al., 1978 citato in Flin et al., 2011). Durante l'attività lavorativa tutti i professionisti si trovano ad interagire con colleghi, con altri operatori sanitari ma anche con personale amministrativo e di supporto. La sinergia tra tutte queste figure garantisce la presa in carico globale dell'utente/paziente. Alcune professioni sono naturalmente più a contatto con altri colleghi, come per esempio i tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM) che spesso lavorano in coppia, altri con il medico di riferimento... tali

peculiarità dipendono dall'ambiente lavorativo specifico e possono variare in funzione dei modelli organizzativi ed operativi; anche in questo caso basilare è la consapevolezza del professionista e l'orientamento verso il paziente. In ambito audioprotesico tale competenza non è stata individuata; questo potrebbe derivare dal fatto che l'attività del tecnico audioprotesista è prevalentemente svolta nei centri audioprotesici secondo una prescrizione medica scritta con una conseguente minore interazione diretta con il medico di riferimento e con altre figure appartenenti alle professioni sanitarie.

Le competenze relazionali vanno sicuramente ad intrecciarsi con quelle cognitive; per relazionarsi adeguatamente è necessario possedere quella che viene definita "consapevolezza situazionale" sulla quale va a svilupparsi il processo di *problem solving* e di *decision making*. Le tre competenze di area cognitiva sono unite tra di loro: la capacità di scegliere tra alternative disponibili è parte del processo di risoluzione di problemi così come per risolvere efficacemente problemi è necessario che il professionista sappia leggere la situazione mostrando quindi una certa consapevolezza. Tutti i corsi di laurea hanno identificato il *problem solving* come *soft skill* caratterizzante il loro settore specifico; è quindi probabile che anche la consapevolezza situazionale e l'abilità di *decision making* possano essere condivise in quanto parte dello stesso processo. Esse possono essere prevalenti in alcuni contesti come, per esempio, nell'ambito delle urgenze/emergenze ma vanno probabilmente a caratterizzare tutti gli ambienti lavorativi e personali.

Le competenze dell'area cognitiva, come il *problem solving*, sono necessariamente influenzate da quelle dell'area organizzativa, nello specifico dal *time management* e viceversa. Il tempo è risorsa per definizione limitata e va a condizionare l'agire del professionista. Il processo di *decision making* risente del tempo a disposizione così come una buona gestione del tempo ed in generale un'efficace organizzazione consentono al professionista di ottimizzare le risorse scarse massimizzando la qualità lavorativa mantenendo sempre la sicurezza. La gestione adeguata del tempo potrebbe anche essere connessa con il benessere personale ed organizzativo: la pressione del tempo è alcune volte inevitabile ed è quindi il professionista che deve essere in grado di gestirlo adeguatamente evitando che questo comporti stress per il lavoratore stesso. Aree che, secondo quanto emerso dai *focus group*, necessitano di competenze di *time management* sono quella infermieristica con particolare riferimento all'infermiere che opera in Pronto Soccorso e quella dei TSRM che nello svolgimento della loro attività (in particolare la diagnostica) hanno tempi predefiniti e serrati. È probabile che tale competenza possa rientrare anche in altre professioni ma non viene percepita importante

tanto quanto le altre menzionate o che possa essere stata accorpata spontaneamente all'interno delle abilità cognitive e di *problem solving*.

Connesse al *problem solving* ed alla gestione del tempo sono la flessibilità, il pensiero creativo che consente di risolvere i problemi quotidiani a livello individuale e promuove l'innovazione a livello organizzativo, la flessibilità e quindi la disposizione al cambiamento (D'Amario et al., 2015). Il pensiero creativo è stato identificato solo nel contesto infermieristico, segnale che tale professione potrebbe essere maggiormente permeata di tale caratteristica e competenza specifica. Problemi comunicativi e relazionali, *problem solving* e *time management* inefficaci, scarso *empowerment* e flessibilità possono essere solo alcune delle cause di stress; è quindi possibile affermare che un lavoro su tali competenze potrebbe influenzare quella che è la gestione dello stress. Fattori soggettivi come le esperienze passate, caratteristiche dell'elemento di stress e fattori biologici del soggetto influenzano la sopportazione allo stress stesso (D'Amario et al., 2015). Tra questi possono rientrare due competenze emerse durante i *focus group*: l'intelligenza emotiva e l'*empowerment*. L'intelligenza emotiva potrebbe consentire alla persona di non farsi travolgere e quindi sopraffare da situazioni stressanti riuscendo a gestire efficacemente le emozioni proprie e di conseguenza anche quelle altrui sia nel conflitto con colleghi che di fronte a situazioni inattese come emergenze impreviste che possono essere parte del lavoro di molti dei professionisti coinvolti nello studio. In riferimento all'*empowerment* esso gioca un ruolo fondamentale nella gestione di fonti stressanti: è più probabile che un professionista con autoefficacia alta riesca a fronteggiare più efficacemente eventi stressanti con convinzione nelle proprie potenzialità.

Le competenze dell'area personale sono state identificate da tutti i corsi di laurea ad eccezione di quello in Tecniche Audioprotesiche ed anche questo potrebbe essere motivato da quanto precedentemente descritto per tale settore.

A sua volta le competenze personali, in particolare l'*empowerment* e l'intelligenza emotiva, possono influenzare le competenze relazionali identificate.

Emerge quindi una forte connessione tra tutte le competenze individuate che possono comparire e favorire o, al contrario, contrastare altre competenze. La riflessione o ancor più la formazione/educazione su una o più *soft skills* potrebbe quindi agire da catalizzatore per lo sviluppo delle altre.

Le competenze individuate durante i *focus group* si allineano con quelle presenti in letteratura, le cui principali vengono riportate nel capitolo II. L'unica competenza che non è stata menzionata durante i *focus group* ma che è presente in letteratura riguarda la *leadership*; tale

differenza potrebbe dipendere dal fatto che il campione reclutato è rappresentato prevalentemente da studenti. La mancata individuazione della competenza “*leadership*” potrebbe trovare l’accordo con quanto affermato da Murrey e colleghi. Essi, nel loro studio, identificano infatti un set di sette competenze specifiche per gli studenti infermieri che sono: comunicazione, *decision making*, consapevolezza situazionale, lavoro di gruppo, gestione delle attività, iniziativa dello studente e “reattività” del paziente dove l’iniziativa dello studente va a sostituire il concetto *leadership* proposto da Flin e colleghi, in quanto quest’ultima, secondo gli autori, non rappresenta accuratamente la posizione e il mandato dello studente infermiere (Murray et al., 2016).

Le competenze identificate dagli studenti del secondo e del terzo anno all’interno del singolo corso di laurea sono abbastanza omogenee; questo potrebbe condurre a due spiegazioni: che il fenomeno possa essere stato adeguatamente esplorato oppure che la differenza di un anno nel corso di studi non risulti significativa. Considerando quanto emerso durante il *focus group* con i tutor ed i coordinatori si potrebbe propendere per la prima motivazione; nonostante ciò, è necessario sottolineare che ai tutor/coordinatori è stato chiesto di individuare solo le “principali” competenze trasversali caratterizzanti la professione di appartenenza.

Il polo didattico di Treviso si caratterizza per un forte interesse e spinta riguardo l’interprofessionalità. Il concetto di collaborazione interprofessionale ed i suoi benefici sono riportati nel capitolo III. L’educazione interprofessionale (IPE) è propedeutica per una buona collaborazione e quindi per erogare cure sicure e di qualità (World Health Organization, 2010). Per educare professionisti sanitari capaci e preparati a partecipare nell’ottica dell’interprofessionalità, dall’analisi della letteratura, emerge che la formazione al lavoro di squadra deve iniziare fin dalle prime fasi della formazione degli studenti professionisti sanitari (Fox et al., 2018) anche perché durante la formazione gli studenti sono più flessibili rispetto alla loro identità professionale e di ruolo (Begley, 2009). La trasversalità e la possibile educazione interprofessionale in ambito di competenze trasversali è stata discussa nella seconda parte di ogni *focus group* con un riferimento particolare alla comunicazione efficace in quanto competenza individuata da tutti i partecipanti ai *focus group* ad eccezione di una studentessa iscritta al terzo anno.

Se al primo quesito sono emerse una serie di competenze abbastanza omogenee tra i vari corsi di laurea, al contrario, l’educazione interprofessionale sulla comunicazione efficace vede il gruppo studenti diviso a metà: gli studenti del secondo anno prevalentemente contrari e quelli del terzo prevalentemente favorevoli.

Le studentesse del terzo anno contrarie motivano la loro scelta affermando di sentirsi già sufficientemente formate e quindi pronte, ma ritengono anche che tale competenza non possa essere “appresa”. Quest’ultima affermazione è in contrasto con la letteratura presente sul tema: le *soft skills* possono essere acquisite e sviluppate attraverso la formazione che ha come scopo finale quello di migliorare qualitativamente le *performance* del lavoratore in modo che egli comprenda i propri doveri e responsabilità e minimizzi gli errori (Kusmiran, 2016 citato in Widad & Abdellah, 2022). Inoltre, dalla revisione di Nicolaides e colleghi, vengono identificati 24 ambiti che potrebbero essere oggetto di formazione tra cui l’ambito della comunicazione e le abilità di empatia (Nicolaides et al., 2018) dove, anche quest’ultime, secondo le studentesse non possono essere “insegnate o apprese”. Tali studentesse potrebbero quindi essere poco consapevoli e, in linea con quanto emerge dalla letteratura, potrebbero non aver ben chiara l’importanza che *soft skills* andranno a rivestire nella loro futura professione (Bellier et al., 2022; Shankar et al., 2006 citati in Sancho-Cantus et al., 2023).

Se da un lato le studentesse del terzo anno si sentono già sufficientemente preparate e non credono di poter migliorare la loro competenza comunicativa gli studenti del secondo anno che si sono dichiarati contrari sostengono la loro teoria affermando che la competenza comunicativa si sviluppi nei tirocini e quindi attraverso l’esperienza clinica piuttosto che in situazioni simulate vedendo, inoltre, difficoltà organizzative ed incompatibilità tra i corsi come barriere ad una proposta educativa interprofessionale trovando però utile una formazione all’interno del singolo corso di laurea. Tali affermazioni sono in parte contrastanti con quanto emerge dall’analisi della letteratura che vede nell’approccio *Simulation-Based Learning* un ottimo metodo per l’apprendimento di competenze trasversali (Nicolaides et al., 2018) e nella creazione di un linguaggio comune tra i vari professionisti la base per l’educazione interprofessionale (Foronda et al., 2016). Le simulazioni chiaramente non corrispondono alla realtà ma garantiscono una formazione uniforme, di qualità e non influenzata dal supervisore/guida con il quale lo studente si relaziona. In letteratura viene evidenziato che la creazione di corsi incentrati sulla comunicazione dovrebbe essere uniformata tra tutte le professioni sanitarie, medici compresi, al fine di promuovere un passaggio di informazioni standardizzato e trasferibile, dopo il conseguimento della laurea, al mondo lavorativo (Foronda et al., 2016). La necessità di rendere uniforme la comunicazione non comporta obbligatoriamente un’educazione interprofessionale su questa anche se la pratica collaborativa efficace si basa su una buona comunicazione. La percezione di parziale “incompatibilità” tra i corsi, sia su aspetti generali che in riferimento alla comunicazione efficace, è

emersa in più momenti in entrambi i *focus group* con gli studenti come partecipanti che vedono tale aspetto come ostacolo ad una proposta di educazione interprofessionale. Ci sono sicuramente delle peculiarità e delle differenze tra i vari corsi di laurea ma la percezione di parziale incompatibilità tra questi potrebbe dipendere da una scarsa visione d'insieme che è chiaramente compatibile con il percorso di studi di uno studente.

Inoltre, indipendentemente dal *focus group*, le affermazioni dei partecipanti ed in particolare degli studenti potrebbero essere influenzate da quello che viene definito “effetto alone”.

Nell'ottica dell'interprofessionalità, infine, tutti gli studenti hanno percepito il *focus group* come positivo in quanto ha permesso loro di conoscersi meglio. Tale aspetto è in linea con quanto affermato da Bianchi secondo cui per creare una collaborazione interprofessionale efficace è fondamentale che i professionisti coinvolti abbiano la possibilità di conoscere ciò che l'altro professionista svolge crescendo quindi insieme (Bianchi, s.d.).

L'accordo su una proposta di educazione interprofessionale è stato raggiunto con i tutor/coordinatori che si sono dimostrati favorevoli vedendo un'educazione interprofessionale come valore aggiunto ma evidenziando anche problematiche prettamente organizzative che potrebbero esserci in fase di realizzazione del progetto. Tale sintonia potrebbe derivare da un lato dalla consapevolezza dell'importanza che riveste la pratica collaborativa in ambito lavorativo ma anche da una maggiore flessibilità e visione prospettica che dopo anni nella pratica clinica e nel tutoraggio tutor e coordinatori hanno certamente sviluppato.

8.1 Limiti dello studio

Lo studio condotto presenta alcuni limiti. Il primo riguarda la modalità di campionamento (campione di convenienza a scelta ragionata su base volontaria) adottato per poter organizzare *focus group* con studenti e tutor/coordinatori appartenenti a più corsi di laurea; tale metodo non si è potuto adattare alle assenze “improvvisate” che si sono verificate in sede di *focus group* con gli studenti del secondo anno, dove erano assenti uno studente del CdL in Infermieristica e uno del CdL in Tecniche Audioprotesiche, e all'assenza totale di rappresentanti del corso di laurea in Igiene Dentale. In riferimento ai due studenti del secondo anno è possibile affermare, per quanto osservato durante i due *focus group*, che il confronto tra futuri professionisti appartenenti allo stesso settore è stato prezioso ma ancor di più lo è stato il confronto tra studenti appartenenti a corsi di laurea diversi. Per quanto riguarda l'assenza

di rappresentanti del corso di laurea in Igiene Dentale due sono le “azioni correttive” che potrebbero essere intraprese: un’intervista individuale con la coordinatrice ed un nuovo *focus group* con gli studenti. Le studentesse del corso di laurea in Tecniche Audioprotesiche, durante il *focus group*, hanno più volte menzionato la loro percezione di affinità con il corso di laurea in Igiene Dentale; potrebbe quindi essere interessante un confronto tra questi due corsi di laurea.

Un ulteriore limite riguarda la presenza di un unico soggetto moderatore/facilitatore durante i *focus group* e la conduzione del *focus group* ed analisi delle trascrizioni svolta dalla stessa persona comportando quindi rischi di *bias* in fase di analisi ed elaborazione dei risultati; al contempo è stata adottata una metodologia ben definita e le trascrizioni sono state oggetto di analisi ripetute a distanza di tempo.

CAPITOLO IX. CONCLUSIONI

Il presente studio ambiva ad individuare un set di *soft skills* attraverso dei *focus group* condotti con studenti e tutor/coordinatori appartenenti a più corsi di laurea nell'ambito delle professioni sanitarie ponendo un confronto tra di essi e valutando la singola percezione rispetto ad una proposta di educazione interprofessionale riguardante alcune competenze trasversali comuni individuate.

Sono state identificate un totale di 11 *soft skills*: comunicazione efficace, *teamwork*, intelligenza emotiva, gestione dello stress, flessibilità, pensiero critico, *empowerment*, consapevolezza situazionale, *decision making*, *problem solving* e *time management*; tutte competenze connesse tra di loro, allineate con quanto emerge dalla letteratura, ampiamente condivise tra studenti del secondo e del terzo anno e varie di esse comuni a più corsi di laurea. È quindi probabile che il fenomeno sia stato sufficientemente esplorato. Per garantire un'eventuale maggiore condivisione di quanto emerso o per esplorare competenze nuove potrebbe essere utile ed interessante condurre altri due *focus group*: uno con gli studenti del primo anno ed uno con professionisti che lavorano nella clinica. Un'ulteriore opzione potrebbe essere la condivisione delle competenze emerse ad un gruppo più ampio di persone/*stakeholders* dando loro la possibilità di aggiungerne ulteriori o di eliminarne se ritenute non pertinenti.

Non è stato raggiunto l'accordo in riferimento ad un'eventuale proposta di educazione interprofessionale in ambito di *soft skills*. Considerando le complessità che sottendono l'organizzazione di un evento formativo ed avendo pareri contrastanti circa la possibile educazione interprofessionale potrebbe essere interessante, anche in questo caso, porre il quesito a professionisti con ruolo attivo nella clinica e agli studenti del primo anno così da avere un quadro più chiaro e completo della percezione di professionisti e studenti. D'altro canto, un punto di inizio potrebbe essere l'attuazione di una proposta formativa realizzata "ad hoc" per ogni singolo corso di laurea oppure, in via "sperimentale", un'educazione interprofessionale tra corsi di laurea particolarmente affini che, anche nella pratica clinica, si trovano ad operare nello stesso ambiente come, ad esempio, la singola professione sanitaria con gli studenti di Medicina e Chirurgia, futuri infermieri ed ostetriche che si trovano in contatto al momento del parto e nell'area ginecologica, studenti infermieri e TSRM nell'area della radiologia interventistica, futuri assistenti sanitari ed ostetriche nell'area della promozione della salute della donna e del bambino, valutandone i risultati e riadattando quanto proposto con la certezza che ogni iniziativa possa favorire una futura pratica collaborativa efficace e quindi l'erogazione di cure qualitativamente migliori.

TAKE HOME MESSAGE

- Il presente studio identifica un set di 11 competenze trasversali: comunicazione efficace, *teamwork*, intelligenza emotiva, flessibilità, gestione dello stress, pensiero creativo, *empowerment*, consapevolezza situazionale, *problem solving*, *decision making* e *time management*;
- Le competenze individuate si allineano con quelle presenti in letteratura, sono omogenee all'interno del singolo corso di laurea e molte di esse risultano trasversali a più corsi di laurea coinvolti;
- Valorizzazione della pratica collaborativa attraverso una proposta educativa interprofessionale sperimentale su *soft skills* individuate tra corsi di laurea particolarmente affini.

Abbreviazioni partecipanti *focus group*

CO: coordinatrice ostetricia

CTR: coordinatrice tecniche di radiologia

RI: referente organizzativa dei tirocini, infermiera di professione

TA: tutor assistenza sanitaria

TI: tutor infermieristica

TTA: tutor tecniche audioprotesiche

S2A1: studente secondo anno assistenza sanitaria n°1

S2A2: studente secondo anno assistenza sanitaria n°2

S2I: studente secondo anno infermieristica (presente un unico studente)

S2O1: studente secondo anno ostetricia n°1

S2O2: studente secondo anno ostetricia n°2

S2TA: studente secondo anno tecniche audioprotesiche (presente un unico studente)

S2TR1: studente secondo anno tecniche di radiologia n°1

S3A1: studente terzo anno assistenza sanitaria n°1

S3I1: studente terzo anno infermieristica n°1

S3O1: studente terzo anno ostetricia n°1

S3O2: studente terzo anno ostetricia n°2

S3TR1: studente terzo anno tecniche di radiologia n°1

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ahluwalia, S., Clarke, R., & Brennan, M. (2005). Transforming learning: The challenge of interprofessional education. *Hospital Medicine (London, England: 1998)*, 66(4), 236–238. <https://doi.org/10.12968/hmed.2005.66.4.18450>
2. American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: core competencies for professional nursing education*.
3. Andreasen, N. C. (2012). Creativity in art and science: Are there two cultures? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(1), 49–54.
4. Arnold, J. (2005). *Work Psychology: Understanding Human Behaviour in the Workplace*. Pearson Education.
5. Bandura, A. (2000). *Autoefficacia: Teoria e applicazioni*. Edizioni Erickson.
6. Begley, C. M. (2003). Collaborative care—A challenge for us all. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 6–7. <https://doi.org/10.3316/ielapa.405180627813714>
7. Begley, C. M. (2009). Developing inter-professional learning: Tactics, teamwork and talk. *Nurse Education Today*, 29(3), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.09.006>
8. Bellier, A., Chaffanjon, P., Morand, P., Palombi, O., Francois, P., & Labarère, J. (2022). Student characteristics associated with interpersonal skills in medical consultations. *BMC Medical Education*, 22(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03412-9>
9. Bianchi, M. (s.d.). *L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura e nelle relative formazioni*.
10. Boet, S., Bould, M. D., Fung, L., Qosa, H., Perrier, L., Tavares, W., Reeves, S., & Tricco, A. C. (2014). Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: A systematic review. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie*, 61(6), 571–582. <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0143-8>
11. Bogner, M. S. (1994). *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated.
12. Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager. A Model For Effective Performance*.
13. Brown, R. (1990). *Psicologia sociale dei gruppi. Dinamiche intragruppo e intergruppi*. Il Mulino.
14. Burgess, A., Roberts, C., van Diggele, C., & Mellis, C. (2017). Peer teacher training (PTT) program for health professional students: Interprofessional and flipped learning.

- BMC Medical Education, 17, 239. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1037-6>
15. Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2019). Faculty development for junior health professionals. *The Clinical Teacher*, 16(3), 189–196.
<https://doi.org/10.1111/tct.12795>
 16. CAA. (2006). Crew Resource Management (CRM) Training. CAP 737.
 17. Caldwell, J., & Caldwell, J. L. (2003). *Fatigue in Aviation: A Guide to Staying Awake at the Stick*. Burlington.
 18. Carlson, E., Pilhammar, E., & Wann-Hansson, C. (2011). The team builder: The role of nurses facilitating interprofessional student teams at a Swedish clinical training ward. *Nurse Education in Practice*, 11(5), 309–313.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.02.002>
 19. Chaboyer, W. P., & Patterson, E. (2001). Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration. *Nursing & Health Sciences*, 3(2), 73–79. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00075.x>
 20. competente in Vocabolario—Treccani. (s.d.). Recuperato 25 agosto 2023, da <https://www.treccani.it/vocabolario/competente>
 21. Cooper, H., Carlisle, C., Gibbs, T., & Watkins, C. (2001). Developing an evidence base for interdisciplinary learning: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 228–237. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01840.x>
 22. Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie—ULSS 2. (s.d.). Ulss2 Marca Trevigiana. Recuperato 26 agosto 2023, da <https://www.aulss2.veneto.it/corsi-di-laurea-delle-professioni-sanitarie>
 23. Cox, T. (1993). *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*. Health and Safety Executive.
 24. Cullen, L., Fraser, D., & Symonds, I. (2003). Strategies for interprofessional education: The Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students. *Nurse Education Today*, 23(6), 427–433.
[https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(03\)00049-2](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(03)00049-2)
 25. Cutlip, S. M., & Center, A. H. (1958). *Effective Public Relations*. Prentice-Hall.
 26. D'Amario, B., Saladino, V., Santilli, M., & Verrastro, V. (2015). Le competenze trasversali Teorie e ambiti applicativi (QUALE psicologia).
 27. Dechairo-Marino, A. E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G., & Saulo, M. (2001). Nurse/physician collaboration: Action research and the lessons learned. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 223–232. <https://doi.org/10.1097/00005110->

200105000-00002

28. Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764-777.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028>
29. Dou, S., Han, C., Li, C., Liu, X., & Gan, W. (2022). Influence of emotional intelligence on the clinical ability of nursing interns: A structural equation model. *BMC Nursing*, 21(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00933-y>
30. Dyess, A. L., Brown, J. S., Brown, N. D., Flautt, K. M., & Barnes, L. J. (2019). Impact of interprofessional education on students of the health professions: A systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16, 33.
<https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.33>
31. Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
32. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual (2nd ed)*. Multi-Health Systems.
33. Endsley, M. (1995). Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 37, 32–64. <https://doi.org/10.1518/001872095779049543>
34. EpiCentro. (s.d.). Stress post traumatico—Istituto Superiore di Sanità. Recuperato 30 novembre 2023, da <https://www.epicentro.iss.it/stress/>
35. Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. McGraw-Hill series in management.
36. Flin, R., & Maran, N. (2015). Basic concepts for crew resource management and non-technical skills. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 29(1), 27–39.
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.02.002>
37. Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2011). *Il front-line della sicurezza una guida all'analisi delle NonTechnical Skill*. Hirelia Edizioni.
38. FNOPI. (s.d.). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*.
39. Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
40. Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T.-N., Myran, L., Linn, B., & Hornecker, J. (2018). Teaching interprofessional teamwork skills to health

- professional students: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>
41. Furnham, A. (2005). *The Psychology of Behaviour at Work: The Individual in the Organization*. Psychology Press.
 42. Gibson, R., & Kilcullen, M. (2020). The impact of web-cameras on parent-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 0(0).<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.009>
 43. Goleman, D. (2011). *Intelligenza emotiva*. Bur.
 44. Gordon, T. (1991). *Insegnanti efficaci. Il metodo Gordon. Pratiche educative per insegnanti genitori e studenti*. Giunti Editore.
 45. Gregory, P. A. M., & Austin, Z. (2016). Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian Pharmacists Journal: CPJ = Revue Des Pharmaciens Du Canada: RPC*, 149(4), 236–245.
<https://doi.org/10.1177/1715163516647749>
 46. Gundrosen, S., Solligård, E., & Aadahl, P. (2014). Team competence among nurses in an intensive care unit: The feasibility of in situ simulation and assessing non-technical skills. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(6), 312–317.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.007>
 47. Guzzo, R. A., & Dickson, M. W. (1996). Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 47, 307–338.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.307>
 48. Hackman, J. R. (2003). Learning more by crossing levels: Evidence from airplanes, hospitals, and orchestras. *Journal of Organizational Behavior*, 24(8), 905–922.
<https://doi.org/10.1002/job.226>
 49. Helmreich, R. L. (2000). On error management: Lessons from aviation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 781–785. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.781>
 50. Hersey, P., Blanchard, K. H., & Johnson, D. E. (2000). *Management of Organizational Behavior: Leading Human Resources*. Upper Saddle River.
 51. Houtman, I. L. D. (2005). Work-related stress. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. <https://www.eurofound.europa.eu/en/resources/article/2005/work-related-stress>
 52. HSE. (2005). *Tackling stress: The management standards approach*. Sudbury: HSE Books.
 53. IPEC. (2023). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*

(Preliminary Daft Revisions 2023).

54. Irwin, A., & Weidmann, A. E. (2015). A mixed methods investigation into the use of non-technical skills by community and hospital pharmacists. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 11(5), 675–685. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.11.006>
55. Jepsen, R. M., Østergaard, D., & Dieckmann, P. (2015). Development of instruments for assessment of individuals' and teams' non-technical skills in healthcare: A critical review. *Cognition, Technology & Work*, 17. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0306-y>
56. Kalauz, M. S., Hudec, G., & Kirinic, V. (2015). Soft skills perception among students: Importance and performance. 89–95.
57. Kanki, B. G., & Palmer, M. T. (1993). Communication and Crew Resource Management. *Crew Resource Management*, 111–145. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374946-8.10004-4>
58. Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
59. Khalid, S., & Zubair, A. (2014). Emotional Intelligence, Self-Efficacy, and Creativity Among Employees of Advertising Agencies. *Pakistan Journal of Psychological Research*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Emotional-Intelligence%2C-Self-Efficacy%2C-and-Among-of-Khalid-Zubair/1ad8e7be226525694571fb55b7655ffeb9529eb0>
60. Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23–42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
61. Knight, P., & Page, A. (2007). Report to the Practice-based Professional Learning Centre.
62. Kumpfer, K. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience (pp. 179–224). https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1_9
63. Kusmiran, E. (2016). Effect of soft skills caring training on carative factors of nurses in nursing service. https://www.academia.edu/36554685/EFFECT_OF_SOFT_SKILLS_CARING_TRAINING_ON_CARATIVE_FACTORS_OF_NURSES_IN_NURSING_SERVICE

64. Lau, Y., & Wang, W. (2014). Development and evaluation of a learner-centered educational summer camp program on soft skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Educator*, 39(5), 246–251. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000065>
65. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
66. Lencioni, P. M. (2005). *Overcoming the Five Dysfunctions of a Team*. John Wiley & Sons.
67. Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created “Social Climates”. *The Journal of Social Psychology*, 10(2), 269–299. <https://doi.org/10.1080/00224545.1939.9713366>
68. Luchins, A. S. (1942). Mechanization in problem solving: The effect of Einstellung. *Psychological Monographs*, 54(6), i–95. <https://doi.org/10.1037/h0093502>
69. Marks, M., Mathieu, J., & Zaccaro, S. (2001). A Temporally Based Framework and Taxonomy of Team Processes. *The Academy of Management Review*, 26, 356. <https://doi.org/10.2307/259182>
70. Maslow, A. H. (1971). *Verso una psicologia dell’essere*. Astrolabio Ubaldini.
71. McPherson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001). Working and learning together: Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care* : QHC, 10(Suppl 2), ii46–ii53. <https://doi.org/10.1136/qhc.0100046>.
72. Mehrabian, A., & Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248–252. <https://doi.org/10.1037/h0024648>
73. Mercier, H., & Sperber, D. (2011). Why do humans reason? Arguments for an argumentative theory. *The Behavioral and Brain Sciences*, 34(2), 57–74; discussion 74–111. <https://doi.org/10.1017/S0140525X10000968>
74. Moroń, M., & Biolik-Moroń, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and Individual Differences*, 168, 110348. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110348>
75. Murray, K., McKenzie, K., & Kelleher, M. (2016). The evaluation of a framework for measuring the non-technical ward round skills of final year nursing students: An observational study. *Nurse Education Today*, 45, 87–90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.024>
76. Nardone, G. (2013). *Problem Solving strategico da tasca: L’arte di trovare soluzioni a*

problemi irrisolvibili. Ponte alle Grazie.

77. Neisser, U. (1976). *Psicologia Cognitivista* (Martello-Giunti).
78. Nguyen, N., Elliott, J. O., Watson, W. D., & Dominguez, E. (2015). Simulation Improves Nontechnical Skills Performance of Residents During the Perioperative and Intraoperative Phases of Surgery. *Journal of Surgical Education*, 72(5), 957–963. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.03.005>
79. Nicolaides, M., Cardillo, L., Theodoulou, I., Hanrahan, J., Tsoulfas, G., Athanasiou, T., Papalois, A., & Sideris, M. (2018). Developing a novel framework for non-technical skills learning strategies for undergraduates: A systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*, 36, 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.10.005>
80. Nieva, V., Fleishman, E., & Rieck, A. (1978). *Team Dimensions: Their Identity, Their Measurement and Their Relationships*. 101.
81. Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 39–48. <https://doi.org/10.1080/13561820500081703>
82. Okray, R., & Lubnau, T. (2003). *Crew Resource Management for the Fire Service*. PennWell Books.
83. Orasanu, J., & Shafto, M. (1995). *Training for Aviation Decision Making: The Naturalistic Decision Making Perspective*.
84. Palumbo, C. (s.d.). *Sviluppo delle competenze trasversali e benessere individuale, organizzativo e sociale*
85. Payne, P. A., & King, V. J. (1998). A model of nurse-midwife and family physician collaborative care in a combined academic and community setting. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 19–26. [https://doi.org/10.1016/s0091-2182\(97\)00122-5](https://doi.org/10.1016/s0091-2182(97)00122-5)
86. Pellerey, M. (2016). *Orientamento come potenziamento della persona umana in vista della sua occupabilità: Il ruolo delle soft skills, o competenze professionali personali generali*.
87. Persich, M. R., Smith, R., Cloonan, S. A., Woods-Lubbert, R., Strong, M., & Killgore, W. D. S. (2021). Emotional intelligence training as a protective factor for mental health during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 38(10), 1018–1025. <https://doi.org/10.1002/da.23202>
88. Pires, S., Monteiro, S., Pereira, A., Chaló, D., Melo, E., & Rodrigues, A. (2017). Non-technical skills assessment for prelicensure nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 58, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.015>

89. Popper, K. (2014). *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. Routledge.
90. Prineas, S., Mosier, K., Mirko, C., & Guicciardi, S. (2021). Non-technical Skills in Healthcare. In L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (A c. Di), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585613/>
91. Rao, M. S. (2018). Soft skills: Toward a sanctimonious discipline. *On The Horizon - The Strategic Planning Resource for Education Professionals*, 26(3), 215–224.
92. Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate.
93. Rodriguez Siu, J. L., Rodríguez Salazar, R. E., Fuerte Montaña, L., Rodriguez Siu, J. L., Rodríguez Salazar, R. E., & Fuerte Montaña, L. (2021). Habilidades blandas y el desempeño docente en el nivel superior de la educación. *Propósitos y Representaciones*, 9(1). <https://doi.org/10.20511/pyr2021.v9n1.1038>
94. Rodríguez-Pérez, M., Mena-Navarro, F., Domínguez-Pichardo, A., & Teresa-Morales, C. (2022). Current Social Perception of and Value Attached to Nursing Professionals' Competences: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1817. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031817>
95. Rogers, C. R. (1981). *Libertà nell'apprendimento*. Giunti Barbera.
96. Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.4.489>
97. Rouse, W. B., Cannon-Bowers, J. A., & Salas, E. (1992). The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics*, 22(6), 1296–1308. <https://doi.org/10.1109/21.199457>
98. Salas, E., Burke, S., & Stagl, K. C. (2004). Developing teams and team leaders: Strategies and principles. *Leader Development for Transforming Organizations: Growing Leaders for Tomorrow*, 325–355.
99. Salas, E., Dickinson, T., Converse, S., & Tannenbaum, S. (1992). Toward an understanding of team performance and training. In *Teams: Their training and performance* (pp. 3–29). Ablex Publishing.
100. Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Botella Navas, M., Castellano-Rioja, E., & Cañabate Ros, M. (2023). Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4901.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20064901>

101. Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
102. Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
103. Sangaleti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: A systematic review. *JBISRIR*, 15(11), 2723–2788. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
104. Sawyer, R. K. (2006). Educating for innovation. *Thinking Skills and Creativity*, 1(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2005.08.001>
105. Schramm, W. (1954). *The Process and Effects of Mass Communication*. University of Illinois Press.
106. Scriven, M., & Paul, R. (1987). *Defining Critical Thinking*. <https://www.critical-thinking.org/pages/defining-critical-thinking/766>
107. Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill Education.
108. Shankar, R. P., Dubey, A. K., Mishra, P., Deshpande, V. Y., Chandrasekhar, T. S., & Shivananda, P. G. (2006). Student attitudes towards communication skills training in a medical college in Western Nepal. *Education for Health (Abingdon, England)*, 19(1), 71–84. <https://doi.org/10.1080/13576280500534693>
109. Silberman, M., Biech, E., & Auerbach, C. (2015). *Active training: A handbook of techniques, designs, case examples, and tips: Fourth edition* (p. 425). <https://doi.org/10.1002/9781119154778>
110. Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1995). *Competenza nel lavoro: Modelli per una performance superiore*
111. Steers, R. M. (1988). *Introduction to Organizational Behavior*. Scott, Foresman.
112. Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227–235.
113. Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384–399. <https://doi.org/10.1037/h0022100>
114. Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of Small-Group Development Revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419–427.

<https://doi.org/10.1177/105960117700200404>

115. Unioncamere, & ANPAL. (2022). Gli sbocchi professionali dei laureati nelle imprese, indagine 2022. Sistema Informativo Excelsior 2022.
116. Unsworth, K., & West, M. (1999). Teams: The challenges of cooperative work (pp.137-146).
117. van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C. (2020). Interprofessional education: Tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, 20(2), 455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
118. Verrastro, V. (2004). *Psicologia della comunicazione. Un manuale introduttivo*. Franco Angeli.
119. Verrastro, V. (2008). *Psicologia dello sviluppo dei processi comunicativi. Un manuale introduttivo*. Franco Angeli.
120. Victoroff, K. Z., & Hogan, S. (2006). Students' perceptions of effective learning experiences in dental school: A qualitative study using a critical incident technique. *Journal of Dental Education*, 70(2), 124–132.
121. Vincent, C. (2006). *Patient Safety*. Churchill Livingstone.
122. Watzlawick, P. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana: Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio.
123. Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5). <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>
124. West, M. (2004). *Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research*.
125. Widad, A., & Abdellah, G. (2022). Strategies Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 42, 209–218. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.010>
126. WORLD ECONOMIC FORUM. (2020). *The Future of Jobs Report 2020*.
127. World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.
128. World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

ALLEGATI

Allegato 1 – obiettivi formativi dei corsi di laurea

Corso di Laurea	Obiettivi formativi
Assistenza sanitaria	Prevenzione, promozione e educazione alla salute. Mantenimento dello stato di salute. Organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari e sociali.
Infermieristica	Conoscenze di natura tecnica, educativa e relazionale. Valutazione livello di funzionalità e autonomia della persona, e scelta di percorsi di assistenza. Applicazione di prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Sostenere l'autocura e autogestione dei problemi assistenziali.
Tecniche audioprotesiche	Esecuzione delle prove non invasive e esami di tipo acustico, psico-acustico e elettrofisiologico. Conoscenze relative al funzionamento degli ausili protesici uditivi.
Igiene dentale	Prevenzione delle malattie di bocca e denti Interventi di pulizia orale, terapia paradontale
Ostetricia	Conduzione di parti naturali e indotti. Assistenza neonatale e materna nel periodo di gravidanza, durante e dopo il parto. Assistenza durante interventi ginecologici. Collaborazione per prevenzione e accertamenti di tumori della sfera genitale femminile.
Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia	Conoscenza delle tecnologie, tecniche e materiali necessari agli esami e trattamenti con radiazioni. Esecuzione di interventi per fornire immagini degli organi interni. Conoscenza degli effetti delle sostanze radioattive, procedure di radioprotezione e decontaminazione ambientale.

Allegato 2 – frequenza competenze suddivise per CdL e focus group

	Assistenza sanitaria			Infermieristica			Ostetricia			Tecniche di radiologia			Tecniche audioprotesiche		
	2° anno	3° anno	Tutor	2° anno	3° anno	Tutor	2° anno	3° anno	Tutor	2° anno	3° anno	Tutor	2° anno	3° anno	Tutor
Comunicazione	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	1 (100%)
Teamwork	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (50%)	2 (100%)	-	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	-	-	-
Intelligenza emotiva	1 (50%)	1 (50%)	-	1 (100%)	1 (50%)	-	2 (100%)	-	-	1 (50%)	2 (100%)	-	-	-	-
Flessibilità	1	-	-	-	1 (50%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestione dello stress	2 (100%)	1 (50%)	-	1 (100%)	-	-	1	-	-	1 (50%)	-	-	-	-	-
Pensiero creativo	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Empowerment	-	2 (100%)	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Consapevolezza situazionale	-	-	-	1 (100%)	-	1	1	-	-	-	-	-	1 (100%)	-	-
Problem solving	-	2 (100%)	-	-	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	-	-	1 (100%)
Decision making	-	-	-	1 (100%)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Time management	-	-	-	1 (100%)	-	-	-	-	-	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	-	-	-