



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**Lavorare insieme per prendersi cura:
indagine sulla percezione delle competenze
interprofessionali nei laureati magistrali delle professioni
sanitarie**

**Working Together to Care:
A study on the perception of interprofessional competencies
among master's graduates in health professions**

Relatore: Chiar.mo
Gilda Pelusi

Tesi di Laurea di:
Ilenia Conti

A.A. 2025/2026

*“Ciò che conosciamo di noi è solamente una parte,
e forse piccolissima,
di ciò che siamo a nostra insaputa”.*

Luigi Pirandello

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	1
-------------------	---

OBIETTIVO	4
-----------------	---

MATERIALI E METODI	5
--------------------------	---

- Disegno dello studio.....5
- Revisione della letteratura.....5
- Popolazione e campione.....9
- Criteri di inclusione/esclusione.....9
- Strumento di raccolta dati.....10

RISULTATI.....	13
----------------	----

- Profilo del campione.....13
- Affidabilità interna.....16
- Dimensioni della collaborazione.....16
- Analisi del Coordinamento.....18
- Confronto LM/SNT1 – LM/SNT2.....19
- Domande A1–A5.....21
- Correlazioni.....23
- Intervista qualitativa.....26
- Sintesi.....28

DISCUSSIONE.....	29
------------------	----

LIMITI DELLO STUDIO.....	32
--------------------------	----

CONCLUSIONI.....	33
------------------	----

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Introduzione: La crescente complessità dei sistemi sanitari richiede modelli assistenziali basati, sulla collaborazione interprofessionale (IPC), fondamentale per garantire qualità, sicurezza e continuità delle cure. In questo scenario, l'Educazione Interprofessionale (IPE) rappresenta un elemento chiave, per sviluppare competenze collaborative, nei professionisti sanitari.

Obiettivo: Lo studio descrive i livelli di collaborazione interprofessionale, percepiti dai laureati magistrali delle professioni sanitarie, tramite la scala I-AITCS II e valuta il contributo della formazione magistrale, nello sviluppo delle competenze collaborative. Lo studio si completa con un'intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie, dell'area Infermieristico – Ostetrica dell'AOU Torrette.

Materiali e Metodi: Lo studio utilizza un disegno osservazionale retrospettivo condotto, su laureati LM/SNT1 e LM/SNT2. Sono state effettuate analisi descrittive, valutazione dell'affidabilità interna e confronto tra gruppi tramite t-test di Welch. La componente qualitativa è stata esplorata attraverso, un'intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'AOU Torrette, analizzata con approccio descrittivo.

Risultati: Il campione (N = 40) mostra livelli elevati di collaborazione interprofessionale, con Cooperazione come dimensione più solida, e Coordinamento come area più fragile. La formazione interprofessionale è percepita come altamente utile. L'intervista qualitativa sottolinea l'importanza della leadership collaborativa.

Discussione: La cooperazione appare consolidata, mentre il coordinamento risente di dinamiche organizzative, gerarchie professionali e carenze comunicative. La formazione magistrale appare determinante, nello sviluppo di capacità collaborative.

Limiti: Il campione di convenienza, la numerosità ridotta e l'assenza di un gruppo di confronto limitano la generalizzabilità dei risultati. La natura percettiva delle misure introduce possibili bias di richiamo, e desiderabilità sociale.

Conclusioni: La formazione magistrale si conferma un fattore chiave, nello sviluppo delle competenze collaborative, evidenziando la necessità di rafforzare ulteriormente, l'Educazione Interprofessionale nei percorsi avanzati.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, il sistema sanitario ha affrontato un crescente livello di complessità, determinato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie cronico-degenerative e dalla presenza di comorbidità. In questo scenario, la collaborazione interprofessionale (IPC) assume un ruolo centrale, configurandosi come un accordo cooperativo tra professionisti che operano congiuntamente per raggiungere obiettivi condivisi. In ambito sanitario, essa rappresenta un'alleanza tra figure diverse, finalizzata all'erogazione di cure di alta qualità, grazie all'integrazione delle competenze individuali e collettive del team (Ansa et al. 2020).

Secondo Borman et al. (2023), la collaborazione interprofessionale consente ai professionisti di integrare prospettive e ruoli differenti, in un processo realmente sinergico, capace di generare risultati non ottenibili da una singola disciplina. Un'efficace IPC migliora la sicurezza del paziente, gli esiti clinici, la soddisfazione dei professionisti e la qualità delle cure centrate sulla persona, rendendola essenziale per garantire interventi sicuri, tempestivi ed equi (Dib et al. 2025).

Storicamente, il modello sanitario era caratterizzato da una forte gerarchia medico-centrica. A partire dagli anni '60, con il concetto di "gioco medico-infermiere", introdotto da Stein, si è assistito a un progressivo riconoscimento del ruolo decisionale degli infermieri, segnando un cambiamento culturale significativo (Gregoriou et al. 2025). Oggi, la crescente complessità assistenziale rende evidente l'impossibilità per un singolo professionista, di rispondere autonomamente ai bisogni del paziente, rendendo la collaborazione un elemento imprescindibile (Melkamu et al. 2020).

All'interno dei team, la leadership rappresenta un fattore chiave per orientare la visione comune, coordinare i contributi professionali e sostenere i processi decisionali condivisi (Borman et al. 2023). La leadership clinica, inoltre, favorisce qualità, innovazione e trasformazione nei servizi sanitari (Carr et al. 2024). Tuttavia, la piena realizzazione dell'IPC è spesso ostacolata da criticità quali, scarsa definizione dei ruoli, gestione inefficace dei conflitti, leadership debole e comunicazione insufficiente (Arad et al. 2022). La costruzione di relazioni paritarie e basate sul rispetto reciproco è, quindi, essenziale per ottimizzare la comunicazione di équipe (Jepkosgei et al. 2022). A queste difficoltà, si aggiungono barriere strutturali come carenza di personale, sovraffollamento

e turnover, che compromettono la stabilità dei team. Per superarle, sono necessarie strategie mirate, tra cui il potenziamento del coordinamento, la digitalizzazione dei flussi informativi e l'istituzionalizzazione del lavoro collaborativo (Jordan et al. 2022).

In un sistema sanitario sempre più complesso, diventa fondamentale preparare gli studenti attraverso, esperienze strutturate di Educazione Interprofessionale (IPE) riconosciute a livello internazionale come essenziali per sviluppare competenze collaborative efficaci (Van Diggele et al. 2020). La formazione universitaria riveste un ruolo strategico in questo processo: la rivista *Medicina e Chirurgia – Journal of Italian Medical Education* evidenzia come le Lauree Magistrali contribuiscano in modo determinante, allo sviluppo di competenze interprofessionali, considerate competenze core, per governare la complessità dei moderni contesti di cura (Fрати et al. n.d.). A livello istituzionale, il Verbale del Consiglio Interpoli, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, dell'Università Politecnica delle Marche (05/11/2025), ribadisce la centralità dell'IPC, nella progettazione didattica nei tirocini direzionali e nella valutazione della qualità formativa (Università Politecnica delle Marche 2025).

La scala I-AITCS II (Italian version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II)

L'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II) è, uno degli strumenti internazionali più utilizzati, per misurare la collaborazione interprofessionale. La versione italiana I-AITCS II, validata da Rosario Caruso, presenta solide proprietà psicometriche e un accurato adattamento culturale. La scala si articola in tre dimensioni fondamentali:

- Partnership, che riconosce il ruolo attivo di pazienti e famiglie nei processi decisionali;
- Cooperazione, basata su rispetto reciproco, fiducia e trasparenza tra professionisti;
- Coordinamento, relativo alla gestione dei conflitti, alla definizione dei ruoli e alla capacità di lavorare verso obiettivi condivisi.

La scala comprende 23 item valutati su una scala Likert a 5 punti (1 = mai; 5 = sempre), con un punteggio medio ≥ 4 , considerato indicativo di un livello adeguato di collaborazione interprofessionale (Caruso et al. 2018).

Nonostante l'esistenza di percorsi formativi orientati alla collaborazione, rimane necessario indagare, in quale misura i professionisti che, completano la Laurea Magistrale nelle Professioni Sanitarie, percepiscano di aver realmente acquisito competenze collaborative, applicabili nella pratica quotidiana. Il presente studio si propone di analizzare, attraverso la scala I-AITCS II, i livelli di partnership, cooperazione e coordinamento percepiti, da una coorte di laureati magistrali delle Professioni Sanitarie. Parallelamente, intende valutare l'impatto del percorso formativo magistrale sullo sviluppo e sul consolidamento delle competenze interprofessionali, applicate nella pratica clinica.

OBIETTIVO

L'obiettivo primario del presente studio è descrivere e analizzare il livello di collaborazione interprofessionale percepito dai laureati magistrali delle Professioni Sanitarie nei diversi contesti clinico-assistenziali, attraverso l'impiego della scala I-AITCS II.

In particolare, l'obiettivo specifico è quello di esaminare le esperienze e le percezioni dei laureati magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, valutando in che misura il percorso formativo magistrale abbia contribuito allo sviluppo e al consolidamento delle competenze interprofessionali applicate nella pratica clinica quotidiana. Lo studio integra, inoltre, un'intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie nell'area Infermieristico-Ostetrica dell'AOU Torrette, finalizzata ad approfondire il ruolo della formazione magistrale nello sviluppo delle competenze collaborative.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Il presente studio ha adottato uno studio osservazionale retrospettivo, finalizzato ad analizzare la percezione della collaborazione interprofessionale.

Revisione della letteratura

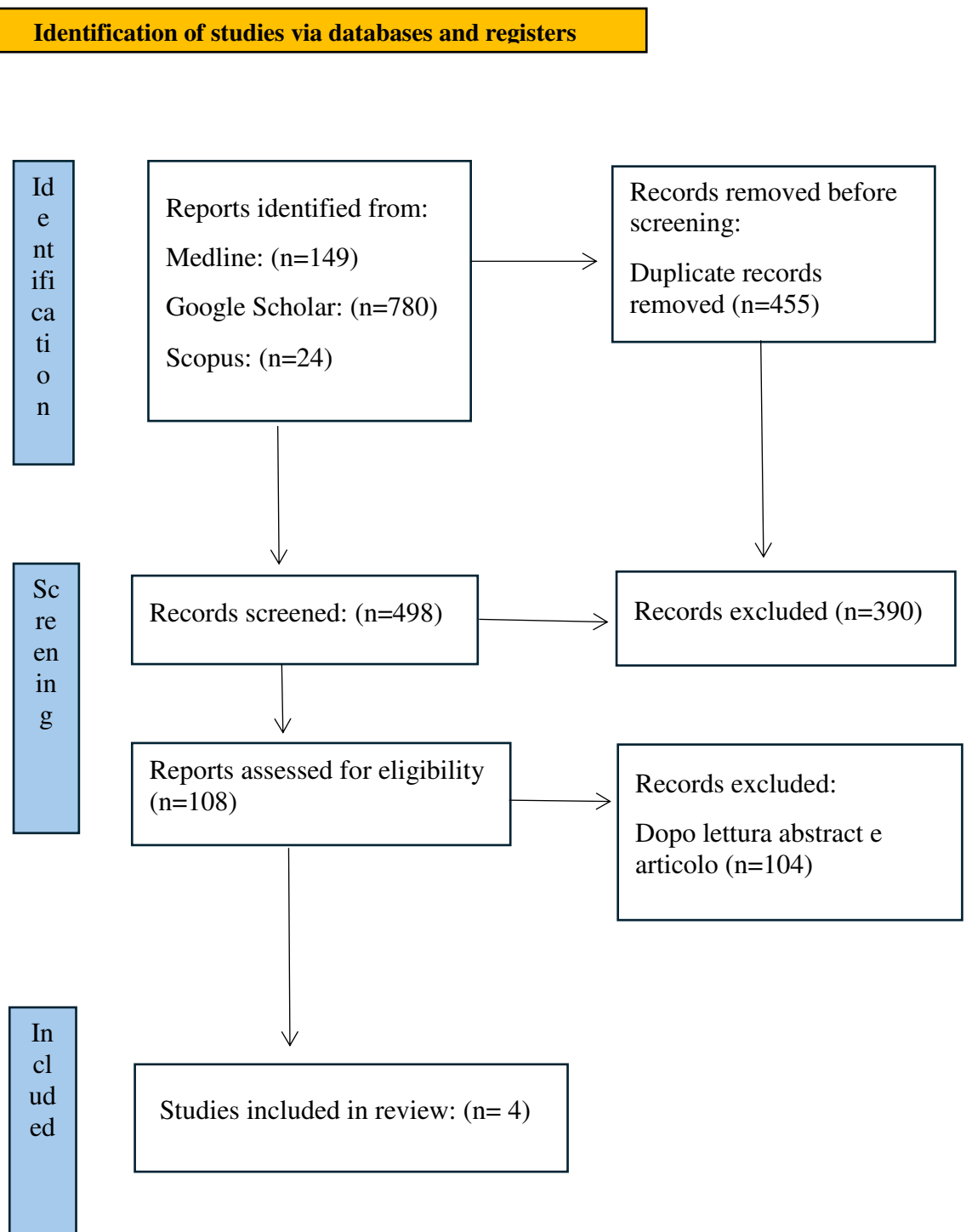
Prima della somministrazione del questionario, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica, con l'obiettivo di identificare strumenti validati, per la valutazione della collaborazione nei team sanitari. La ricerca è stata condotta interrogando tre banche dati elettroniche: Medline, Google Scholar e Scopus. Alcune parole chiave sono state combinate tra loro utilizzando l'operatore booleano "AND" e "OR". Le stringhe di ricerca che sono state esaminate nei rispettivi database, sono state riassunte nella Tabella 1:

Banca dati	Stringa di ricerca	Risultati
Medline	("interprofessional collaboration" OR "team collaboration" AND (questionnaire OR scale OR instrument) AND (validation OR psychometric)	149
Google Scholar	"interprofessional collaboration" AND "validated instrument" AND scale AND healthcare	780
Scopus	"interprofessional collaboration" AND "validated scale"	24

Tabella 1.

La successiva selezione degli articoli, effettuata seguendo i criteri della checklist PRISMA (Fig.1), ha previsto un processo di valutazione progressiva di titolo, abstract e full text. Al termine della scrematura sono stati inclusi 4 articoli, i cui principali risultati sono riportati nella Tabella 2.

PRISMA (Fig.1)



IKUKO SAKAI ET AL.	2017	2133 professionisti sanitari (medici, infermieri)	Studio quantitativo	Validare la scala (CICS29) che, misura le competenze collaborative interprofessionali, tra professionisti sanitari.	Lo studio ha validato la scala CICS29, composta da 29 item e sei domini, per misurare le competenze collaborative interprofessionali. Dopo l'esclusione di 11 item da un modello iniziale, la versione finale ha mostrato un'ottima bontà di adattamento (GFI = 0.925; CFI = 0.950; RMSEA = 0.049) e un'elevata coerenza interna ($\alpha > 0.80$). Nel test ripetuto su 178 infermieri, gli indici di affidabilità (ICC) per i sei domini sono risultati soddisfacenti (da 0.65 a 0.77), confermando che, la scala è valida e affidabile, per valutare le competenze interprofessionali, nella pratica clinica.
ROSARIO CARUSO ET AL.	2018	688 operatori sanitari	Studio osservazionale	Valutare il livello di collaborazione all'interno dei team sanitari italiani.	La scala I-AITCS II validata in italiano conferma una struttura a tre dimensioni: partnership, cooperazione e coordinamento. L'affidabilità interna raggiunge valori di Cronbach's α fino a 0.968. Tra i tre domini, il coordinamento risulta quello più debole, nei punteggi ottenuti dai partecipanti. Non emergono differenze significative tra le professioni, ma ci sono variazioni per il dominio "partnership", in base ai contesti clinici di lavoro.

QUEK G. S. M. ET AL.	2022	148 Professionisti sanitari di un Community Hospital di Singapore (infermieri, fisioterapisti, logopedisti...)	Studio trasversale	Validare il Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT), per misurare il livello di collaborazione interprofessionale (IPC), nel contesto ospedaliero comunitario di Singapore.	Lo studio ha dimostrato che, il CPAT presenta buona validità di contenuto, grazie alle interviste cognitive che, hanno permesso di adattare culturalmente diversi item. La coerenza interna è risultata elevata in sette domini (Cronbach $\alpha > 0.70$). Complessivamente, il CPAT si è dimostrato uno strumento valido, affidabile e culturalmente adattato, per valutare la collaborazione interprofessionale, nel contesto sanitario di Singapore.
YEN-FANG CHOU ET AL.	2024	548 infermieri clinici provenienti da sette ospedali di una fondazione medica a Taiwan	Studio cross-sectional	Sviluppare e validare una scala, per misurare le competenze di collaborazione interprofessionale degli infermieri clinici (IPCPCS)	L'analisi ha individuato tre dimensioni principali: leadership collaborativa e gestione dei conflitti, comunicazione interprofessionale e funzionamento del team, chiarificazione dei ruoli e assistenza centrata sul paziente. La scala ha mostrato un'eccellente affidabilità interna, con valori di Cronbach α molto elevati per tutti e tre i fattori (0.970–0.978), e α totale pari a 0.988, indicando una forte coerenza delle risposte. Nel complesso, l'IPCPCS si è dimostrata uno strumento valido, affidabile e utile, per valutare le competenze collaborative degli infermieri clinici.

Tabella 2.

Popolazione e campione

La popolazione di riferimento è costituita dai laureati magistrali di Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e di Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, laureati tra luglio 2024 e ottobre 2025, e iscritti agli anni accademici 2022/2023 e 2023/2024.

Il questionario è stato inviato a tutti i soggetti eleggibili, senza l'applicazione di tecniche di campionamento probabilistico. La popolazione eleggibile era composta da 167 laureati magistrali LM/SNT1 e LM/SNT2. Di questi, 40 hanno partecipato allo studio, compilando integralmente il questionario. Sono state incluse le classi LM/SNT1 e LM/SNT2 poiché, rappresentano i percorsi magistrali maggiormente orientati alla pratica clinico-assistenziale, e alla collaborazione interprofessionale nei contesti sanitari. Le classi di Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche e di Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione sono state escluse in quanto, caratterizzate da un focus formativo differente, non direttamente centrato sulle dinamiche collaborative cliniche. La somministrazione del questionario è avvenuta tramite Google Forms, dopo la presentazione del progetto di ricerca all'interno del Consiglio di Corso di Laurea Magistrale, in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, dell'Università Politecnica delle Marche, come riportato nel verbale del 5 novembre 2025. Il tema è stato discusso e approvato nell'ambito delle attività del presente corso di Laurea Magistrale, e previa autorizzazione della Presidente, e della Direttrice del Corso di Laurea, in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, con sede a Pesaro. La partecipazione è stata volontaria e, il questionario è stato diffuso tramite canali digitali e professionali.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi i partecipanti che soddisfacevano i seguenti requisiti:

- conseguimento della Laurea Magistrale LM/SNT1 o LM/SNT2, tra luglio 2024 e ottobre 2025, e iscritti agli anni accademici 2022/2023 e 2023/2024;
- disponibilità a partecipare volontariamente allo studio;
- compilazione completa del questionario online.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi:

- i laureati delle classi Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche e di Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione poiché i rispettivi percorsi formativi, non presentano un focus specifico sulla collaborazione interprofessionale clinica;
- i laureati della sede di Fermo, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, dell'Università Politecnica delle Marche, per la numerosità insufficiente ai fini dell'analisi;
- i questionari incompleti.

Strumento di raccolta dati

Per la rilevazione dei dati, è stato impiegato l'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (I-AITCS II), nella versione italiana validata da Rosario Caruso. Il questionario, digitalizzato tramite Google Forms, è stato somministrato in forma anonima, nel rispetto del Regolamento Europeo GDPR 679/2016. I dati sono stati trattati esclusivamente in forma aggregata.

Lo strumento prevede la raccolta di variabili sociodemografiche (genere, età, classe di laurea magistrale, professione e anni di esperienza lavorativa) e la valutazione delle competenze collaborative tramite la scala I-AITCS II. La scala è composta da 23 item su Likert a 5 punti (1 = Mai; 5 = Sempre) e articolata nelle tre dimensioni di Partnership, Cooperazione e Coordinamento. Ogni item rileva la frequenza con cui i comportamenti collaborativi vengono percepiti nella pratica clinica, con punteggi più elevati indicativi di livelli maggiori di collaborazione interprofessionale.

Questionario sulla formazione interprofessionale (A1–A5)

Accanto alla scala principale, è stato somministrato un breve questionario aggiuntivo, composto da cinque domande (A1–A5), finalizzato a esplorare la percezione della formazione interprofessionale ricevuta, durante il percorso magistrale. Le domande indagavano: l'importanza attribuita alle competenze collaborative, il miglioramento percepito, le aree di crescita professionale, l'impatto sulla pratica clinica e le metodologie

didattiche ritenute più efficaci. Le risposte sono state analizzate tramite statistiche descrittive.

Intervista strutturata

Per integrare i dati quantitativi con una prospettiva qualitativa, è stata condotta un'intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie, dell'Area Infermieristico-Ostetrica, dell'AOU Torrette. L'intervista era composta da quattro domande aperte, finalizzate ad approfondire il ruolo della formazione magistrale, nello sviluppo delle competenze collaborative. Le risposte sono state trascritte integralmente e analizzate con approccio qualitativo descrittivo. Poiché il Dirigente intervistato coordina esclusivamente i percorsi magistrali LM/SNT1, la prospettiva qualitativa ottenuta riflette specificamente l'esperienza dei laureati magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e non è generalizzabile ai laureati LM/SNT2.

Durata della raccolta dati

La raccolta dei dati è avvenuta tra il 1° gennaio 2026 e il 31 marzo 2026.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata articolata in più fasi. In primo luogo, sono state descritte le variabili sociodemografiche e i punteggi delle tre dimensioni della scala I-AITCS II (Partnership, Cooperazione, Coordinamento). Le variabili continue sono state sintetizzate tramite media e deviazione standard, mentre quelle categoriali sono state riportate come frequenze e percentuali. L'affidabilità interna dello strumento è stata valutata mediante, il coefficiente α di Cronbach calcolato sia per ciascuna dimensione, sia per la scala complessiva. È stata inoltre condotta un'analisi a livello di item della dimensione Coordinamento, con l'obiettivo di individuare gli aspetti più critici o caratterizzati da maggiore variabilità nelle risposte. Per il confronto tra i due gruppi di laureati (LM/SNT1 e LM/SNT2), è stato utilizzato il t test di Welch, al fine di verificare eventuali differenze nei punteggi medi delle tre dimensioni e del punteggio totale della scala, adottando un livello di significatività pari a $p < 0.05$. Le domande, relative alla percezione della formazione interprofessionale (A1–A5), sono state analizzate tramite statistiche descrittive. Non sono stati applicati test inferenziali poiché rappresentano preferenze soggettive. Le risposte dell'intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie

sono state analizzate con approccio qualitativo descrittivo, individuando i temi ricorrenti e integrandoli con i risultati quantitativi, per una lettura più completa delle dinamiche collaborative.

RISULTATI

Prima di analizzare i risultati della scala I-AITCS II, è stato descritto il profilo sociodemografico e professionale del campione, al fine di contestualizzare le caratteristiche dei partecipanti.

3. Profilo sociodemografico e professionale del campione

Il campione oggetto di studio è costituito da 40 professionisti sanitari (N = 40), che hanno conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (LM/SNT1), e in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (LM/SNT2), tra luglio 2024 e ottobre 2025, risultando iscritti agli anni accademici 2022/2023 e 2023/2024. Il campione è costituito da professionisti con un percorso formativo avanzato, coerente con i profili previsti dalle lauree magistrali delle professioni sanitarie.

- **Distribuzione per classe di laurea magistrale**

La maggior parte dei partecipanti appartiene alla classe LM/SNT1, che rappresenta l'82,5% del campione (n=33). La classe LM/SNT2 costituisce invece il 17,5% (n=7). Questa distribuzione riflette la maggiore numerosità nazionale dei percorsi magistrali, dell'area Infermieristico-Ostetrica, rispetto a quelli dell'area riabilitativa, come dimostrato nella Figura 1.

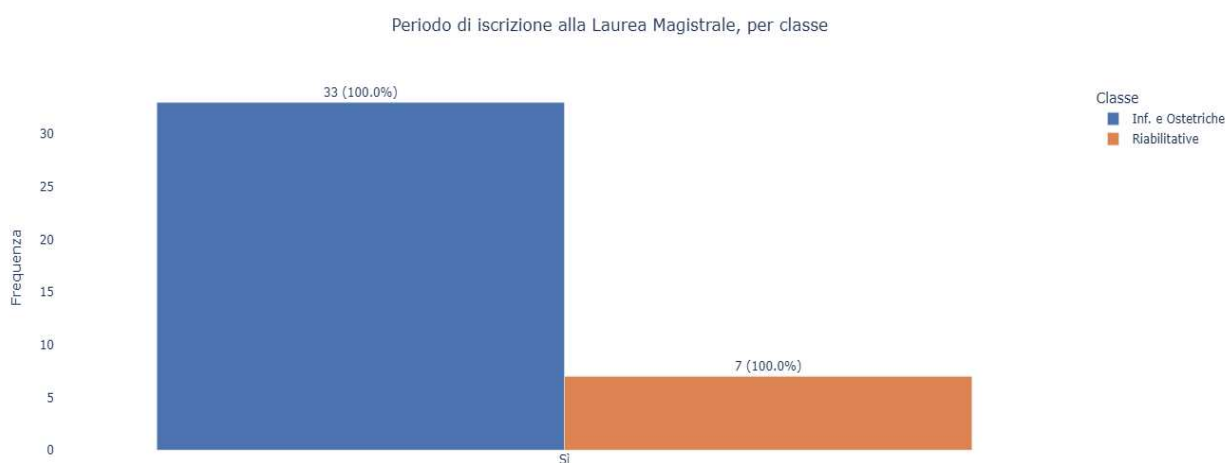


Figura 1 – Distribuzione per classe di laurea magistrale.

- **Caratteristiche anagrafiche**

L'età media dei rispondenti è pari a 36,4 anni ($SD = 9,3$), con un range compreso tra i 25 e i 59 anni, evidenziando un campione eterogeneo per fase di carriera. La fascia d'età più rappresentata è quella 30–34 anni ($n = 12$), seguita dalla fascia 25–29 anni ($n = 11$). Le fasce centrali 35-39 e 40-49 contano rispettivamente 5 e 5 partecipanti, mentre la fascia più avanzata, 50-59, comprende 7 professionisti. Questa distribuzione suggerisce la presenza equilibrata di professionisti in fase iniziale, intermedia e avanzata di carriera, utile per cogliere percezioni diversificate, rispetto ai processi collaborativi.



Figura 2 –Distribuzione per fascia d'età.

- **Distribuzione per genere**

Il campione presenta una prevalenza della componente femminile, pari al 67,5% ($n=27$), mentre la componente maschile rappresenta il 32,5% ($n=13$). Tale dato risulta coerente, con il consolidato fenomeno di femminilizzazione delle professioni sanitarie, ampiamente documentato nel contesto nazionale e internazionale.

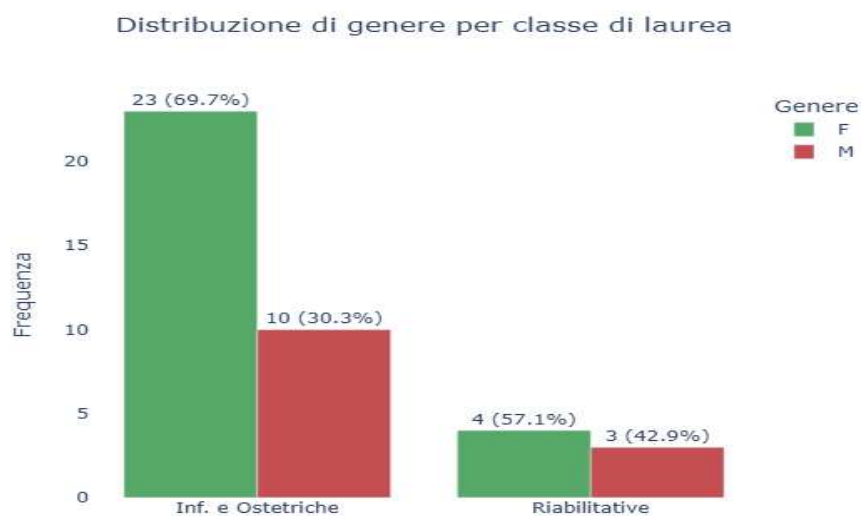


Figura 3 – Distribuzione di genere per classe di laurea.

- **Esperienza professionale**

L'esperienza lavorativa media è di 12,8 anni ($SD = 9$), con valori compresi tra 1 e 38 anni. Questa ampia variabilità testimonia la presenza di professionisti, sia neo-magistrali, sia con carriere consolidate. Questo configura il campione come un gruppo di professionisti esperti, in grado di esprimere valutazioni fondate, su una pratica assistenziale prolungata e diversificata.

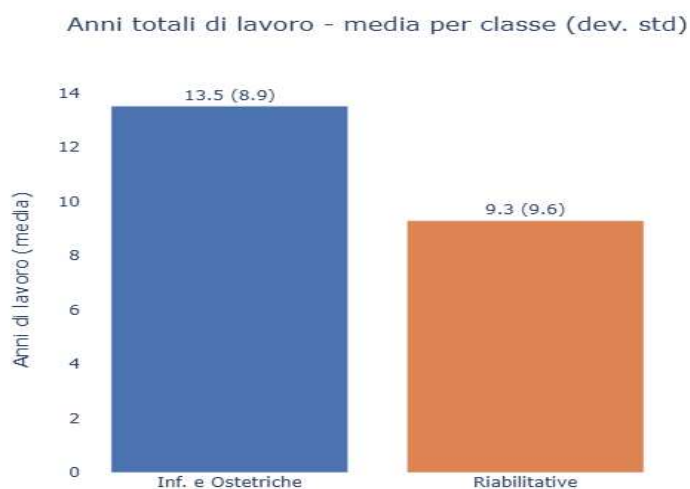


Figura 4 – Anni totali di lavoro.

3.2 La coerenza interna della scala: l' α di Cronbach

L'affidabilità interna della scala è risultata eccellente: tutti i valori dell' α di Cronbach superano 0.90 (scala totale = 0.966; Partnership = 0.920; Cooperazione = 0.922; Coordinamento = 0.936). Ciò conferma la coerenza interna degli item, e l'adeguatezza dello strumento, nel misurare la collaborazione interprofessionale nel campione analizzato. L'analisi della coerenza interna ha restituito valori estremamente elevati, per tutte le dimensioni della scala I-AITCS II. I coefficienti ottenuti sono riportati nella tabella seguente (Tabella 1):

Scala	Alpha di Cronbach
Scala completa (23 item)	0.966
Partnership (8 item)	0.920
Cooperazione (8 item)	0.922
Coordinamento (7 item)	0.936

Tabella 1.

Tali valori indicano che i 23 item misurano, in modo altamente omogeneo, il costrutto sottostante e che le tre dimensioni rappresentano, a loro volta, articolazioni complementari dello stesso fenomeno collaborativo.

3.3 Analisi descrittiva delle dimensioni della collaborazione

Dopo aver verificato l'affidabilità interna della scala, si è proceduto all'analisi descrittiva delle tre dimensioni della collaborazione interprofessionale, con l'obiettivo di delineare il profilo generale dei punteggi. I risultati mostrano valori complessivamente positivi: tutte le medie superano il valore centrale della scala Likert a 5 punti (3), indicando una percezione favorevole dei processi collaborativi, all'interno dei team sanitari.

La dimensione Cooperazione presenta il punteggio medio più elevato ($M = 3.74$; $SD = 0.71$), seguita dalla dimensione Partnership ($M = 3.68$; $SD = 0.74$). La dimensione

Coordinamento mostra invece il valore medio più basso ($M = 3.45$; $SD = 0.83$) e la maggiore variabilità interna, come evidenziato dalla deviazione standard più alta. Questo suggerisce una percezione meno uniforme, da parte dei partecipanti rispetto, agli aspetti organizzativi e procedurali della collaborazione. Di seguito, sono riportate le tabelle descrittive relative alle dimensioni della Partnership (Figura 5) e Cooperazione (Figura 6) che presentano i valori medi, le deviazioni standard e gli intervalli osservati per ciascun item.

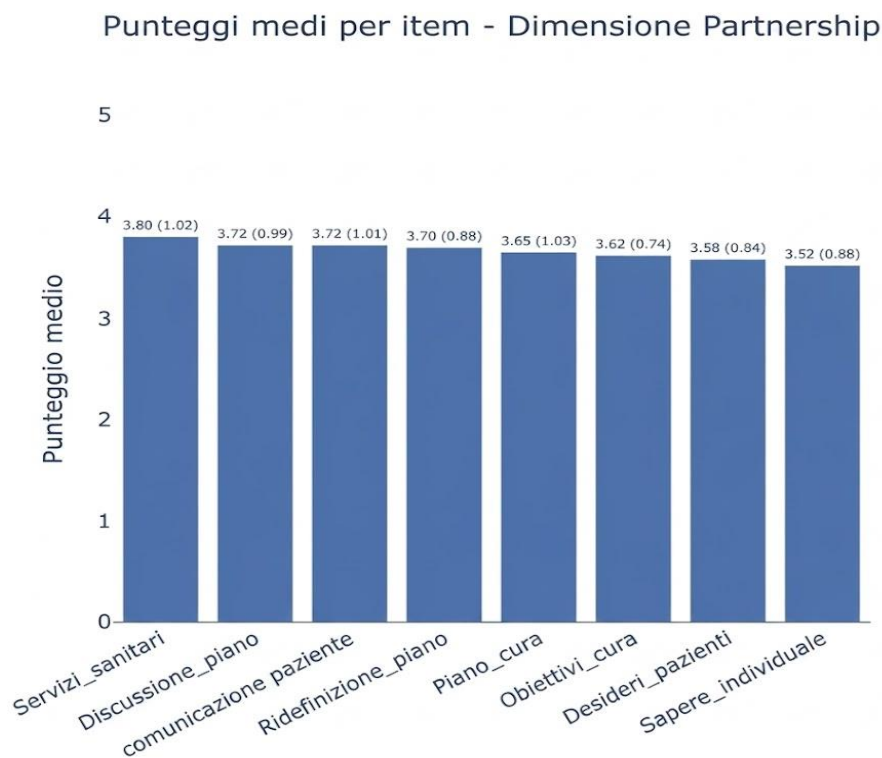


Figura 5.

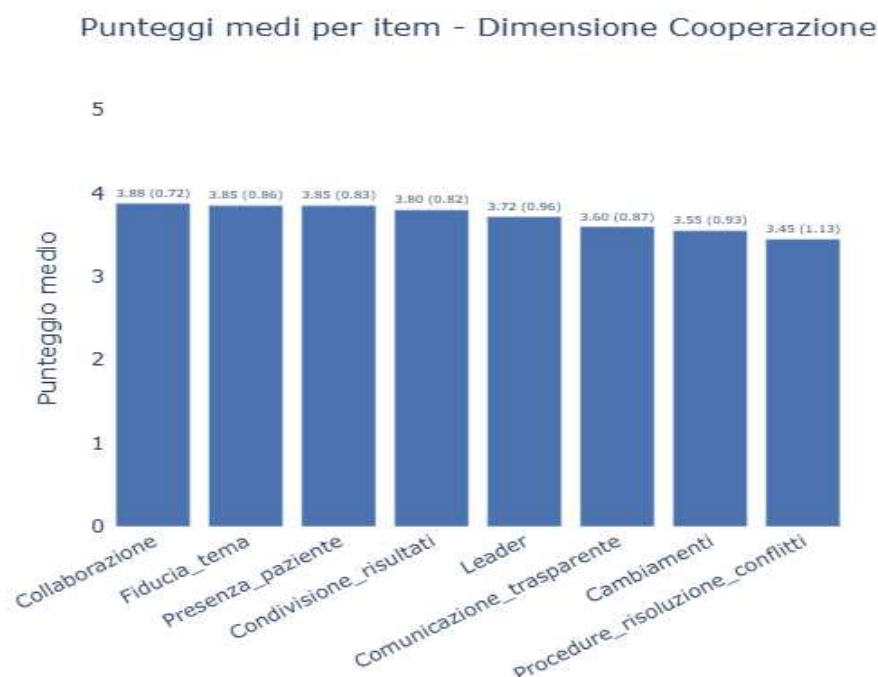


Figura 6.

3.4 Analisi degli item della dimensione Coordinamento

La dimensione Coordinamento presenta i punteggi medi più bassi della scala, motivo per cui è stata condotta un'analisi item-level per approfondire le percezioni dei partecipanti. Gli item, con i valori più elevati, riguardano aspetti relazionali e comunicativi:

- Condivisione equa dei risultati concordati ($M = 3.80$; $SD = 0.85$)
- Visione condivisa della collaborazione ($M = 3.75$; $SD = 0.87$)
- Comunicazione trasparente con pazienti e familiari ($M = 3.58$; $SD = 1.03$)

Seguono, con valori intermedi, gli item relativi a componenti organizzative e dinamiche di gruppo:

- Capacità del team di adattarsi ai cambiamenti ($M = 3.40$; $SD = 1.03$)
- Contributo all'identificazione del leader ($M = 3.32$; $SD = 1.00$)
- Sostegno alla presenza del paziente negli incontri di team ($M = 3.25$; $SD = 1.10$)

L'item più critico riguarda l'utilizzo di procedure per la gestione dei conflitti ($M = 3.10$; $SD = 1.13$), evidenziando una fragilità specifica nei processi di coordinamento. Le deviazioni standard più elevate indicano una maggiore eterogeneità nelle percezioni, suggerendo esperienze operative non uniformi (Figura 7). Nel complesso, l'analisi degli item mostra una valutazione più favorevole degli aspetti relazionali e comunicativi, mentre risultano meno sviluppati gli elementi organizzativi e procedurali, in particolare quelli legati alla gestione dei conflitti e alla definizione dei ruoli. Il Coordinamento, pur presentando livelli complessivamente buoni, emerge come l'area più fragile. Questo è in linea con la letteratura internazionale che, sottolinea la necessità di potenziare la leadership collaborativa e la gestione dei conflitti nei team sanitari. Tali evidenze, offrono indicazioni utili per orientare interventi formativi, mirati al rafforzamento delle competenze di coordinamento, e alla promozione di pratiche collaborative più strutturate.

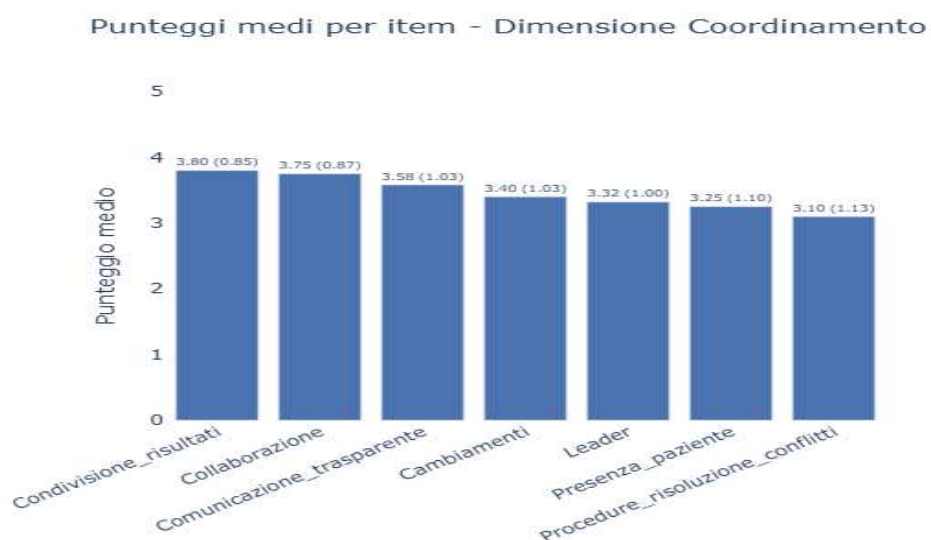


Figura 7 – Distribuzione dei punteggi medi per gli item della dimensione Coordinamento.

3.5 Confronto tra i due gruppi

È stato effettuato il confronto tra i due gruppi di laureati appartenenti alle classi LM/SNT1 (Scienze Infermieristiche e Ostetriche), e LM/SNT2 (Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie), al fine di valutare eventuali differenze nei punteggi medi delle tre dimensioni, e nel punteggio totale della scala (Tabella 2).

Scala	Scienze Infermieristiche e Ostetriche (n=33)	Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (n=7)
Partnership	3.66	3.70
Cooperazione	3.68	3.88
Coordinamento	3.42	3.61
Totale	3.59	3.73

Tabella 2 - Punteggi medi per sottoscala e classe di laurea magistrale.

A livello descrittivo, il gruppo LM/SNT2 presenta punteggi leggermente più elevati in tutte le dimensioni; tuttavia, le differenze sono minime (circa 0.10–0.20 punti su una scala Likert 1–5) e trascurabili dal punto di vista pratico. La Figura 8 conferma visivamente questa sovrapposizione, mostrando distribuzioni quasi identiche tra i due gruppi.

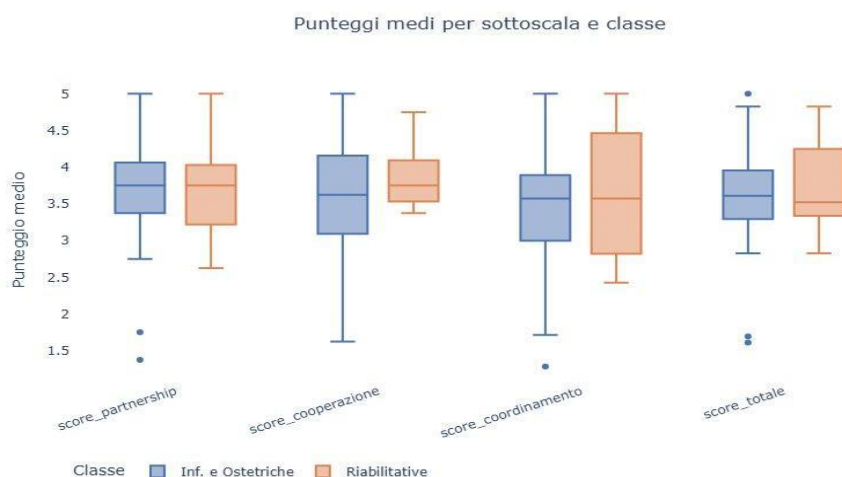


Figura 8 – Punteggi medi per sottoscala e classe di laurea magistrale.

Per verificare la significatività statistica delle differenze osservate, è stato applicato il t-test di Welch, appropriato in presenza di gruppi con numerosità o varianze differenti (Tabella 3).

Scala	Media Scienze Infermieristiche e Ostetriche	Media Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie	p-value	Significativà
Partnership	3.659	3.696	0.908	×
Cooperazione	3.678	3.875	0.389	×
Coordinamento	3.424	3.612	0.645	×
Totale	3.594	3.733	0.640	×

Tabella 3.

Nessuna delle differenze, risulta statisticamente significativa. Il p-value più basso (0.389 per la Cooperazione) è comunque, molto distante dalla soglia convenzionale di significatività ($p < 0.05$). È importante sottolineare che l'assenza di significatività non implica necessariamente l'assenza di differenze reali. Il gruppo LM/SNT2 è infatti, composto da soli 7 partecipanti una numerosità molto ridotta che, limita la potenza statistica del test. Con campioni così piccoli, anche differenze potenzialmente rilevanti, potrebbero non emergere come significative.

3.6 Analisi descrittiva della percezione della formazione interprofessionale

Per completare il quadro dei risultati quantitativi, è stata analizzata la percezione della formazione interprofessionale attraverso cinque domande aggiuntive (A1–A5), finalizzate a esplorare l'impatto del percorso magistrale, sullo sviluppo delle competenze collaborative. Il questionario comprendeva tre domande a risposta chiusa e due a risposta multipla, progettate per indagare: l'importanza attribuita alle competenze interprofessionali; la percezione di miglioramento delle capacità collaborative; le aree specifiche di crescita professionale; l'impatto delle competenze acquisite sul lavoro in team e le metodologie didattiche ritenute più efficaci.

A1 – Importanza delle competenze interprofessionali

La quasi totalità dei partecipanti attribuisce un'elevata rilevanza allo sviluppo di competenze interprofessionali: il 92,7% considera tale formazione molto o completamente importante, mentre il 7,3% la ritiene abbastanza importante. Questo dato conferma la forte sensibilità dei professionisti verso, percorsi orientati alla collaborazione.

A2 – Percezione di miglioramento delle competenze collaborative

La percezione dell'efficacia formativa è complessivamente positiva: il 41,5% riferisce un miglioramento pieno, e il 51,2% un miglioramento parziale. Solo il 7,3% non rileva cambiamenti significativi. Le aree maggiormente indicate come bisognose di potenziamento riguardano comunicazione, collaborazione operativa e consapevolezza del ruolo.

A3 – Miglioramenti percepiti dopo la laurea

Le risposte evidenziano un quadro ampiamente positivo: i miglioramenti più frequenti riguardano la consapevolezza del proprio ruolo, la comunicazione con gli altri professionisti, la capacità di collaborazione e la sicurezza nelle decisioni condivise. Solo una minoranza non riporta benefici rilevanti.

A4 – Impatto delle competenze apprese sul lavoro in team

La maggior parte dei partecipanti riconosce un impatto significativo delle competenze acquisite, sulla qualità del lavoro in team, confermando la trasferibilità dei contenuti formativi nella pratica clinica.

A5 – Modalità didattiche ritenute più efficaci

Le preferenze mostrano un chiaro orientamento verso, metodologie attive ed esperienziali. Le simulazioni clinico-assistenziali risultano la modalità più apprezzata (n = 34), seguite dai laboratori interdisciplinari (n = 29) e dall'analisi di casi clinici (n = 22). La lezione frontale ottiene un consenso marginale (n = 5), mentre il tirocinio formativo è indicato con minore frequenza, probabilmente perché percepito come, componente già implicita del percorso magistrale.

Nel complesso, i professionisti esprimono una valutazione fortemente positiva della formazione interprofessionale ricevuta. I dati evidenziano un elevato livello di soddisfazione, una buona percezione dell'efficacia e un chiaro orientamento verso metodologie didattiche attive, ritenute più utili, per sviluppare competenze collaborative applicabili nella pratica clinica.

3.7 Coerenza interna delle domande aggiuntive

Per le cinque domande aggiuntive, relative alla percezione della formazione interprofessionale, è stato calcolato il coefficiente α di Cronbach che ha restituito valori compresi tra 0.680 e 0.683. Si tratta di un livello di affidabilità accettabile, coerente con la natura eterogenea degli item, che esplorano aspetti differenti della formazione interprofessionale. Come atteso, tali valori risultano inferiori rispetto alla scala principale I-AITCS II ($\alpha = 0.966$), costruita per misurare un unico costrutto latente.

3.7.1 Correlazioni tra le domande aggiuntive

L'analisi della matrice di correlazione ha evidenziato alcuni pattern coerenti dal punto di vista concettuale:

- A1 e A4 mostrano una correlazione positiva: chi attribuisce maggiore importanza alla formazione interprofessionale tende anche a percepirne un impatto più elevato sulla qualità del lavoro in team.
- A2 è positivamente associata ad A4: chi riferisce un incremento delle competenze collaborative, durante la laurea, segnala anche un miglioramento più marcato nel lavoro di gruppo.
- La categoria “nessun miglioramento” di A3 presenta correlazioni negative, con la maggior parte delle variabili, delineando un profilo opposto, rispetto a chi ha tratto beneficio dalla formazione.
- Le preferenze didattiche (A5) mostrano correlazioni deboli con gli altri indicatori, suggerendo che la scelta della metodologia non è necessariamente legata alla percezione di miglioramento.

Le correlazioni, tra A1–A5 e le tre dimensioni della scala I-AITCS II, risultano generalmente basse confermando che le due sezioni del questionario misurano costrutti

distinti: la scala principale rileva la collaborazione nella pratica attuale, mentre le domande aggiuntive esplorano la percezione della formazione ricevuta.

3.7.2 Confronto tra i due gruppi sulle domande aggiuntive

Il confronto tra LM/SNT1 e LM/SNT2 per le variabili A1, A2 e A4, mostra differenze minime e non interpretabili in modo robusto. Le distribuzioni dei punteggi risultano ampiamente sovrapponibili, come evidenziato dalla Figura 9. Il principale limite interpretativo è rappresentato dalla forte asimmetria numerica tra i gruppi (33 vs 7), che riduce la potenza statistica e può mascherare eventuali differenze reali.

In sintesi, le percezioni relative alla formazione interprofessionale sono simili nei due gruppi; le differenze osservate sono marginali, e la classe di laurea non discrimina in modo significativo le risposte.

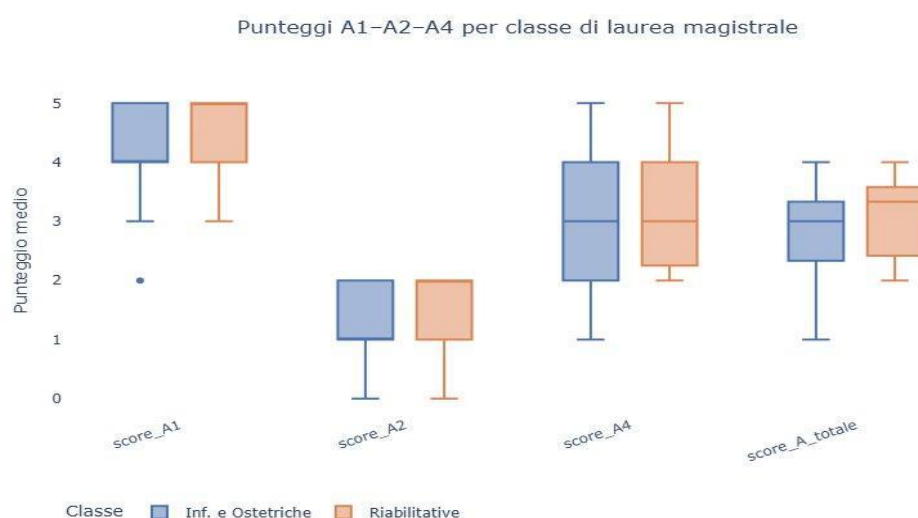


Figura 9 – Punteggi A1, A2, A4 e score A totale per classe di laurea magistrale. (Le distribuzioni dei due gruppi si sovrappongono ampiamente.)

3.7.3 Miglioramenti percepiti dopo la laurea magistrale (A3)

Le risposte alla domanda A3 evidenziano un quadro complessivamente positivo. I miglioramenti più frequentemente riportati riguardano: maggiore consapevolezza del proprio ruolo; miglioramento della comunicazione con gli altri professionisti; capacità di

collaborazione e maggiore sicurezza nelle decisioni condivise. Solo una minoranza non rileva benefici significativi.

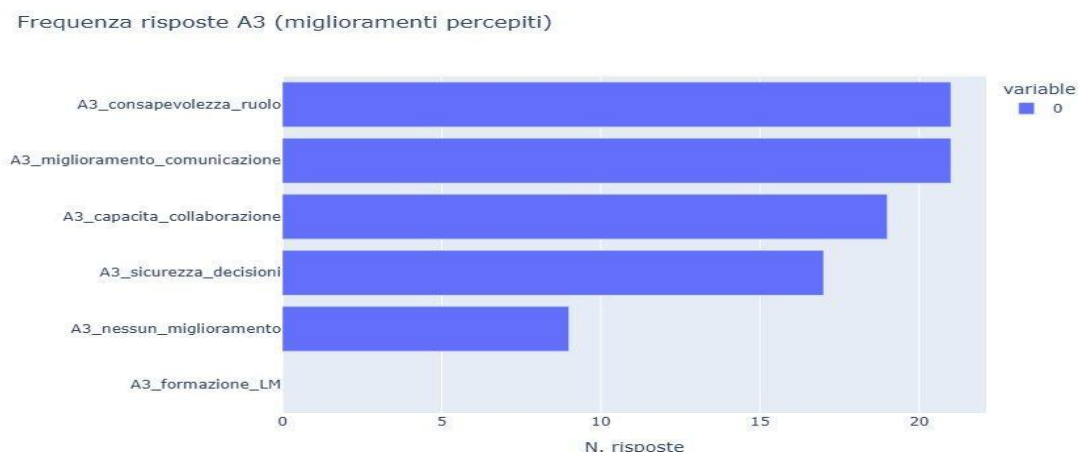


Figura 10 – Frequenza delle risposte alla domanda A3.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che, la formazione magistrale ha contribuito in modo significativo a potenziare le competenze relazionali, e collaborative dei professionisti, favorendo una maggiore chiarezza dei ruoli, una comunicazione più efficace e una partecipazione più sicura ai processi decisionali condivisi. La presenza di un numero limitato di risposte negative conferma che, pur con differenze individuali, la percezione dell'impatto formativo è prevalentemente positiva e coerente, con gli obiettivi della formazione interprofessionale.

3.7.4 Modalità di insegnamento ritenute più efficaci (A5)

Le simulazioni clinico-assistenziali risultano la metodologia più apprezzata, seguite dai laboratori interdisciplinari e dai seminari condotti da professionisti di diverse discipline. Le attività teoriche e i moduli dedicati alla leadership raccolgono un consenso più moderato, mentre il tirocinio formativo è indicato con minore frequenza, probabilmente perché percepito come, componente già implicita del percorso magistrale.

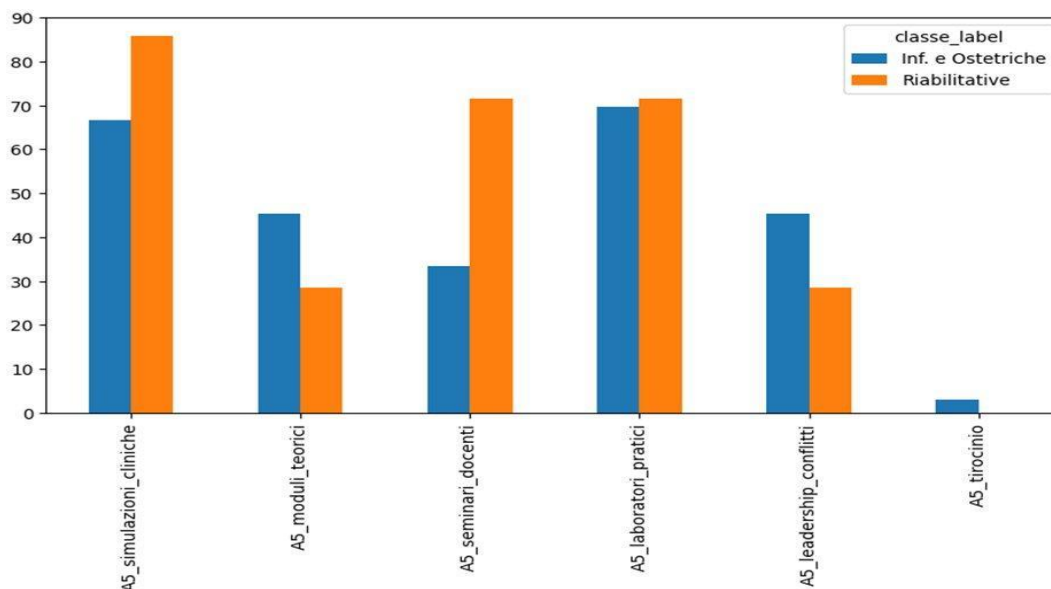


Figura 11 – Percentuale di preferenza per ciascuna modalità di insegnamento (A5), suddivisa per classe di laurea magistrale.

Nel complesso, i risultati confermano la centralità delle metodologie attive e pratiche – in particolare le simulazioni e i laboratori interdisciplinari – come strumenti privilegiati per favorire l’acquisizione di competenze collaborative e la comprensione dei ruoli professionali all’interno dei team sanitari.

3.8 Intervista strutturata

Per integrare i dati quantitativi con una prospettiva qualitativa, è stata condotta un’intervista strutturata con il Dirigente delle Professioni Sanitarie dell’area Infermieristico-Ostetrica dell’AOU Torrette, il dottor Andrea Toccaceli. L’obiettivo è stato quello di approfondire la percezione delle competenze interprofessionali nella pratica clinica. Le risposte sono state trascritte fedelmente e riorganizzate per garantire chiarezza espositiva, mantenendo inalterato il contenuto originale. Sono state poste quattro domande, riportate di seguito insieme alle risposte.

Domanda 1: Quali competenze interprofessionali ritiene oggi imprescindibili per un laureato magistrale LM/SNT1 nei contesti clinici complessi?

Risposta: La prima competenza imprescindibile è la capacità di collaborazione, che deve essere accompagnata da altre competenze fondamentali come la cooperazione e l’organizzazione. È importante saper coordinare non solo gli aspetti relazionali, ma anche

quelli organizzativi del lavoro in équipe. La competenza professionale deve essere sostenuta dalla consapevolezza dei ruoli e dalla comprensione dei rispettivi esiti di salute. Inoltre, è essenziale possedere la capacità di individuare le positività e le criticità, riconoscendo gli elementi di forza che, favoriscono la collaborazione all'interno del team.

Domanda 2: La cooperazione è emersa come la dimensione più forte: quali comportamenti collaborativi dei laureati magistrali LM/SNT1 considera particolarmente efficaci nella pratica quotidiana?

Risposta: La capacità di analizzare il contesto e la situazione perché, solo comprendendo l'ambiente operativo, è possibile strutturare percorsi adeguati. La cooperazione si realizza anche attraverso, l'aggiornamento costante delle competenze, in un'ottica di formazione interprofessionale continua. È importante la capacità di ideare, insieme agli altri professionisti, quesiti clinici complessi che, collegano il lavoro di gruppo agli esiti di salute. Fondamentali sono le competenze di leadership collaborativa, e la capacità di applicarle nella pratica. Inoltre, la capacità di instaurare relazioni orizzontali tra i membri del team favorisce un clima di fiducia e partecipazione. Quando il gruppo è maturo, riesce anche a coinvolgere attivamente il paziente nel processo assistenziale.

Domanda 3: Il coordinamento risulta l'area più critica: quali difficoltà osserva più frequentemente nei team sanitari e quali aspetti ritiene prioritario potenziare?

Risposta: Il primo elemento riguarda l'identità professionale e la corretta percezione del proprio ruolo. Quando questa consapevolezza manca, si generano criticità nella capacità di aggiornare il proprio sapere, e di riconoscere gli elementi core per la salute del paziente. Nei team spesso manca l'orizzontalità: prevale la verticalità che, ostacola la collaborazione e rende difficile lavorare insieme. Si osserva inoltre, una scarsa familiarità con la leadership collaborativa e un linguaggio non sempre condiviso, soprattutto nei gruppi che, non sono abituati a operare in modo interprofessionale.

Domanda 4: In che misura ritiene che il percorso magistrale contribuisca allo sviluppo di competenze collaborative realmente applicabili nella pratica clinica?

Risposta: Il percorso magistrale contribuisce in modo significativo alla consapevolezza del ruolo professionale, non solo in ambito clinico, ma anche organizzativo. Il piano di studi è orientato proprio a questo obiettivo: rafforzare la certezza del ruolo e far

comprendere che il laureato magistrale rappresenta una figura che, integra competenze cliniche, organizzative e relazionali. Durante il biennio, si osserva una crescita progressiva nella capacità di collaborare all'interno del gruppo, fino a sviluppare una sintesi matura tra competenze cliniche, organizzative e relazionali.

3.9 Conclusioni

L'analisi dei dati conferma l'elevata affidabilità dello strumento utilizzato, e la coerenza dei punteggi nelle tre dimensioni della collaborazione interprofessionale. I due gruppi di laureati (LM/SNT1 e LM/SNT2) mostrano valori molto simili, senza differenze statisticamente significative, né nella scala principale, né nelle domande aggiuntive. Il principale limite dello studio riguarda lo squilibrio numerico tra i gruppi (33 vs 7), che riduce la potenza statistica e limita la generalizzabilità dei risultati. Il confronto tra LM/SNT1 e LM/SNT2 non ha evidenziato differenze statisticamente significative nei livelli di collaborazione interprofessionale. Questo risultato suggerisce che entrambi i percorsi magistrali contribuiscono in modo analogo allo sviluppo delle competenze collaborative, confermando la trasversalità dell'impianto formativo e la coerenza degli obiettivi educativi tra le due classi di laurea. La percezione della formazione interprofessionale è complessivamente positiva: le simulazioni clinico-assistenziali e i laboratori interdisciplinari emergono come, le metodologie più efficaci mentre i miglioramenti più frequentemente riportati riguardano, la consapevolezza del ruolo e la comunicazione con il team.

L'intervista qualitativa conferma questi risultati, evidenziando la collaborazione interprofessionale come competenza core del laureato magistrale, fondata su cooperazione, coordinamento e consapevolezza dei ruoli. Le principali criticità riguardano la mancanza di orizzontalità nei team, e la limitata familiarità con la leadership collaborativa.

Nel complesso, i risultati delineano un quadro di collaborazione interprofessionale elevata e diffusa tra i laureati magistrali, sostenuta da una formazione percepita come utile e rilevante per la pratica clinica. La coerenza, con la letteratura internazionale, conferma la validità del modello formativo adottato, e suggerisce ulteriori approfondimenti su campioni più ampi.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti delineano un quadro coerente con la letteratura scientifica nazionale e internazionale sulla Collaborazione Interprofessionale (IPC) e sull'Educazione Interprofessionale (IPE). L'educazione interprofessionale è oggi riconosciuta come una componente essenziale della formazione sanitaria, poiché prepara gli studenti a operare in team complessi e multidisciplinari, sviluppando consapevolezza dei ruoli professionali, apertura e prontezza relazionale (Alsharari et al. 2025). Parallelamente, la collaborazione interprofessionale rappresenta un fattore determinante per la qualità e la sicurezza dell'assistenza. Essa contribuisce al miglioramento degli esiti clinici, alla soddisfazione del personale e alla continuità delle cure (Pomare et al. 2020).

I risultati del presente studio si inseriscono pienamente in questo quadro teorico: i professionisti sanitari esaminati mostrano livelli elevati di collaborazione, con punteggi medi superiori al valore centrale della scala. Ciò suggerisce che la cultura del lavoro di équipe sia stata interiorizzata come componente strutturale dell'agire professionale.

La Cooperazione emerge come la dimensione più solida ($M = 3.74$), in linea con la letteratura che identifica fiducia reciproca, rispetto intellettuale e trasparenza comunicativa come elementi fondanti dell'IPC (Bochatay et al. 2019). Tale evidenza è confermata anche da studi più recenti che sottolineano il ruolo della comunicazione aperta nei team sanitari (Geese et al. 2023). I laureati magistrali percepiscono la cooperazione come un punto di forza del proprio agire professionale.

La Partnership presenta valori medi positivi ($M = 3.68$), ma con maggiore dispersione. Ciò indica che il coinvolgimento attivo e paritario del paziente e della famiglia nei processi decisionali, non è ancora integrato in modo uniforme nella pratica quotidiana. Tale variabilità è coerente con la letteratura, che evidenzia come l'impatto dell'IPE non segua traiettorie lineari. Inoltre, esso risulta influenzato dall'eterogeneità dei modelli formativi (Grand Guillaume Perrenoud et al. 2024).

Il Coordinamento rappresenta l'area più fragile, con punteggi inferiori e maggiore variabilità interna. Gli aspetti più critici riguardano l'assenza di procedure strutturate per affrontare i conflitti ($M = 3.10$) e l'incertezza nell'identificazione del leader del team ($M = 3.32$). Questi elementi riflettono quanto riportato dalla letteratura, che identifica la

gestione delle divergenze, la leadership condivisa e la chiarezza dei ruoli come competenze avanzate (Wei et al. 2022). Tali competenze risultano fortemente condizionate dalle dinamiche organizzative e dalle gerarchie professionali (Dib et al. 2025).

Alle criticità relazionali si aggiungono barriere strutturali quali carenza di risorse, sovraffollamento dei servizi e turnover, che compromettono la stabilità dei team e ostacolano l'effettiva applicazione della collaborazione interprofessionale (Jordan et al. 2022). Un ulteriore elemento critico riguarda la comunicazione interpersonale, poiché deficit comunicativi rappresentano una delle principali cause degli eventi avversi (Dietl et al. 2023).

Sul fronte formativo, i risultati mostrano una percezione molto positiva dell'IPE: oltre il 92% del campione attribuisce elevata importanza allo sviluppo di competenze collaborative. Le metodologie più apprezzate sono le simulazioni clinico-assistenziali (n = 34) e i laboratori interdisciplinari (n = 29), mentre la lezione frontale riceve un consenso marginale. Emerge un chiaro "effetto soglia": chi percepisce un beneficio formativo tende a riportare una visione più matura e consapevole della collaborazione.

Questa traiettoria trova legittimazione nella letteratura pedagogica nazionale e nei documenti programmatici universitari, che identificano le lauree magistrali come sede privilegiata per lo sviluppo di competenze avanzate di leadership e lavoro collaborativo (Fratì et al. n.d). Tale orientamento è confermato anche dalle linee formative dell'Università Politecnica delle Marche (2025).

La letteratura evidenzia che l'IPC produce benefici concreti, tra cui riduzione dei tempi e dei costi di degenza, diminuzione dei tassi di riospedalizzazione, maggiore chiarezza dei ruoli e incremento della soddisfazione lavorativa (Alsharari et al. 2025). In questa prospettiva, Foo et al. (2023) sottolineano come la collaborazione interprofessionale sia determinante per migliorare gli esiti clinici, l'esperienza del paziente, il benessere dei professionisti e la sostenibilità dei servizi sanitari.

L'intervista qualitativa al Dirigente delle Professioni Sanitarie conferma e approfondisce i risultati quantitativi. La cooperazione viene descritta come espressione di una leadership collaborativa matura e orientata agli esiti di salute. Il coordinamento, invece, è percepito

come l'area più critica, ostacolata da mancanza di orizzontalità nei team, scarsa familiarità con la leadership collaborativa e assenza di un linguaggio comune. Questi elementi rafforzano l'interpretazione secondo cui le competenze di coordinamento richiedono percorsi formativi intenzionali e sistematici.

In sintesi, la convergenza tra risultati quantitativi e qualitativi evidenzia che la collaborazione interprofessionale non è solo un indicatore di efficacia organizzativa, ma una competenza strutturale che deve essere promossa e consolidata nei percorsi formativi avanzati. La formazione magistrale emerge come leva strategica per sviluppare consapevolezza del ruolo, capacità di integrazione tra dimensioni cliniche, organizzative e comunicative e leadership collaborativa.

In conclusione, la collaborazione interprofessionale si fonda sulla diversità dei ruoli, delle prospettive e delle competenze, riunendo professionisti con background differenti affinché possano combinare conoscenze e intuizioni in modo sinergico (Borman et al. 2023).

LIMITI

Per interpretare correttamente i risultati, è necessario tenere conto di alcuni limiti metodologici dello studio. Il campione, reclutato tramite tecnica di convenienza, non rappresenta l'intera popolazione nazionale dei laureati magistrali delle classi di Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e di Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie. Tale aspetto riduce la generalizzabilità dei risultati, e limita la validità esterna delle conclusioni al gruppo analizzato. Anche la numerosità contenuta del campione potrebbe aver ridotto la potenza statistica delle analisi, rendendo meno evidenti eventuali differenze più sottili tra i sottogruppi professionali.

Un altro limite riguarda la natura percettiva delle misure adottate. La scala I-AITCS II rileva la collaborazione interprofessionale attraverso le percezioni dei professionisti, con il rischio di discrepanze, tra quanto dichiarato e quanto effettivamente agito nei contesti clinici.

Inoltre, il carattere retrospettivo dello studio introduce un potenziale bias di richiamo: riflettere su esperienze formative pregresse può portare a ricostruzioni influenzate dal tempo trascorso, o da successive esperienze professionali. L'assenza di un gruppo di confronto composto da professionisti, privi di formazione magistrale, limita ulteriormente la possibilità di isolare l'effetto specifico dell'Educazione Interprofessionale (IPE) sullo sviluppo della Collaborazione Interprofessionale (IPC). Le risposte potrebbero essere influenzate da bias di desiderabilità sociale, tipico degli strumenti auto-riferiti.

Un'ulteriore limitazione riguarda il questionario sulla percezione della formazione interprofessionale. Le risposte non sono state analizzate con metodi strutturati, limitando la possibilità di trarre conclusioni approfondite. Per questo motivo, tali dati hanno valore esclusivamente esplorativo.

Per quanto riguarda l'intervista strutturata: essendo stata condotta in un unico momento, non permette di cogliere eventuali variazioni nel tempo. L'intervista strutturata riflette il punto di vista di un singolo Dirigente e non è generalizzabile all'intera categoria.

Nonostante tali limiti, lo studio fornisce una base solida per ulteriori indagini multicentriche e longitudinali.

CONCLUSIONI

La collaborazione interprofessionale emerge da questo studio come una competenza imprescindibile per affrontare la complessità dei sistemi sanitari contemporanei. I risultati quantitativi evidenziano livelli elevati di collaborazione percepita tra i laureati magistrali LM/SNT1 e LM/SNT2, con una particolare solidità nelle dimensioni della Cooperazione e della Partnership. Il Coordinamento, pur mantenendosi su valori positivi, si conferma l'area più delicata e maggiormente influenzata dalla qualità della formazione avanzata.

L'assenza di differenze significative tra i due gruppi suggerisce che la collaborazione interprofessionale rappresenti una competenza trasversale, sostenuta da un impianto formativo comune e da un'identità professionale condivisa. I professionisti che riconoscono un impatto positivo della formazione interprofessionale mostrano una visione più matura del lavoro in team, confermando il ruolo strategico della Laurea Magistrale nello sviluppo di abilità comunicative, organizzative e decisionali.

La componente qualitativa, ottenuta attraverso l'intervista al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'Area Infermieristico-Ostetrica, arricchisce e completa l'interpretazione dei risultati. Il Dirigente sottolinea come la collaborazione interprofessionale costituisca una competenza core del laureato magistrale, indispensabile nei contesti clinici complessi e nei ruoli di coordinamento. Emergono due elementi chiave: da un lato, la cooperazione appare ormai consolidata nella pratica professionale; dall'altro, il coordinamento rimane un ambito critico, condizionato da gerarchie, frammentazione comunicativa e difficoltà nella gestione dei conflitti.

Nel complesso, lo studio dimostra che la collaborazione interprofessionale non è un elemento accessorio, ma una competenza strutturale che deve essere coltivata e sostenuta lungo tutto il percorso formativo magistrale. L'integrazione sistematica dell'IPE nei curricula rappresenta una condizione necessaria per formare professionisti capaci di operare in contesti complessi, promuovere sicurezza, continuità assistenziale e qualità delle cure.

Prospettive per la ricerca futura

Alla luce dei risultati ottenuti, sarà utile ampliare la numerosità campionaria e includere professionisti provenienti da realtà regionali differenti, così da aumentare la

generalizzabilità dei dati. L'adozione di metodologie miste — questionari, interviste in profondità, focus group — permetterebbe di esplorare in modo più articolato le dinamiche organizzative e le barriere alla collaborazione. Studi longitudinali potrebbero inoltre valutare l'evoluzione delle competenze collaborative nel tempo e misurare l'impatto reale della formazione magistrale sulla pratica clinica. L'integrazione di osservazioni dirette nei contesti assistenziali consentirebbe infine di confrontare la collaborazione percepita con i comportamenti agiti, offrendo una prospettiva più completa e realistica del fenomeno.

In conclusione, investire nell'Educazione Interprofessionale significa formare professionisti capaci di sostenere sistemi sanitari più integrati, sicuri e realmente orientati alla complessità dei bisogni contemporanei.

BIBLIOGRAFIA

1. Alsharari, T., Khattak, O., Agarwal, A., Chaudhary, F. A., Suhail, N., Begum, G. S., Subramaniam, G., Albagami, H., Felemban, M. F., Shawli, H. T., Algahtani, F. S., & Fareed, M. A. (2025). Health professional students' perceptions and preparedness for interprofessional education: A multicentric analysis across five countries. *Frontiers in Medicine*.
2. Ansa, B. E., Zechariah, S., Gates, A. M., Johnson, S. W., et al. (2020). Attitudes and behavior towards interprofessional collaboration among healthcare professionals in a large academic medical center. *Healthcare (Basel)*.
3. Arad, D., Finkelstein, A., Rozenblum, R., & Magnezi, R. (2022). Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room. *Frontiers in Public Health*.
4. Bochatay, N. (2019). Discussing teamwork in health care: From interprofessional collaboration to coordination and cooperation. *Health Information & Libraries Journal*, 36(4), 367–371.
5. Bornman, J., & Louw, B. (2023). Leadership development strategies in interprofessional healthcare collaboration: A rapid review. *Journal of Healthcare Leadership*.
6. Carr, T., Rosas, S., Noble, C., Song, M., Fernandez, C. S. P., Brandert, K., Donald, K., Corbie, G., & Dave, G. (2024). Strengthening healthcare providers' leadership capabilities, interprofessional collaboration, and systems thinking: A conceptualization of the Clinical Scholars program impact. *BMC Medical Education*.
7. Caruso, R., Magon, A., et al. (2018). Italian version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (I-AITCS II): A multiphase study of validity and reliability amongst healthcare providers. *La Medicina del Lavoro*.
8. Chou, Y.-F., Hsieh, S.-I., Tseng, Y.-P., Yeh, S.-L., Chiang, M.-C., Hsiao, C.-C., Lin, C.-T., Hu, S.-T., Chen, S.-H., & Liao, M.-N. (2024). Development and validation of the Interprofessional Collaboration Practice Competency Scale (IPCPCS) for clinical nurses. *Healthcare*, 12.
9. Dib, K., & Belrhiti, Z. (2025). Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: A scoping review. *BMJ Open*.

10. Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*.
11. Foo, Y. Y., Xin, X., Rao, J., Tan, N. C. K., Cheng, Q., Lum, E., Ong, H. K., Lim, S. M., Freeman, K. J., & Tan, K. (2023). Measuring interprofessional collaboration's impact on healthcare services using the Quadruple Aim framework: A protocol paper. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
12. Frati, L., & Danieli, G. (n.d). *Medicina e Chirurgia – Journal of Italian Medical Education. Conferenze Permanenti delle Facoltà e Scuole di Medicina*.
13. Geese, F., & Schmitt, K.-U. (2023). Interprofessional collaboration in complex patient care transition: A qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*.
14. Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Cignacco, E., MacPhee, M., Carron, T., & Peytremann-Bridevaux, I. (2024). How does interprofessional education affect attitudes towards interprofessional collaboration? A rapid realist synthesis. *Advances in Health Sciences Education*, 29(4), 1–55.
15. Gregoriou, P. L., Charalambous, A., Rousou, E., Papastavrou, E., & Merkouris, A. (2025). Attitudes of physicians and nurses toward interprofessional collaboration: A systematic literature review. *Materia Socio-Medica*.
16. Jepkosgei, J., English, M., Adam, M. B., & Nzinga, J. (2022). Understanding intra- and interprofessional team and teamwork processes by exploring facility-based neonatal care in Kenyan hospitals. *BMC Health Services Research*.
17. Jiang, Y., Cai, Y., Zhang, X., & Wang, C. (2024). Interprofessional education interventions for healthcare professionals to improve patient safety: A scoping review. *Medical Education Online*.
18. Jordan, S. R., Connors, S. C., & Mastalerz, K. A. (2022). Frontline healthcare workers' perspectives on interprofessional teamwork during COVID-19. *Journal of Interprofessional Education & Practice*.
19. Melkamu, E., Woldemariam, S., & Haftu, A. (2020). Inter-professional collaboration of nurses and midwives with physicians and associated factors in Jimma University specialized teaching hospital, Jimma, South West Ethiopia, 2019: Cross-sectional study. *BMC Nursing*.

20. Pomare, C., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2020). Interprofessional collaboration in hospitals: A critical, broad-based review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 509–519.
21. Quek, G. S. M., Kwan, Y. H., Chan, C. Q. H., Phang, J. K., & Low, L. L. (2022). Validation of the Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) to assess the degree of interprofessional collaboration (IPC) in a community hospital in Singapore. *Journal of Interprofessional Education & Practice*.
22. Sakai, I., Naruse, T., Nagata, S., & Taguchi, A. (2017). Development and validation of the Collaborative Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Journal of Interprofessional Care*.
23. Università Politecnica delle Marche. (2025, 5 novembre). Verbale del Consiglio Interpoli del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.
24. van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C. (2020). Interprofessional education: Tips for design and implementation. *BMC Medical Education*.
25. 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*.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – Scala I-AITCS II (Italian Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II)

SEZIONE 1: Partnership Operiamo come squadra quando tutti i componenti...

Graduazione delle risposte:

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Mai	Raramente	Occasionalmente	Il più delle volte	Sempre

1	Coinvolgono i pazienti nello stabilire i loro obiettivi di cura	1	2	3	4	5
2	Ascoltano i desideri dei loro pazienti nel definire il processo di cura	1	2	3	4	5
3	Si incontrano e discutono il piano di cura con regolarità	1	2	3	4	5
4	Coordinano i servizi sanitari e sociali basandosi sui bisogni del paziente	1	2	3	4	5
5	Si confrontano spesso per discutere il piano di cura del paziente	1	2	3	4	5
6	Sono coinvolti nello stabilire gli obiettivi di cura per ogni paziente	1	2	3	4	5
7	Nello sviluppare i piani di cura, si sostengono a vicenda e incoraggiano pazienti e famiglie ad utilizzare il loro sapere e capacità individuali	1	2	3	4	5
8	Lavorano con il paziente e i suoi famigliari nel ridefinire il piano assistenziale	1	2	3	4	5

SEZIONE 2: Cooperazione
Operiamo come squadra quando tutti i componenti...

Graduazione delle risposte:

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Mai	Raramente	Occasionalmente	Il più delle volte	Sempre

9	Riconoscono le reciproche competenze	1	2	3	4	5
10	Si rispettano e hanno fiducia l'uno con l'altro	1	2	3	4	5
11	Sono trasparenti ed onesti l'uno con l'altro	1	2	3	4	5
12	Apportano modifiche per la funzionalità del team attraverso momenti di riflessione collettiva	1	2	3	4	5
13	Si impegnano a raggiungere soluzioni soddisfacenti per tutti alle divergenze di opinioni	1	2	3	4	5
14	Hanno chiaro i confini professionali di ciascuno	1	2	3	4	5
15	Hanno chiaro che esistono conoscenze ed abilità condivise	1	2	3	4	5
16	Stabiliscono un rapporto di fiducia tra i membri del team	1	2	3	4	5

SEZIONE 3: Coordinamento
Operiamo come squadra quando tutti i componenti...

Graduazione delle risposte:

Graduazione delle risposte:

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Mai	Raramente	Occasionalmente	Il più delle volte	Sempre

17	Operano con la stessa idea di collaborazione interprofessionale	1	2	3	4	5
18	Condividono equamente i risultati concordati	1	2	3	4	5
19	Incoraggiano e sostengono una comunicazione trasparente, coinvolgendo i pazienti e i familiari negli incontri di team	1	2	3	4	5
20	Utilizzano procedure per risolvere le divergenze e i conflitti	1	2	3	4	5
21	Sostengono il leader nell'affrontare cambiamenti al interno del team per soddisfare i bisogni del paziente	1	2	3	4	5
22	Contribuiscono ad indentificare il leader (esempio, capo progetto o capo gruppo)	1	2	3	4	5
23	Sostengono apertamente la presenza del paziente nei loro incontri	1	2	3	4	5

ALLEGATO 2 – Questionario aggiuntivo sulla percezione della formazione interprofessionale:

Indagine sulla Collaborazione Interprofessionale nella Laurea Magistrale

In questa sezione ti chiedo di rispondere a cinque domande chiuse sulla formazione ricevuta durante la Laurea Magistrale, con particolare attenzione allo sviluppo delle competenze interprofessionali. Le domande saranno raccolte in forma anonima.

Quanto è importante sviluppare competenze interprofessionali durante la Laurea Magistrale? *

- ☐ 1- Per nulla importante
- ☐ 2- Poco importante
- ☐ 3- Abbastanza importante
- ☐ 4- Molto importante
- ☐ 5- Completamente importante

Durante la Laurea Magistrale, hai percepito un incremento delle tue competenze collaborative? *

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ In parte

In seguito alla formazione della Laurea Magistrale, quali miglioramenti hai riscontrato nelle tue competenze interprofessionali? (Puoi selezionare più di una opzione) *

- ☐ Miglioramento della comunicazione con altri professionisti
- ☐ Maggiore capacità di collaborazione e lavoro di squadra interprofessionale
- ☐ Più sicurezza nelle decisioni condivise in team
- ☐ Maggiore consapevolezza del ruolo di ciascun professionista nel team
- ☐ Nessun miglioramento rilevante

In che misura le competenze interprofessionali apprese hanno migliorato la qualità del tuo lavoro in team interprofessionale? *

- ☐ 1 - Per nulla
- ☐ 2 - Poco
- ☐ 3 - Abbastanza
- ☐ 4 - Molto
- ☐ 5 - Completamente

Quale modalità di insegnamento ritieni più efficace per sviluppare competenze interprofessionali nella Laurea Magistrale? (Puoi selezionare più di una opzione) *

- ☐ Laboratori pratici interdisciplinari
- ☐ Simulazioni clinico-assistenziali
- ☐ Moduli teorici dedicati alla comunicazione, leadership e gestione dei conflitti in team sanitari
- ☐ Seminari con docenti di diverse professioni sanitarie
- ☐ Altro: _____

ALLEGATO 3 – Intervista strutturata al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'area Infermieristico – Ostetrico dell'AOU Torrette.

Domande dell'intervista:

1. Quali competenze interprofessionali ritiene oggi imprescindibili per un laureato magistrale LM/SNT1 nei contesti clinici complessi?
2. La cooperazione è emersa come la dimensione più forte: quali comportamenti collaborativi dei laureati magistrali LM/SNT1 considera particolarmente efficaci nella pratica quotidiana?
3. Il coordinamento risulta l'area più critica: quali difficoltà osserva più frequentemente nei team sanitari e quali aspetti ritiene prioritario potenziare?
4. In che misura ritiene che il percorso magistrale contribuisca allo sviluppo di competenze collaborative realmente applicabili nella pratica clinica?