



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea Magistrale in**  
**Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

*Le Non Technical Skills nella formazione Infermieristica:  
studio osservazionale sulle competenze comunicative  
interpersonali in un gruppo di studenti e guide di tirocinio*

Relatore: **Chiar.ma**

Studentessa

Dott.ssa **Tiziana Benedetti**

**Silvia Telloli**

A.A. 2020/2021

## ***ABSTRACT***

***BACKGROUND*** Agli operatori sanitari sono sempre più richieste capacità personali specifiche di un certo rilievo, come le competenze trasversali o anche dette Non-technical skills. Esse sono complementari alle competenze di carattere tecnico ed in grado di contribuire all'attivazione di performance maggiormente efficaci e sicure. Una comunicazione efficace è cruciale per il funzionamento della maggior parte delle altre Non technical skills, è per questo che capire il livello di competenze relazionali tra gli operatori orienta la progettazione di una formazione mirata e ritagliata su uno specifico bisogno formativo.

***OBIETTIVI*** Condurre uno studio sulle competenze relazionali degli studenti di Infermieristica del secondo anno del CdL di Infermieristica di Pesaro e Guide di Tirocinio della rete formativa di riferimento (Area Vasta 1 e AORMN) per valutare il bisogno formativo dei soggetti coinvolti riguardo le competenze trasversali per pianificare attività di laboratorio relazionale per gli studenti e corsi di formazione ECM per le guide.

***MATERIALI E METODI*** E' stato condotto uno studio osservazionale qualitativo sul campione costituito dagli studenti di Infermieristica del secondo anno del polo didattico di Pesaro dell'Università Politecnica delle Marche e le Guide di tirocinio della rete formativa di riferimento. E' stata utilizzata per compiere l'indagine la "*Scala delle competenze comunicative interpersonali*" "versione validata in italiano di M. Semonella et al; 2018. I dati sono stati elaborati tramite la creazione di un foglio di lavoro EXCEL con la costruzione grafica di istogrammi.

***RISULTATI*** Dall'analisi del questionari emerge che vi sono per gli studenti alcune criticità sull'utilizzo della comunicazione e sul modo di esprimersi in maniera efficace dovute soprattutto all'imaturità professionale e alla giovane età del gruppo, vi è però una buona predisposizione all'ascolto e ad un atteggiamento empatico. Dai dati inerenti alle Guide emerge un forte condizionamento delle risposte dovuto al ruolo di coordinatori che la maggior parte di esse rivestono e all'esperienza sul campo che hanno maturato.

**LIMITI** Response rate basso per il gruppo delle Guide. Questionario lungo (30 item), non ancora applicato in letteratura al contesto sanitario.

**CONCLUSIONI** La scala delle competenze comunicative interpersonali potrebbe costituire per i docenti formatori e coordinatori un aiuto concreto per la pianificazione di eventi formativi, è valida per migliorare la comprensione del processo di comunicazione, fornire linee guida, suggerire interventi di gruppo con l'obiettivo di migliorare le relazioni e il benessere in un determinato contesto operativo.



# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
1.1 ORIGINI E DEFINIZIONI DELLE NON-TECHNICAL SKILLS.....	1
1.2 L'APPLICAZIONE NEL CONTESTO SANITARIO.....	4
1.3 TASSONOMIA DELLE NON TECHNICAL SKILLS.....	8
1.4 LE NON TECHNICAL SKILLS NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA.....	9
1.5 SAPER COMUNICARE: LA COMPETENZA NON TECNICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE .....	12
1.6 IL LABORATORIO RELAZIONALE PER GLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA.....	16
<b>2. OBIETTIVI.....</b>	<b>18</b>
<b>3. MATERIALI E METODI.....</b>	<b>18</b>
3.1 POPOLAZIONE.....	18
3.2 STRATEGIE DI RICERCA.....	18
3.3 DISEGNO DELLO STUDIO.....	19
3.4 TEMPISTICHE.....	21
<b>4. RISULTATI.....</b>	<b>21</b>
4.1 RISULTATI QUESTIONARIO STUDENTI.....	21
<b>5. DISCUSSIONE.....</b>	<b>64</b>
<b>6. LIMITI.....</b>	<b>66</b>
<b>7. CONCLUSIONI.....</b>	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>68</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>70</b>

## **1. INTRODUZIONE**

La figura professionale dell'infermiere ha subito uno sviluppo esponenziale negli ultimi vent'anni, sia in termini legislativi, sociali e legati in senso stretto alla professione.

L'infermiere è diventato un professionista della salute a tutto tondo con un proprio codice deontologico e appartenente ad un ordine professionale. A fronte di questo crescente processo di professionalizzazione sono aumentate le competenze tecniche ed intellettuali alle quali egli deve far fronte. Nel contesto sanitario italiano gli ospedali e i presidi di diagnosi e cura sono sempre più aziendalizzati e tutto il personale sanitario è orientato alla razionalizzazione delle cure dove vigono i principi di efficacia ed efficienza. Accanto a questi la centralità dell'utente e l'obiettivo di umanizzare le cure su tutti i livelli di assistenza. Va da sé che, contenendo i costi della sanità in generale, tramite la razionalizzazione del budget e del personale, si devono predisporre sistemi di gestione del rischio e di contenimento dell'errore molto solidi. Per entrare in contatto con l'utente ed espletare il mandato aziendale in modo soddisfacente, oltre alle elevate competenze tecnico-professionali acquisite durante i corsi di studi universitari, agli operatori sanitari sono richieste capacità personali di un certo rilievo, come le competenze trasversali o anche dette non-technical skills. Esse sono complementari alle competenze di carattere tecnico ed in grado di contribuire all'attivazione di performance maggiormente efficaci e sicure. Svariate sono le esperienze formative di eccellenza su queste competenze che si stanno proponendo ai professionisti della salute in questi ultimi anni, competenze che hanno consentito inoltre lo sviluppo di nuove tassonomie come: Capacità decisionale, Consapevolezza situazionale, Capacità di leadership, Teamworking, Comunicazione, Gestione dello stress e della fatica.

### **1.1 ORIGINI E DEFINIZIONI DELLE NON-TECHNICAL SKILLS**

Le non-technical skills (abilità Non tecniche o NTS) rappresentano un insieme di competenze professionali che non nascono in ambito sanitario, bensì in ambito aeronautico dove la sicurezza e il contenimento dell'errore umano sono gli obiettivi primari da perseguire.

L'errore umano viene spesso chiamato in causa nelle spiegazioni degli incidenti, soprattutto in quelli dalle conseguenze più tragiche che riportano frequentemente i mass-media. Tuttavia gli errori umani che catturano l'attenzione mediatica costituiscono solo la piccola punta dell'iceberg. Infatti, secondo Senders e Moray (1991) milioni di errori vengono commessi ogni giorno e solo una piccola parte implica un disastro.

Ricerche che hanno studiato i sistemi di sicurezza hanno dimostrato che l'errore umano e le problematiche relative al lavoro di gruppo sono causa di un numero di incidenti maggiore rispetto ai malfunzionamenti delle apparecchiature tecniche (Plin, O'Connor e Mearns, 2002). Proprio l'esistenza di sistemi complessi, in cui vi è un'interazione fra diversi operatori, utenti, materiali, macchine, tecnologie e procedure, progettate per raggiungere scopi comuni, comporta un sensibile aumento nella possibilità di errore umano (Pietrantoni, Prati e Palestini, 2005).

La svolta effettiva nel mondo dell'aviazione avvenne in seguito a un disastro aereo nel 1977, a Tenerife in Spagna dove due Boeing 747 (KLM e Pan Am) si scontrarono, in una giornata di fitta nebbia, sulla pista dell'aeroporto causando la morte di 538 persone. Ciò che era accaduto oltrepassava ogni limite dell'accettazione del rischio. Sulla scia di questa catastrofe che aveva destato molta preoccupazione nella popolazione e aveva colpito molte aziende che avevano i loro interessi nel settore aeronautico, il mondo occidentale si scosse, cominciando tutta una serie di attività che potessero in qualche modo garantire più sicurezza e più tranquillità a chi intendeva utilizzare l'aereo come mezzo di trasporto.

Si diffuse così la *Just culture*, una nuova filosofia, dove la sicurezza possedeva il posto più importante e faceva da riferimento essenziale per tutte le attività operative e commerciali.

Di conseguenza a partire dagli anni Ottanta il settore dell'aviazione ha riconosciuto sempre più l'importanza dei fattori psicologici, includendoli nel percorso di formazione. Questo tipo di training è il CRM (Crew Resource Management).

K. Lauber nel 1984 ne ha fornito la prima e più famosa definizione: «l'utilizzo di tutte le risorse disponibili - informazioni, equipaggio e personale - per compiere operazioni di volo in maniera efficiente e sicura». CRM è un acronimo le cui

iniziali però non hanno designato sempre le stesse parole. I cambiamenti nelle parole dell'acronimo potrebbero essere considerati rappresentativi delle evoluzioni del CRM nel corso degli anni. In un primo momento CRM ha designato Cockpit Resource Management in quanto il training era applicato solo al personale della cabina di pilotaggio (cockpit). Tuttavia, una serie di incidenti aerei accaduti alla fine degli anni Ottanta evidenziarono l'importanza per la sicurezza del Resource Management di tutto l'equipaggio (crew) non solo del personale all'interno della cabina di pilotaggio. A questo punto la prima «C» di CRM cambiò andando a indicare Crew Resource Management e diventando così la definizione standard. Il CRM ha avuto una enorme diffusione, tanto che nei primi anni Novanta la maggior parte delle compagnie aeree lo forniva regolarmente, dapprima solo al personale della cabina di pilotaggio, poi a tutto il personale dell'equipaggio.

Il CRM può essere considerato la prima forma di addestramento alle competenze trasversali. Le abilità principali che vengono trattate in un corso CRM riguardano l'addestramento all'utilizzo di strumenti tangibili e procedurali quali Briefing, Debriefing e Checklist e una serie di abilità non tecniche come comunicazione, lavoro in gruppo (team work), consapevolezza situazionale, leadership, riconoscimento delle qualità e dei limiti personali, conoscenza del comportamento umano in situazioni di stress e affaticamento.

La necessità di lavorare in team, saper comunicare efficacemente, essere consapevoli di ciò che sta accadendo, saper decidere velocemente e in maniera sicura, saper reagire allo stress e alla stanchezza, sono le fondamenta su cui costruire un modo di lavorare efficace e contenitivo dell'errore.

Cosa si intende nello specifico quando facciamo riferimento alle *competenze trasversali* o *Non technical skills*? Vi sono varie definizioni da parte degli autori addetti ai lavori; con il termine competenze trasversali si intende oggi, in particolare a livello educativo, diversi “insiemi di competenze” (Arcangeli, 2015) la cui implementazione ha ricadute dirette sulla motivazione, sul benessere personale e indirettamente, sul benessere organizzativo e sociale (Palumbo, 2014). La trasversalità di una competenza sta ad indicare la possibilità di essere utilizzata da uno stesso soggetto in più contesti differenti. Sono quelle abilità che ci permettono di stare meglio con gli altri, di risolvere problemi, di gestire situazioni difficili, di affrontare in modo efficace la vita,

sono quelle competenze di base che si ritiene utile potenziare, indipendentemente dalle differenze culturali e sociali dei diversi contesti, in quanto ritenute il fulcro di ogni programma di educazione alla salute; sono quelle abilità necessarie per realizzare nel miglior modo possibile le potenzialità della persona, aiutandola a vivere in armonia con gli altri e con il suo contesto socio-culturale (Dall'Aglio, Marmocchi, & Zannini, 2005).

Le abilità non tecniche esportate al contesto sanitario sono quelle che vanno oltre il puro atto medico, ma che sono necessarie per una sua corretta esecuzione a livello di singolo operatore e di équipe. Comprendono abilità cognitive e relazionali ugualmente importanti ai fini della riuscita delle pratiche operative nel massimo della sicurezza. Esse sono osservabili e rilevabili, quindi misurabili per definire la competenza espressa dal professionista ed identificare i bisogni di formazione e costruire i relativi programmi di addestramento.

## **1.2 L'APPLICAZIONE NEL CONTESTO SANITARIO**

Dall'esperienza positiva in ambito aeronautico il CRM è stato adattato ad altre professioni ad alto rischio come il settore nucleare, petrolifero e medico.

Il successo ottenuto nel contenimento dell'errore umano per osmosi si diffuse anche nel mondo della sanità dove la fallibilità degli operatori era, ed è un punto nevralgico delle organizzazioni che si trovano a fronteggiare spese sostenibili tramite la razionalizzazione del budget.

Molti furono i “concetti” aeronautici che vennero applicati in sanità. Uno dei più importanti fu quello che apportò l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che dopo vari anni di studio e analisi sviluppò la prima forma scritta di Checklist che poteva essere utilizzata efficacemente in sala operatoria.

La checklist OMS di chiara derivazione aeronautica, è stata sviluppata in modo da poter essere definita *universale* utilizzabile cioè in ogni sala operatoria del mondo. Allo scopo di aumentarne al massimo l'efficacia, la stessa OMS consigliava agli utenti di modificarla adattandola alla cultura e alle peculiarità della realtà ospedaliera ove veniva applicata. Il fine della checklist infatti non è solo quello di prevenire gli errori dando una consequenzialità e ordine alle azioni che devono essere messe in atto, ma anche quello di creare sinergia e coesione tra i vari operatori sanitari coinvolti nell'atto operatorio per garantire un corretto

scambio di informazioni. Queste direttive OMS sono state recepite prontamente da molte realtà, soprattutto nord-americane e nord-europee.

Anche l'attitudine al *briefing* e al *debriefing* è mutuata dal modus operandi dell'aeronautica infatti questi permettono agli equipaggi di volo di essere preparati ad affrontare e superare le eventuali emergenze che potrebbero presentarsi, con particolare riferimento a quelle nelle quali l'elevato carico di lavoro, l'alto stress e la tempistica ridotta potrebbero influenzare notevolmente il risultato delle azioni messe in atto, così come durante qualsiasi intervento in sala operatoria.

Il *debriefing* è la valutazione finale di un processo apre nuove prospettive che richiedono di avviare un nuovo processo di problem setting. Viene dal linguaggio militare e significa letteralmente "andare a rapporto al termine di una missione". Il *briefing* consiste in una riunione reale o virtuale con le persone che partecipano al progetto, ci si confronta e si valutano gli interventi e le strategie da mettere in atto in maniera sintetica. Con esso si entra in gioco, con il *debriefing* se ne esce.

World Health Organization			SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia		Before skin incision		Before patient leaves operating room	
<b>SIGN IN</b>		<b>TIME OUT</b>		<b>SIGN OUT</b>	
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT		<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE		NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:	
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE		<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED		<b>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</b>		<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?		<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
<b>DOES PATIENT HAVE A:</b>		<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?		<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
<b>KNOWN ALLERGY?</b>		<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	
<input type="checkbox"/> NO		<b>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</b>			
<input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> YES			
<b>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</b>		<input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO		<b>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</b>			
<input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE		<input type="checkbox"/> YES			
<b>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</b>		<input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO					
<input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED					

Figura 1. Checklist di sala operatoria Organizzazione Mondiale della Sanità prima edizione

Quando si parla di Non technical skills in ambito sanitario non si può non fare riferimento agli studi che hanno dato vita ai modelli “NOTSS” (Non technical skills for surgeon) e “ANTS” (Anesthesistes Non technical skills) condotti e sviluppati da un team multidisciplinare in Scozia presso l'Università di Aberdeen e finanziato dal “Royal College of Surgeons” di Edimburgo e dal NHS (Education for Scotland). Entrambi ispirati al modello” NOTECHS” di derivazione aeronautica.

Il sistema ”ANTS” sviluppato da Fletcher et al. nel 2003 rileva che le competenze non tecniche in anestesia sono molto importanti nella performance lavorativa ma raramente sono considerate importanti nel percorso formativo. Per indagarne la validità sperimentale, l'affidabilità e l'applicazione, 50 anestesisti consulenti sono stati formati per utilizzare il sistema ANTS. È stato chiesto loro di valutare il comportamento di un anestesista bersaglio utilizzando il sistema prototipo in otto video di scenari simulati. I dati sono stati raccolti dai moduli di valutazione e da un questionario di valutazione. Si sono identificate quattro categorie principali: *task management*, *team working*, *situation awareness* e *decision making* (figura 3). Dal sistema è stata esclusa la gestione dello stress perché non valutabile dal punto di vista empirico anche se ritenuta molto importante per la performance lavorativa. Non è stata presa in considerazione la comunicazione in quanto è stato ritenuto che non costituisca categoria a sé ma inclusa nelle quattro. Gli indicatori comportamentali vengono valutati su una scala a quattro punti che vanno da insufficiente (1) a buono (4). Il formato di valutazione prevede anche la voce N (non osservato) quando una determinata competenza non tecnica non è richiesta in un particolare caso o scenario.

Lo scopo del progetto NOTSS era quello di sviluppare e testare un sistema educativo per la valutazione e l'addestramento basato su abilità comportamentali osservabili nella fase intraoperatoria della chirurgia (Yule et al. Surg Clin N Am 2012; 92: 37-50).

Lo studio descrive il metodo utilizzato per identificare le abilità non tecniche dei chirurghi e lo sviluppo di una tassonomia delle competenze, e un sistema di classificazione comportamentale per strutturare l'osservazione e il feedback durante la formazione chirurgica. La tassonomia NOTSS è suddivisa in quattro distinte categorie di abilità non tecniche: consapevolezza della situazione, processo decisionale, comunicazione e lavoro di squadra e leadership.

Gli indicatori comportamentali vengono valutati su una scala a quattro punti che vanno da insufficiente (1) a buono (4). Il formato di valutazione prevede anche la voce N/A (non applicabile) che si usa quando la competenza in questione non è rilevante o richiesta in un determinato caso. Le radici di questo studio affondano sulle analisi degli eventi avversi nelle cure peri-operatorie che hanno scoperto dipendere da molte debolezze degli aspetti non tecnici delle prestazioni piuttosto che dalla mancanza di competenze tecniche. Lo sviluppo e l'utilizzo di griglie di valutazione NOTSS hanno reso per la prima volta tangibili queste competenze e soprattutto misurabili.

Dal 2006 il “Royal College of Edimburg” organizza con successo una Masterclass NOTSS sull'osservazione e la valutazione dei comportamenti nella sala operatoria. Il corso della durata di un giorno è tenuto da un'equipe composta da psicologi clinici, consulenti chirurghi e anestesisti. Ha lo scopo di evidenziare l'attenzione che dovrebbe essere prestata alle abilità non tecniche come: il lavoro di gruppo, la leadership, la consapevolezza della situazione, il processo decisionale, la gestione delle attività e la comunicazione. Vengono utilizzati esempi presi dal mondo della aviazione e le sfide che i piloti devono affrontare durante le simulazioni di volo e questi scenari possono essere paragonati ad alcune situazioni che si affrontano in sala operatoria. Vi è un numero limitato di posti, il che facilita una maggiore discussione dei partecipanti e una migliore interazione generale rispetto a quella che si incontra normalmente con una lezione tradizionale. Nel 2014 NOTSS è entrato a far parte del curriculum nazionale SCORE (Surgical Council on Resident Education) per l'addestramento chirurgico.

L'ANTS per gli anestesisti e il NOTSS per i chirurghi offrono senza dubbio le più interessanti prospettive di intervento per la prevenzione dell'errore medico.

Categoria	Elementi
<b>Task management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pianificazione e preparazione</li> <li>● stabilire priorità</li> <li>● attenersi alle procedure standard</li> <li>● identificare e utilizzare le risorse</li> </ul>
<b>Team working</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● coordinazione delle attività</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● scambio delle informazioni</li> <li>● approccio autorevole e assertivo</li> <li>● valutazione delle competenze dei membri del team</li> <li>● offrire supporto</li> </ul>
<b>Situation awareness</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● raccogliere informazioni</li> <li>● interpretare le informazioni raccolte</li> <li>● anticipare futuri scenari</li> </ul>
<b>Decision making</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● identificare le opzioni</li> <li>● valutazione dei rischi nella decisione</li> <li>● valutazione continua delle opzioni scelte</li> </ul>

Figura 2. Tabella ANTS

<b>Categoria</b>	<b>Elementi</b>
<b>Task management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● raccogliere informazioni</li> <li>● comprendere le informazioni</li> <li>● stimare ed anticipare eventi futuri</li> </ul>
<b>Decision making</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● considerare le opzioni</li> <li>● selezionare e comunicare le opzioni</li> <li>● mettere in pratica ed esaminare le decisioni</li> </ul>
<b>Comunicazione e team working</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● scambiare informazioni</li> <li>● instaurare una comprensione condivisa</li> <li>● coordinare le attività del team</li> </ul>
<b>Leadership</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● fissare e mantenere le procedure standard</li> <li>● sostenere gli altri</li> <li>● saper affrontare la pressione temporale</li> </ul>

Figura 3. Tabella NOTSS tradotta da <http://www.abdn.ac.uk/iprc/notss.shtml>

### 1.3 TASSONOMIA DELLE NON TECHNICAL SKILLS

Per convenzione sulla base della revisione della letteratura e sulla bibliografia selezionata per questo progetto si prenderanno in considerazione sette competenze qui di sotto riportate e descritte brevemente.

- *Consapevolezza situazionale (situation Awareness)*. Si tratta della capacità di essere attivi e capire la situazione che si ha di fronte e che si sta sviluppando nell'ambiente operativo, non solo nel qui e ora ma anche nel futuro. Percezione non limitata al singolo individuo ma condivisa nel gruppo.
- *Capacità decisionale (Decision Making)*. Significa valutare la situazione e pervenire ad un giudizio per scegliere le azioni da svolgere. Elementi: considerare le opzioni, selezionare e comunicare le opzioni, implementare e verificare le decisioni. Il processo deve essere circolare, si verifica il risultato della decisione e si ripete il processo in caso di scostamento dal risultato atteso.
- *Capacità di lavorare in gruppo (teamwork)*. Si intende la comprensione della necessità di lavorare in team dove ogni membro è foriero del proprio contributo professionale. Saper stare con gli altri e saper gestire le dinamiche del gruppo. Promuovere obiettivi perseguibili da tutto il team riconoscendo il *leader* come coordinatore dei lavori.
- *Capacità di leadership*. E' la capacità di creare un gruppo di professionisti e per tanto credere nel lavoro in team dove c'è un leader che assegna ai vari membri compiti diversi in base alle capacità dei singoli, funzionali al raggiungimento dell'obiettivo comune. Il leader indirizza e coordina le attività. E' superpartes e cerca di dirimere i conflitti.
- *Comunicazione*. Saper comunicare efficacemente con pazienti, familiari e altri soggetti e all'interno dell'équipe. Scegliere i contenuti, i destinatari, il contesto, i tempi e i modi della comunicazione, verificando livelli di comprensione della lingua, scambiare informazioni, condurre colloqui, registrare ed acquisire dati ed informazioni.
- *Gestione della fatica e dello Stress*. Avere la capacità di affrontare ritmi e carichi di lavoro a volte pressanti, attivare e organizzare le proprie risorse personali per una efficace gestione delle situazioni, consapevoli dei propri bisogni e limiti. Saper riconoscere i propri bisogni, identificare le proprie risorse ed abilità ed attivarle nella specifica situazione, adottare strategie di gestione della propria emotività a fronte di fattori di distress e situazioni di emergenza, apprendere dalle situazioni ed alimentare la propria competenza.

#### 1.4 LE NON TECHNICAL SKILLS NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Essere infermieri oggi non vuole dire solo adempiere ai principi del corrispettivo profilo professionale, anche se in maniera eccellente descrive i principi cardine della professione. Essere infermieri nel contesto sanitario odierno implica avere una triplice anima quella del *sapere*, *saper fare*, e *saper essere*. E' proprio nel *saper essere* che albergano le competenze trasversali, cioè l'insieme di atteggiamenti, delle caratteristiche personali, psicologiche, caratteriali e socio-culturali tali da consentire prestazioni efficaci (capacità di decidere ed agire, di sapersi organizzare e orientare, l'empatia, la flessibilità, la comunicazione efficace, la collaborazione, la creatività ecc...).

Nelle organizzazioni moderne, all'operatore è richiesto sempre più un impegno di tipo cognitivo e decisionale, la presa in carico del paziente non è più territorio univoco di un infermiere solo, ma ha visto sostituire il concetto di infermiere professionista da quello di flessibilità, multi-abilità e lavoro d'equipe con lo scopo di aumentare la produttività della forza lavoro ormai in rotta a causa dell'aumento di numero delle persone bisognose di assistenza, cosa che rischia di minare la qualità delle cure (Windsor, Douglas & Harvey, 2012).

Risulta chiaro che fare affidamento solo sulle proprie esperienze e competenze tecniche non sia sufficiente. L'expertise professionale deve essere complementare e sinergica alle abilità non tecniche. Se poi ragionando in una visione più ampia, l'infermiere è anche colui che partecipa alla promozione della salute e per salute si abbraccia la definizione moderna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dove salute sta per completo benessere fisico, mentale e sociale, allora la necessità di avere queste abilità non tecniche si fa ancora più concreta e necessaria.

La presenza di buone abilità non tecniche è stato dimostrato che è in grado di rivelarsi cruciale nell'ottimizzazione delle pratiche lavorative e nella prevenzione di incidenti ed infortuni. Un approccio innovativo alla prevenzione dei rischi e di conseguenza agli incidenti e infortuni sul lavoro dovrebbe fare riferimento all'opportunità di formare gli operatori sanitari relativamente alle competenze non tecniche, competenze che vengono quotidianamente utilizzate troppo spesso inconsapevolmente dai professionisti della salute.

Come è possibile però trasferire la teoria nella pratica? Negli ultimi anni c'è stato un interesse crescente a livello internazionale sulla possibilità di applicare la conoscenza delle abilità non tecniche nei corsi di formazione continua e nelle università per dare una formazione completa agli studenti.

Per quanto la letteratura a disposizione porti già evidenze positive riguardo l'importanza delle non technical skills nelle cure infermieristiche, il sistema educativo deve ancora integrare appieno questa consapevolezza. La letteratura a disposizione non è così esaustiva, sono pochi gli studi che trattano questo argomento nello specifico ambito infermieristico e quelli che sono stati condotti hanno una scarsa rilevanza statistica. In Norvegia, Flynn et al. (2016) hanno testato un programma di simulazione per lo sviluppo di Non-Technical Skills su degli studenti infermieri in anestesia, valutando le loro abilità non tecniche con la NANTS-No (Nurse Anaesthetists Non-Technical Skills – Norway) simile a quella dei medici anestesisti (ANTS), si è testata l'affidabilità di questo sistema di marcatori comportamentali appositamente adattato per infermieri tecnici di anestesia. I partecipanti hanno preso parte a un programma basato sulla simulazione di 10 settimane composto da tre sessioni. Le prime due sessioni si sono svolte durante le prime due settimane del programma, prima e dopo aver frequentato un corso di 4 ore. La sessione finale ha avuto luogo dopo una sessione di debriefing individuale e 5 settimane di pratica clinica, dove i partecipanti dovevano adoperare attivamente la NANTS-no come strumento di riflessione e auto-valutazione. Lo studio indica che la NANTS-no può essere usata come sistema di marcatura comportamentale per valutare le Non-Technical Skills degli studenti anestesisti.

Uno studio interessante è anche quello sulla percezione degli studenti infermieri sullo sviluppo delle competenze trasversali in Ghana di L. Laari e B. Dube (2016). Lo scopo era quello di esplorare la comprensione degli studenti infermieri del concetto di competenze trasversali e di acquisire la loro percezione sulla necessità di una formazione sulle competenze trasversali per promuovere un'assistenza infermieristica di qualità. Il ricercatore ha utilizzato un campione di 110 studenti infermieri intervistati con un questionario da cui ottenere i dati. Per quanto riguarda la necessità di formare gli studenti nelle competenze trasversali, quasi tutti gli intervistati (92%) concordano fermamente

sulla necessità di essere formati sulle competenze trasversali per essere aiutati ad acquisirle e a saperle mettere in pratica nell'agire quotidiano della professione.

Lo studio sulla costruzione, sviluppo e validazione di una scala di valutazione delle competenze non tecniche in infermieristica di S. Pires et al. (2018) è una indagine metodologica sulla base della revisione della letteratura che si propone di costruire, sviluppare e validare uno strumento in grado di misurare e rappresentare le NTS nella pratica infermieristica. Sono stati rilevati 16 validi strumenti ma nessuno adattato specificatamente per la valutazione delle non-technical skills degli infermieri in cure generali (senza specializzazione).

Lo studio di R. Lewis, A. Strachan, M. Mckenzie Smith (2012) è una revisione della letteratura per trovare evidenze sull'utilizzo della simulazione per affinare le abilità non tecniche in ambito infermieristico. Giungono alla conclusione che la simulazione ad alta fedeltà è in grado di fornire ai partecipanti un ambiente di apprendimento in cui sviluppare competenze non tecniche, sicure e controllate in modo che i partecipanti siano liberi di fare pratica, correggere gli errori in tempo reale e imparare da loro, senza paura di compromettere la sicurezza del paziente. I partecipanti alla simulazione sono anche in grado di sperimentare la gestione clinica di situazioni rare, complesse o di emergenza in una valida rappresentazione della pratica clinica, prima di esercitarsi sui pazienti. La simulazione è positivamente associata a capacità comunicative interpersonali significativamente migliorate al momento della presa in carico del paziente ed è stato anche chiaramente dimostrato che migliora i comportamenti del team in una vasta gamma di contesti clinici associata a migliori prestazioni del team nella gestione delle situazioni di emergenza/urgenza. Inoltre, consente lo sviluppo efficace di capacità, è stato anche dimostrato che migliora il pensiero critico e il ragionamento clinico degli studenti in situazioni di cura complesse e aiuta a sviluppare l'autoefficacia e la fiducia degli studenti nella propria capacità clinica.

La ricerca condotta sull'importanza percepita delle competenze trasversali nell'assistenza infermieristica di Lee Keng Ng (2019) si basa sulla revisione della letteratura sulla pedagogia infermieristica corredata da un sondaggio che ha raccolto le percezioni degli utenti in merito alle competenze trasversali nell'assistenza infermieristica nelle dimensioni di affidabilità, tangibilità, empatia e reattività. Sulla base di dati quantitativi, i pazienti e i familiari hanno

valutato le competenze trasversali di affidabilità e reattività come estremamente importanti per l'assistenza infermieristica. Inoltre, i commenti qualitativi dei partecipanti hanno sottolineato l'importanza dell'empatia, della sicurezza e della capacità di risposta. La conclusione è stata che oltre all'acquisizione delle conoscenze e alle competenze tecniche, il curriculum infermieristico potrebbe incorporare esplicitamente le *soft skills* per migliorare lo standard di assistenza.

## **1.5 SAPER COMUNICARE: LA COMPETENZA NON TECNICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Una comunicazione efficace è cruciale per il funzionamento della maggior parte delle altre Non technical skills.

La comunicazione è la variabile più importante di un buon lavoro di gruppo (Nieva et al.,1978) ed è fondamentale per l'efficienza e per la sicurezza dell'ambiente lavorativo.

La comunicazione in generale è definita come lo scambio di informazioni, di feedback o di risposte, di idee e di opinioni. Consente la diffusione delle conoscenze, l'istituzione di relazioni, stabilisce schemi di comportamento prevedibili, consente di mantenere l'attenzione sul compito e costituisce un efficace strumento di gestione

(Kanri e Palmer ,1993).

In qualsiasi gruppo o reparto di lavoro, la comunicazione è un mezzo attraverso cui un compito viene portato a termine. Le azioni sono coordinate dalle istruzioni, dalle intenzioni e dallo scambio di informazioni (Weiner et al.,1993).

La capacità relazionale e comunicativa costituisce uno degli aspetti fondamentali della professione infermieristica così come dichiarato nel profilo professionale (D.M. 739/94): *“l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, riabilitativa è di natura tecnica, relazionale educativa..”*; e nel Codice Deontologico delle professioni infermieristiche dell'Aprile 2019 all'art 4 *“Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali”*.

Assistere significa: dare attenzione, attaccamento, preoccuparsi per; gli infermieri oltre a somministrare terapie o altri trattamenti, insegnano, danno comfort, eseguono interventi fisici, ma anche «stanno accanto» (Corner, 1997).

L'assistenza infermieristica è essenzialmente una relazione di aiuto, i cui obiettivi sono quello di aiutare, assistere, prendersi cura; tali presupposti impongono di allargare il discorso sull'interazione tra operatore ed utente in ambito sanitario e socio-sanitario alla ben più ampia area del rapporto tra persone, persone che portano all'interno della relazione sanitaria-assistenziale emozioni, credenze ed atteggiamenti individuali capaci di influenzare fortemente il successo dell'interazione. Il tempo di relazione è tempo di cura. La relazione infermiere-paziente-famiglia non è una relazione paritaria, ma asimmetrica in cui uno necessita di cure, l'altro le eroga, ma solo il paziente ha l'esperienza diretta della malattia del contesto in cui vive, delle sue attitudini e dei suoi valori e quindi l'infermiere dovrebbe essere in grado di comprendere il problema di salute nei termini in cui si pone per quella particolare persona/famiglia, per questo una buona comunicazione non è mai disgiunta dall'empatia e dalla capacità di mettersi nei panni dell'altro, in una contrattazione in cui gli aspetti cognitivi si incontrano con quelli emotivi e motivazionali.

L'infermiere si trova quindi a simbolizzare funzioni di tipo psicoterapeutico indirette: insegnante, consulente, guida, sostegno, sostituto materno ecc... L'importante è che egli sia consapevole delle proprie e altrui reazioni emotive, in quanto è attraverso la comprensione del proprio comportamento (come operatore) che si può partire per aiutare gli altri a capire le proprie difficoltà. L'infermiere perciò deve essere un professionista e non amico, anche se per svolgere il suo ruolo deve raggiungere una grossa vicinanza emotiva. Ecco perché si definisce comunicazione *strategica* poiché si tratta di una comunicazione pianificata per conseguire obiettivi nell'interesse del paziente e del professionista della salute. Infatti il rapporto infermiere-paziente è una situazione comunicativa in cui l'obiettivo comune è condiviso, è un "gioco a somma zero", dove se uno solo dei due perde, perdono entrambi se viceversa, infermiere e paziente cooperano affinché la relazione comunicativa abbia successo e faciliti la cura, entrambi vincono.

Il delicato mandato strategico del professionista sanitario consiste nel:

- condurre la relazione;

- accompagnare il paziente verso l'obiettivo clinico;
- mantenere sempre elevate la motivazione e la fiducia proprie e del paziente;
- assicurare buoni livelli di compliance e gestire nel modo migliore possibile eventuali imprevisti.

I professionisti della salute che più guariscono sono appunto i più esperti nell'arte di comunicare persuasivamente con i pazienti. Essendo i pazienti uno diverso dall'altro, non esiste un'unica tecnica universale per rendersi efficaci. Si può parlare però di quattro principi cardine molto precisi:

- **Principio di flessibilità.** Le strategie d'intervento e il modo in cui vengono comunicate debbono adattarsi alla persona verso la quale sono dirette ed essere congruenti con il contesto in cui vengono attuate. E' un imperativo strategico: l'operatore deve adattarsi all'interlocutore, mettendo da parte, per quanto possibile, pregiudizi e pre-concetti, stereotipi e luoghi comuni sul paziente. Poiché non è possibile azzerare completamente preconcetti e stereotipi, è bene esserne consci, sapere quali, più di altri, potrebbero disturbare le nostre comunicazioni.
- **Principio di parsimonia.** I messaggi efficaci sono quelli ottengono il massimo con il minimo, quelli generalmente formulati con uno stile suggestivo e adatto al linguaggio del paziente, che ne ricalcano le convinzioni, i valori e le motivazioni. Non risponde al principio di parsimonia la comunicazione oltremodo specifica, irta di tecnicismi, riferimenti scientifici, dettagli che il paziente potrebbe trovare difficile da capire. Tale principio si riferisce alla qualità del linguaggio utilizzato non alla quantità. Inserire nella comunicazione aneddoti o metafore è un espediente strategico poiché colpiscono l'emisfero destro del nostro cervello, la parte del cervello che lavora per immagini, emozionano l'interlocutore e così lo suggestionano ad accettare subito suggerimenti e prescrizioni con maggior impegno e fiducia.
- **Principio di utilizzazione.** Consiste nell'utilizzo a fini persuasivi del linguaggio, dell'atteggiamento e delle argomentazioni dell'altro. L'idea chiave è quella di accettare, senza opporsi, i messaggi che il paziente invia. Vale a dire che, se si vuole comunicare in modo efficace, bisogna evitare nel modo più assoluto di contestare apertamente l'altro. Ogni "scontro", anche lieve, costituisce un pericolo per la relazione.
- **Principio di ristrutturazione.** Ristrutturare significa inserire la definizione che la persona dà di un problema all'interno di altri sistemi di significato (Watzlawick,1974). Più semplicemente, vuol dire aiutare la persona a cambiare punto di

vista su aspetti della sua esperienza vissuti come particolarmente critici e dolorosi. In ambito sanitario la ristrutturazione è una pratica quotidiana. Ad esempio ogni qualvolta che si anticipano ad un paziente gli effetti collaterali di una data terapia, può avere un effetto ristrutturante affermare che proprio il manifestarsi degli effetti collaterali è la dimostrazione che il farmaco sta agendo secondo le attese.

La comunicazione è strategica se rispetta i quattro principi ma per poter formulare interventi così focali e mirati, bisogna innanzitutto conoscere l'interlocutore, individuare il suo stile comunicativo, saper riconoscere i segnali molteplici e inconsapevoli che egli invia dal primo momento in cui si rapporta con l'operatore. Per venire a queste necessarie informazioni dell'interlocutore richiede l'esercizio costante dell'ascolto. Non c'è dialogo se non c'è ascolto, senza il nostro impegno a comprendere quanto l'altro ci vuole comunicare. Per ascolto non intendiamo il semplice tacere per permettere all'altro di parlare. Non si ascolta con le orecchie ma con la mente. L'ascolto autentico dell'altro esige accettazione e coinvolgimento, partecipazione e riconoscimento.

La comunicazione entra in tutte le fasi del piano per la promozione della sicurezza del paziente nelle unità operative, nei dipartimenti, nelle strutture ospedaliere e territoriali. Nelle unità operative sanitarie, la competenza culturale dei membri del gruppo di lavoro influenza non solo la relazione che si instaura con la persona paziente e la sua famiglia, ma anche quella tra colleghi. E', quindi, necessario sviluppare la propria competenza culturale, per contribuire a una convivenza organizzativa orientata al benessere del lavoratore e all'efficacia assistenziale. L'aumento di eventi avversi e disagio relazionale tra operatori dovuti a comunicazione carente e incomprensioni nella operatività, sono sintomi di un problema emergente di comunicazione, riconducibile a molteplici cause, tra cui la crescente complessità delle cure e il relativo incremento del numero di competenze, strutture e professionisti coinvolti. Gli studi dimostrano che la comunicazione contribuisce a prevenire e quindi a diminuire l'incidenza dei conflitti distruttivi. Spesso, infatti, le cause dei conflitti vanno ricondotte a: diversa opinione sulle priorità, che talvolta non viene esplicitata e discussa, soprattutto tra figure diverse e in particolare medico e infermiere, mancata o insufficiente chiarezza di ruoli e responsabilità, comportamenti di mancato rispetto, per esempio rimprovero o ammonizione in pubblico, con discredito del collega, modalità diverse di lavoro e mancata adesione a protocolli condivisi,

senza spiegarne le motivazioni. Nelle situazioni di conflitto la comunicazione diventa lo strumento per far confrontare le parti e va gestita favorendo l'ascolto e l'empatia.

La riunione è uno strumento utilizzato in molte occasioni e modalità, per esempio per:

- la discussione del caso clinico o per impartire istruzioni relative allo stesso (è entrato anche nel nostro contesto il termine “briefing” e “de-briefing”, quest'ultimo relativo a una riunione da svolgere a conclusione di una attività);
- la comunicazione delle priorità da considerare per la sicurezza dei pazienti al cambio turno (briefing per la sicurezza dei pazienti, di norma molto breve);
- la organizzazione del lavoro;
- la discussione e l'analisi di un evento avverso/quasi evento;
- l'aggiornamento.

La riunione è uno strumento fondamentale in una organizzazione perché i membri si confrontano e si riconoscono, imparando a valorizzarsi costruiscono il gruppo e sviluppano il senso di appartenenza all'equipe.

E' evidente che le competenze in materia di scienze della comunicazione devono, in particolare nella sanità, essere maggiormente sviluppate. Ciò è possibile in presenza di un'adeguata organizzazione e di operatori competenti, consapevoli che fattori relativi al personale quali il carattere, l'esperienza, la formazione possono essere determinanti.

## **1.6 IL LABORATORIO RELAZIONALE PER GLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA**

Gli ambienti di apprendimento clinico sono definiti come una rete di fattori interagenti nel contesto, in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti, per cui diventa fondamentale preparare e formare in modo adeguato gli studenti al mondo reale della professione. L'esperienza formativa del tirocinio per gli studenti del Cdl di Infermieristica è senza dubbio un banco di prova tangibile della loro futura professione poiché imparano a sviluppare tutte quelle conoscenze teoriche che durante il tirocinio si trasformano in abilità pratiche e competenze relazionali. Lo studente di infermieristica soprattutto nei primi tirocini si trova catapultato nel setting ospedaliero che è fortemente dinamico, interattivo e vivo proprio perché popolato da persone reali: gli assistiti, i

familiari, gli infermieri, i medici, gli oss e tutto il personale sanitario e non che ruota attorno alla vita ospedaliera. E' attraverso l'esperienza clinica che lo studente sviluppa un percorso di crescita professionale, impara ad affrontare la complessità e la variabilità dell'assistenza infermieristica attraverso un processo di continua riflessione e di rielaborazione.

In una società dove la comunicazione e lo scambio di informazioni assumono una importanza sempre maggiore si impone l'esigenza di ripensare ai modelli formativi dedicando più spazio alla docenza di percorsi formativi sulla comunicazione e sulle competenze relazionali.

Il laboratorio relazionale organizzato per gli studenti del secondo anno del CdL di Infermieristica di Pesaro prende forma proprio da questa fondamentale premessa.

E' un percorso formativo in cui gli studenti identificano il ruolo che l'infermiere assume nel promuovere efficaci relazioni di cura in base alle diversità di contesti ed interlocutori. Lo sviluppo di competenze relazionali permette allo studente, infatti, di garantire una pianificazione dell'assistenza infermieristica maggiormente orientata al soddisfacimento del bisogno dell'utente personalizzando interventi finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reintegro nell'ambito familiare. Il laboratorio si prefigge lo scopo di dotare gli studenti di competenze specifiche per la gestione delle relazioni interpersonali con i colleghi, con i pazienti, con i loro familiari. Riflettere sugli aspetti legati alla relazione, sia con il paziente e la famiglia, sia con l'équipe, è un momento privilegiato del percorso formativo che diventa essenziale ed irrinunciabile nell'esercizio della professione. Sono previste sette ore in sessione plenaria e piccoli gruppi dove vengono presentati agli studenti alcuni principi teorici sulla comunicazione, che cosa si intende e in che cosa consiste la relazione d'aiuto, come gestire in modo efficace relazioni difficili, come proporre ed ottenere un ascolto efficace e motivato. Oltre alla parte teorica si dà spazio alla visione di video, la realizzazione di role playing messi in scena dagli studenti stessi e a lavori di gruppo che poi verranno ridiscussi in sessione plenaria per approfondimenti e riflessioni.

## 2. OBIETTIVI

L'obiettivo generale di questo elaborato di tesi è quello di condurre uno studio sulle competenze relazionali degli studenti di Infermieristica del secondo anno del CdL di Infermieristica di Pesaro e Guide di Tirocinio della rete formativa di riferimento (Area Vasta 1 e AORMN) è per valutare il bisogno formativo dei soggetti coinvolti riguardo le competenze trasversali e pianificare attività di laboratorio relazionale per gli studenti e corsi di formazione ECM per le guide.

Gli obiettivi specifici sono:

- Approfondire attraverso fonti bibliografiche e banche dati le evidenze disponibili sulla formazione infermieristica delle Non technical skills.
- Sperimentare la *scala delle competenze comunicative interpersonali (ICSS)* per oggettivare il livello di competenze relazionali degli operatori sanitari al fine di effettuare una raccolta dati in grado di dare specifiche informazioni sul reale bisogno formativo degli operatori e degli studenti, per fornire riflessioni sul clima di benessere dell'equipe, per valutare il rapporto tra operatori sanitari e pazienti.

## 3. MATERIALI E METODI

### 3.1 POPOLAZIONE

La popolazione in analisi è costituita dagli studenti del secondo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Pesaro. Si è preferito scegliere gli studenti del secondo anno poiché hanno già affrontato parte del tirocinio e perché proprio al secondo anno è previsto il laboratorio relazionale. E' stato scelto di includere tra i partecipanti allo studio anche la figura della guida di tirocinio poiché è l'operatore che concorre alla formazione professionalizzante dello studente e deve essere preparato alla funzione e deve sviluppare capacità di: sostegno, osservazione, guida e facilitatore. Per mantenere la funzione di guida di tirocinio è necessario partecipare ai corsi di formazione e incontri proposti dal Corso di Laurea di riferimento.

### 3.2 STRATEGIE DI RICERCA

Le fonti della ricerca sulle Non Technical skills nell'ambito della formazione infermieristica provengono da libri, riviste e articoli selezionati tramite la banca dati *Pubmed*; si è utilizzato anche il motore di ricerca Google Scholar.

Per la selezione degli articoli scientifici in *Pubmed*, i criteri di inclusione impostati sono stati che gli articoli parlassero di esseri umani, che avessero massimo cinque anni, che ci fosse il full text. Si è utilizzato l'operatore booleano "AND".

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state essenzialmente due per la ricerca bibliografica sulle Non-technical skills nella formazione infermieristica e una stringa lanciata per la ricerca del questionario.

- *"Non technical skills AND nurse students"*;
- *"Non technical skills AND nursing"*;
- *"Survey interpersonal communication competences"*.

### 3.3 DISEGNO DELLO STUDIO

Nella letteratura internazionale le competenze relazionali comunicative comprendono diverse dimensioni e quindi nella ricerca empirica si trovano molte differenze (a seconda delle scelte del ricercatore) e soprattutto sotto il nome di una certa dimensione, si considerano aspetti molto diversi a seconda del contesto operativo. Molte ricerche scientifiche non presentano lo strumento che è stato utilizzato con gli specifici item dei questionari, come nel caso dello studio di L. Laari e B. Dube(2016) e di Lee Keng Ng (2019).

Non c'è quindi in letteratura uno specifico questionario che catturi tutte le informazioni sulle Non-technical skills o sui comportamenti correlati. Gli strumenti che sono più tipicamente utilizzati per l'identificazione delle abilità non tecniche tendono a cadere nella categoria dei questionari sugli atteggiamenti.

E' stato condotto uno studio osservazionale qualitativo.

Per condurre l'indagine si è preso in considerazione lo studio di M. Semonella et al.(2018) in cui viene proposta la versione adattata e validata in italiano della *Scala delle competenze comunicative interpersonali* (I.C.C.S.), di Rubin & Martin(1994). La versione italiana I.C.C.S. è una traduzione del questionario originale, con esattamente la stessa numerazione degli item. A differenza degli

autori Rubin e Martin, gli autori M. Semonella et al., scelgono di prendere in considerazione sette dimensioni anziché dieci:

- *Gestione delle conversazioni*: è vista come la capacità di carpire il linguaggio non verbale e paraverbale di una conversazione, orientandola così secondo le nostre intenzioni comunicative (ITEMS 4; 6; 14; 16; 18; 26; 29)
- *Apertura sociale*: intesa come la capacità di permettere agli altri di accedere a noi stessi in modo trasparente, quando ci sentiamo affini a loro (ITEMS: 1; 2; 3; 19; 27)
- *Fiducia sociale*: è la capacità di gestire un argomento all'interno di una conversazione palesando, difendendo apertamente i nostri diritti (ITEMS: 9; 11; 12; 17; 28)
- *Vicinanza sociale*: concepita come la capacità di riconoscere gli altri presenti all'interno della conversazione (ITEMS: 23; 24; 25)
- *Egocentrismo*: inteso come il modo di condurre una conversazione unilaterale con al centro solo i nostri punti di vista, credenze, valori, per metterci sotto i riflettori (ITEMS : 5; 13).
- *Assertività*: è la capacità di una persona di esprimere se stessa e la propria opinione, rispettando gli altri e non negandoli (ITEMS:20;21).
- *Relax sociale*: si intende la capacità di sentirsi a proprio agio durante le interazioni sociali. (ITEMS 7;8).

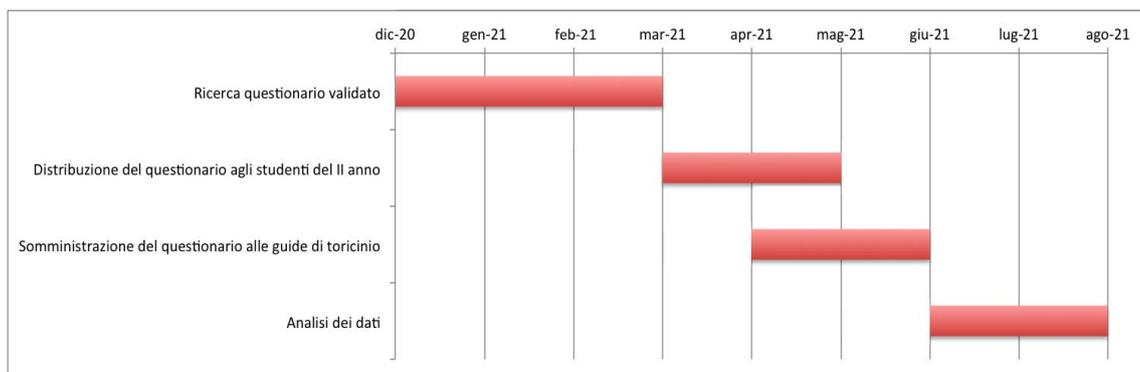
Ai fini della realizzazione di questa tesi si è scelto di utilizzare però una valutazione globale e non delle singole dimensioni.

Il questionario a *scala Likert* si compone di 30 item. Il rispondente è invitato a selezionare un numero da 1 a 5. Se interagisce in quel modo *quasi sempre*, seleziona 5; se comunica in quel modo *spesso* seleziona 4; se comunica in quel modo *a volte*, seleziona 3, se si comporta in quel modo *raramente* seleziona 2 e se non si comporta *quasi mai* in quel modo, seleziona 1. Ai partecipanti è stato chiesto esplicitamente di rispondere al questionario ancorando la mente al setting del loro agire professionale, quindi, di calare le risposte nella realtà ospedaliera/territoriale in cui operano e nel caso degli studenti di rispondere riflettendo sull'esperienza di tirocinio clinico fino a quel momento vissuta.

Nel periodo tra Marzo e Aprile 2021 è stato consegnato dal direttore didattico il questionario in forma cartacea agli studenti del secondo anno di Infermieristica (sede di Pesaro) che hanno partecipato al laboratorio relazionale. Per le Guide di tirocinio, a partire dal mese di Maggio, invece, è stata proposta la compilazione

in modalità telematica attraverso l'utilizzazione della funzione di Google Moduli, per motivi legati alle restrizioni della pandemia da Sars-cov2. I dati ottenuti sono stati inseriti in un foglio di lavoro Excel, calcolando le percentuali delle risposte, per realizzare in seguito la presentazione dei risultati tramite grafici ad istogramma.

### 3.4 TEMPISTICHE

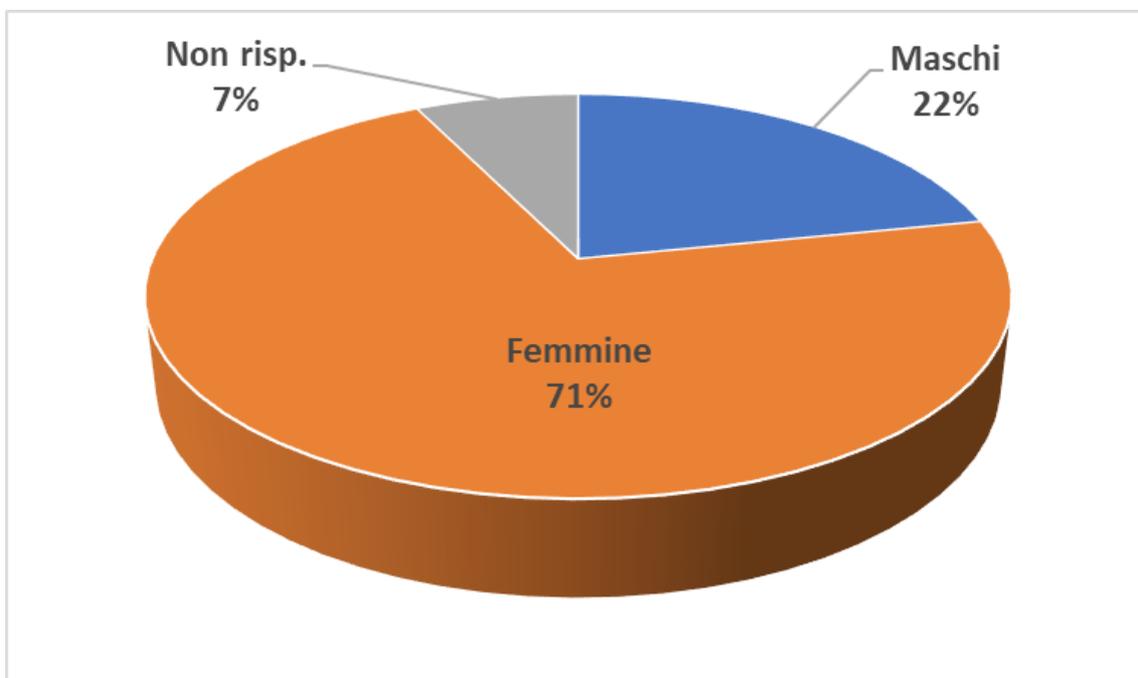


## 4. RISULTATI

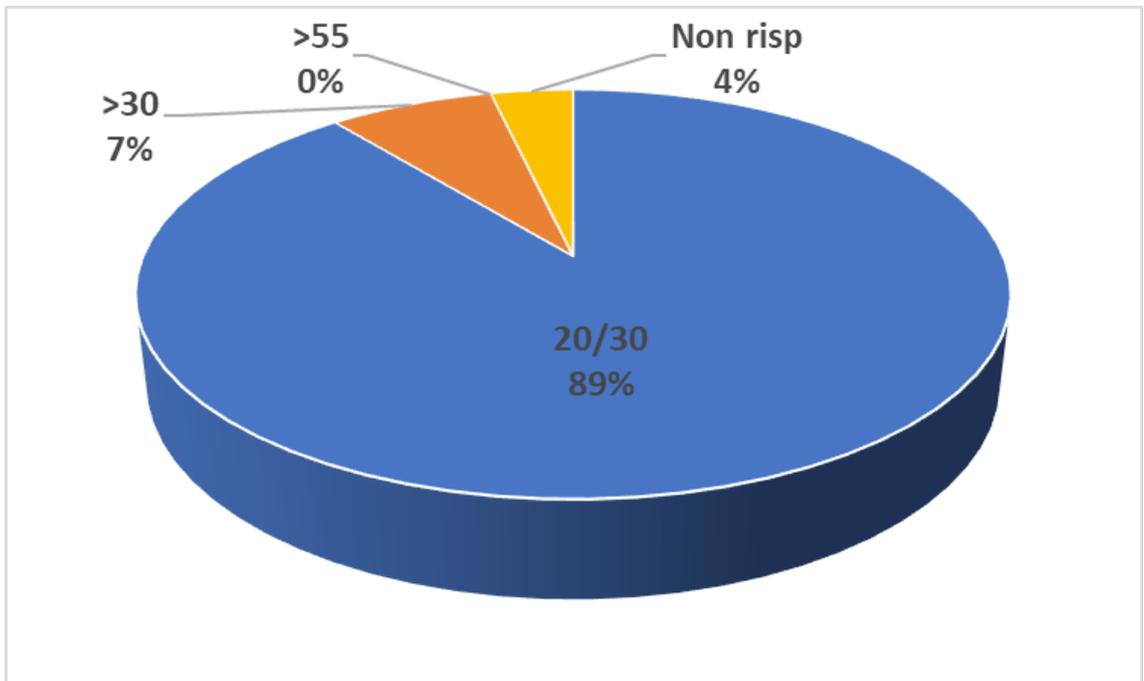
### 4.1 RISULTATI QUESTIONARIO STUDENTI

Sono stati distribuiti dal coordinatore didattico 57 questionari cartacei agli studenti del secondo anno, il response rate è stato complessivamente del 96% (pari a 55 questionari correttamente compilati). Le risposte sono state tradotte in percentuale e rappresentate dai seguenti istogrammi. E' stato anche stratificato il campione in base al *genere* e all'*età*.

*Grafico A*

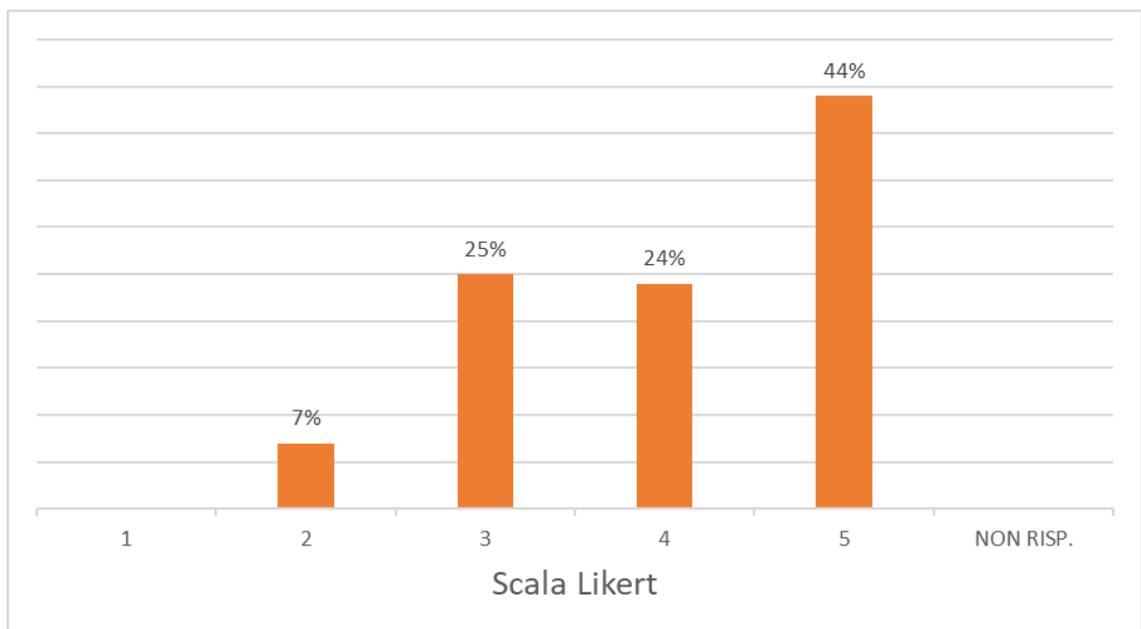


*Grafico B*



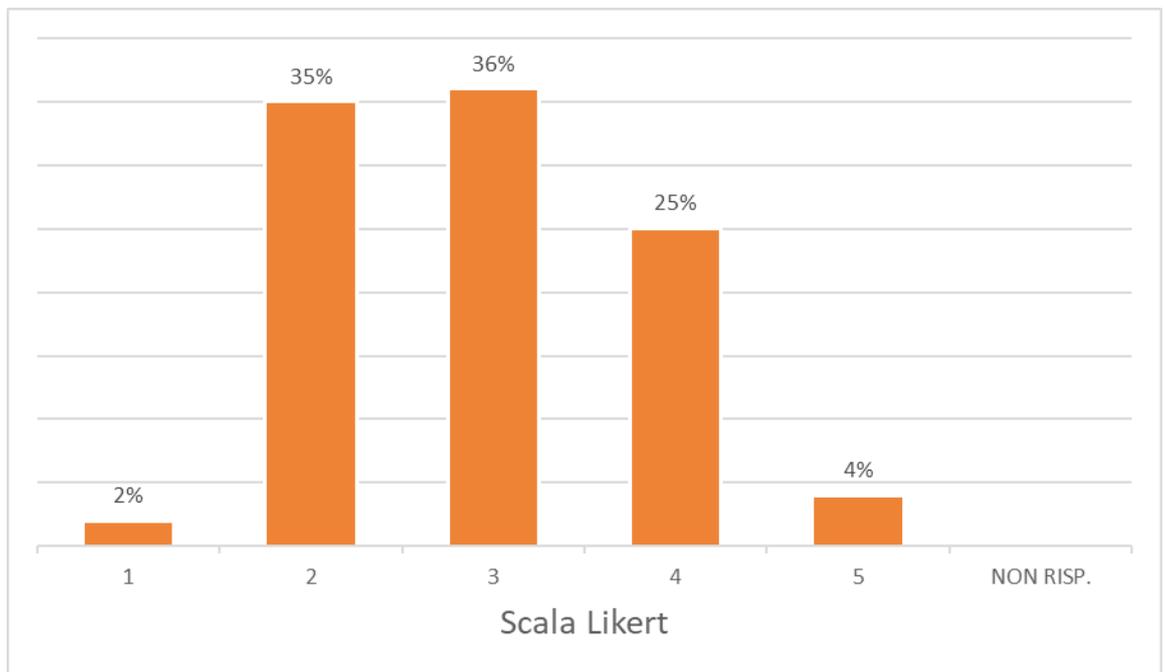
**“Lascio che gli amici vedano chi sono veramente”**

*Grafico 1*



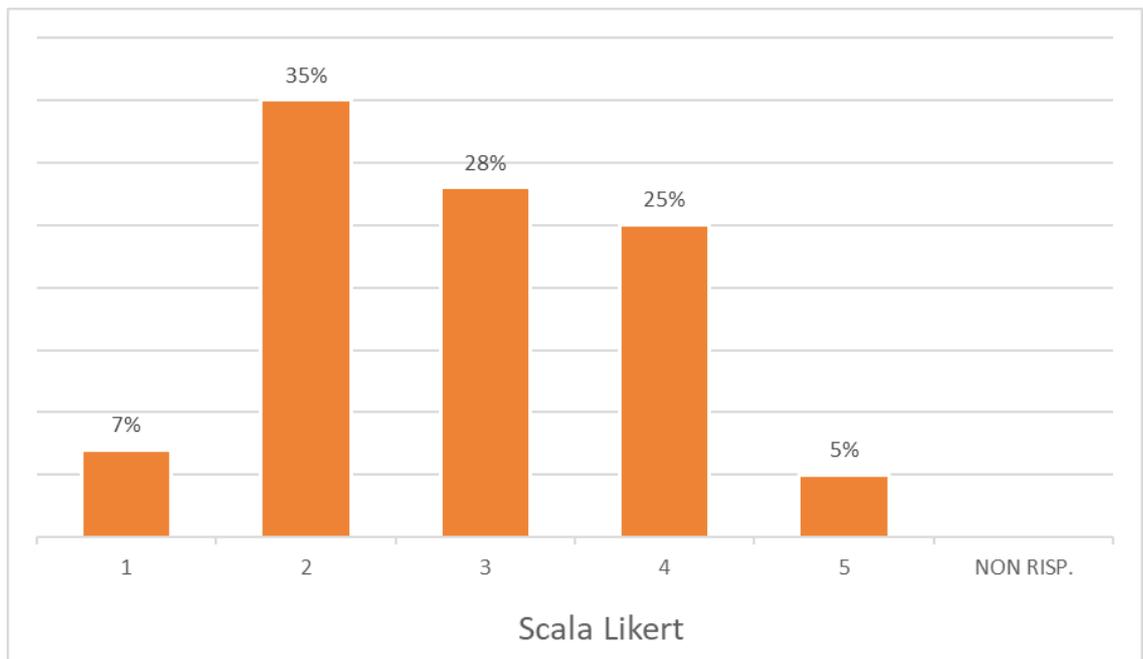
**“Le altre persone capiscono ciò che sto pensando”**

*Grafico 2*



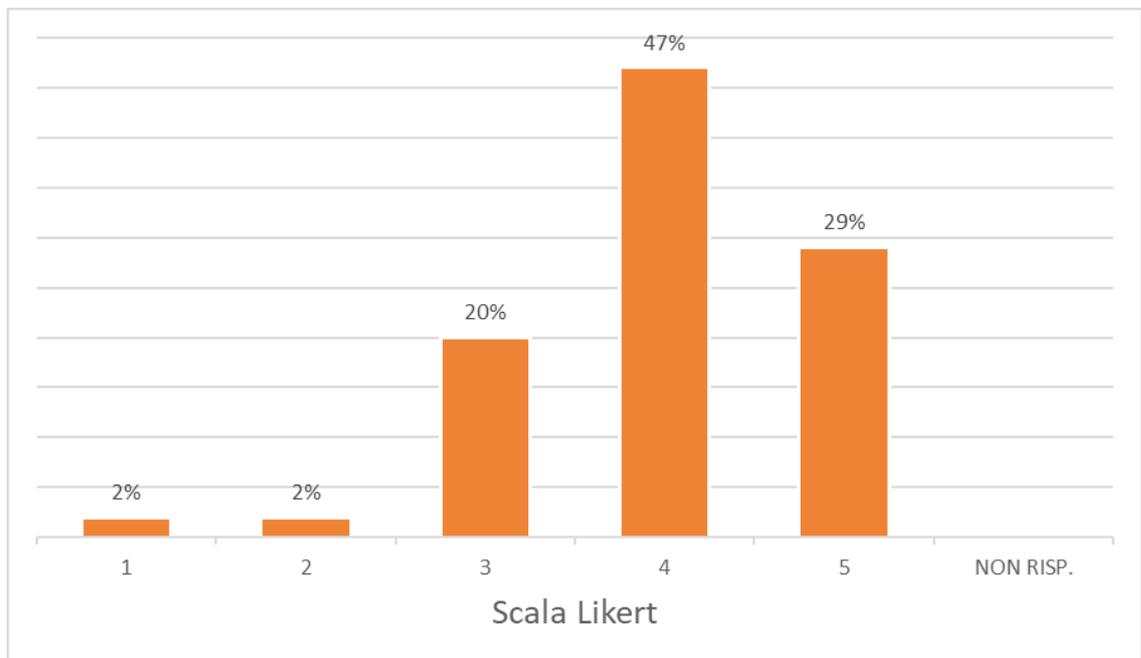
**“Mostro agli altri come mi sento”**

*Grafico 3*



**“Riesco a mettermi nei panni degli altri”**

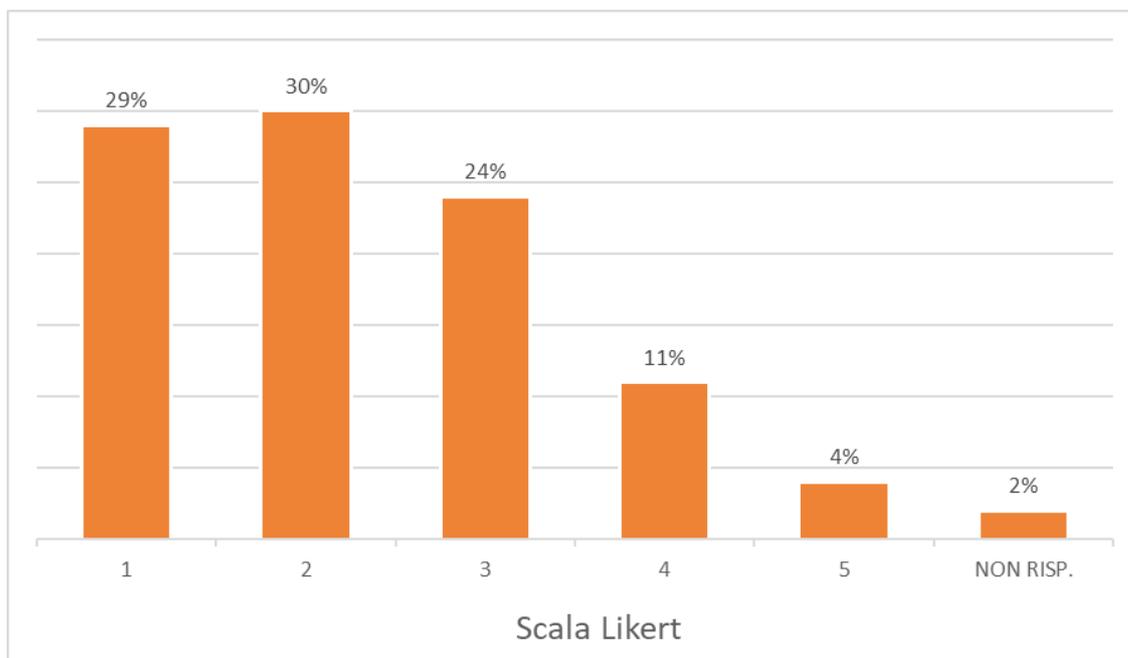
*Grafico 4*



Alla domanda 4 il 47% degli studenti risponde che *spesso* interagisce in questo modo, mentre il 29% *quasi sempre* e il 20% del campione *a volte*. E' fondamentale nella professione infermieristica annoverata tra le "*helping professions*" avere un buon grado di empatia. Se non si comprende l'altro, se non si prova a prendere in considerazione il punto di vista del paziente la relazione di cura perde d'efficacia.

**“Non riconosco accuratamente le emozioni altrui”**

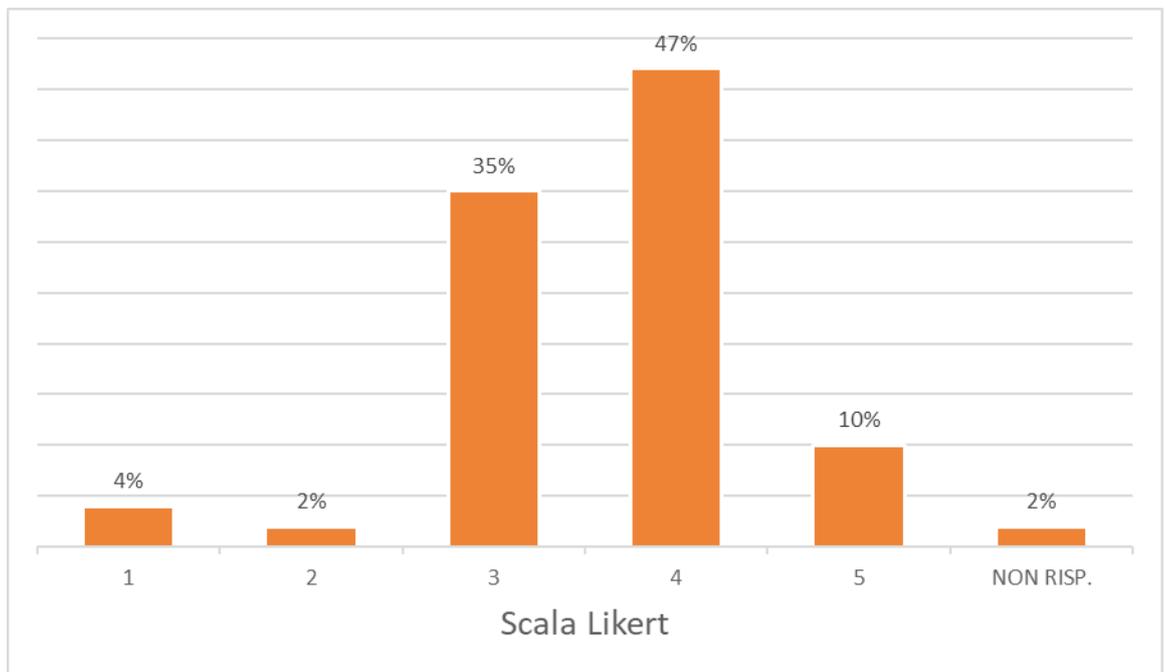
*Grafico 5*



Anche in questo item della scala delle competenze comunicative interpersonali si fa riferimento al grado di empatia. Il 29% degli studenti riferisce di non approcciarsi *quasi mai* in questa maniera, il 30% *raramente* e il 24% del campione *a volte*, solo l'11% *spesso*. Nonostante gli studenti pensino di avere un atteggiamento empatico, non è stata raggiunta nel complesso una percentuale significativa nel valore 1 e 2.

**“Le altre persone pensano che io li capisca”**

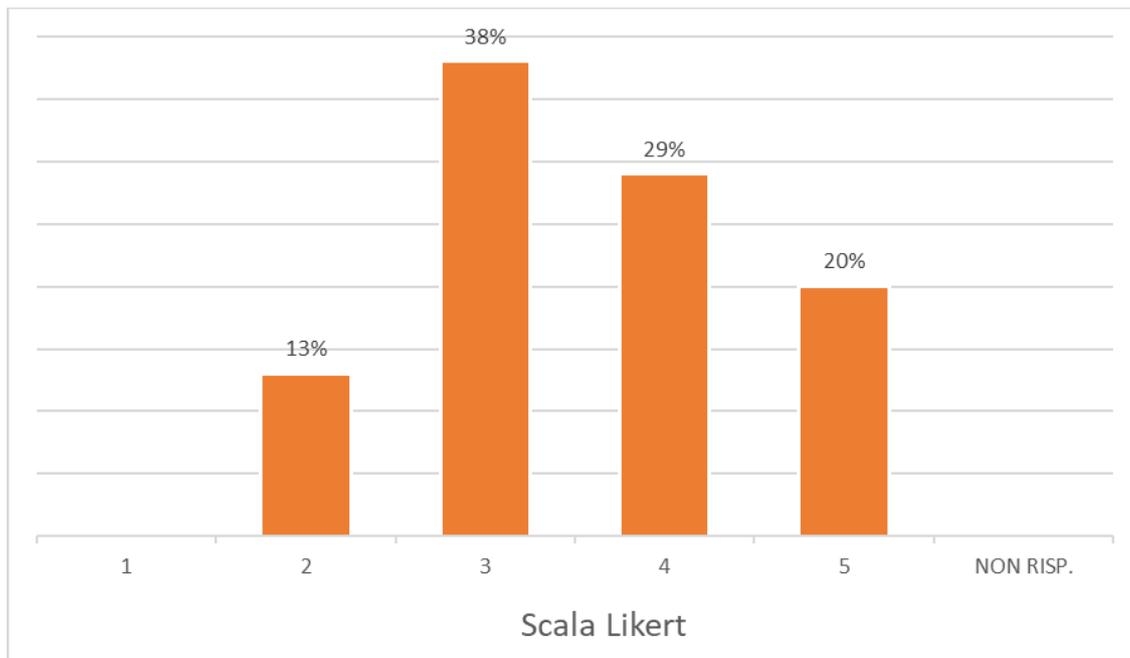
*Grafico 6*



Il 47% del campione afferma che *spesso* pensano che i loro assistiti si sentano compresi, mentre il 35% afferma che *a volte* avviene questo. Sicuramente gli studenti trascorrono più tempo a contatto con i pazienti rispetto agli infermieri, poiché più svincolati da alcune attività burocratiche proprie dell'infermiere (es. rispondere al telefono, compilazione richieste, compilazione documentazione infermieristica ecc.) e quindi hanno più tempo a disposizione da dedicare al dialogo.

**“Mi sento a mio agio nei contesti sociali”**

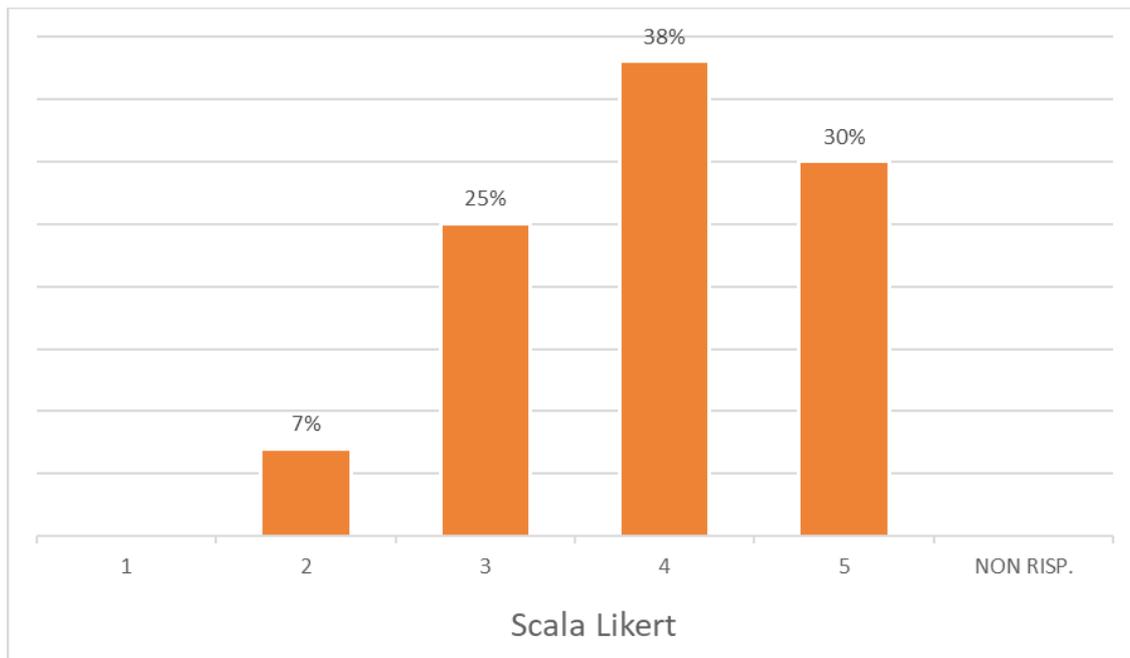
Grafico 7



Il 38% degli studenti afferma che *a volte* si sente a proprio agio nei contesti sociali(esplicitamente richiesto di riferirsi ai contesti di tirocinio),il 29% *spesso* e il 20% *quasi sempre*. Solo il 13% *raramente*. Questo significa che nell'ambito del tirocinio vi è un clima positivo che favorisce l'apprendimento clinico.

**“Mi sento rilassato in un gruppo di poche persone”**

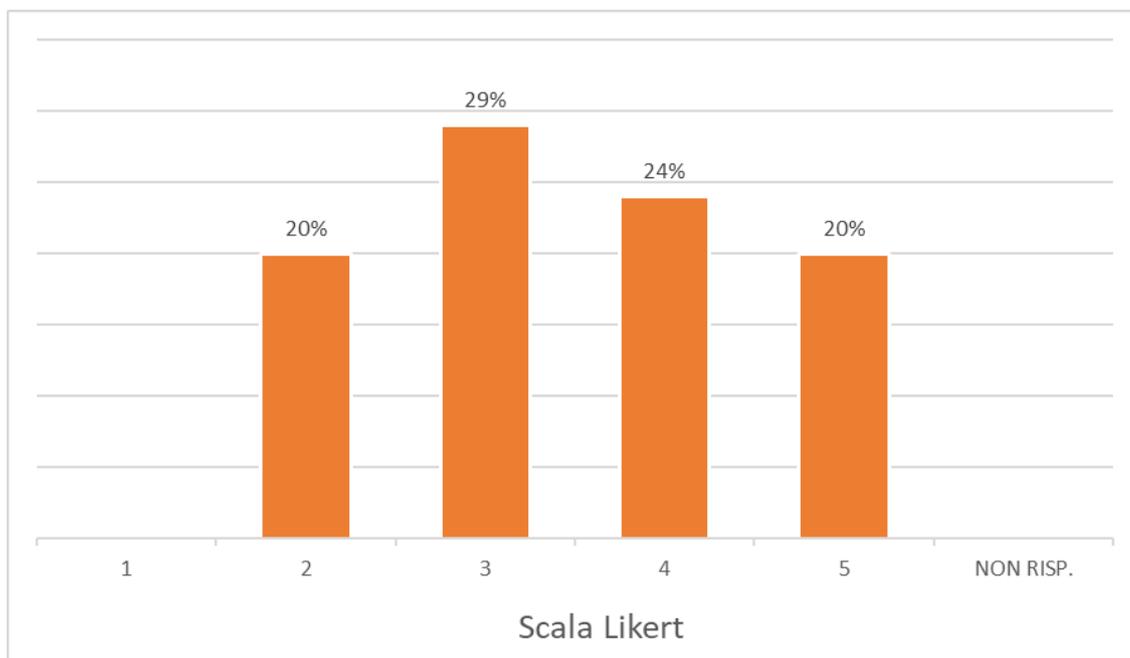
Grafico 8



Il 38% degli studenti afferma che *spesso* si sente rilassato in un gruppo di poche persone, il 30% *quasi sempre*, il 25% degli studenti *a volte*, il restante 7% *raramente*. L'andamento di queste risposte può essere spiegato dal fatto che gli studenti sono ancora immaturi professionalmente parlando e si trovano ad interagire durante l'esperienza del tirocinio con diverse figure professionali: medici, fisioterapisti, altri infermieri di reparto, oss. Risulta difficile per loro destreggiarsi fra tutte queste reti di relazioni professionali.

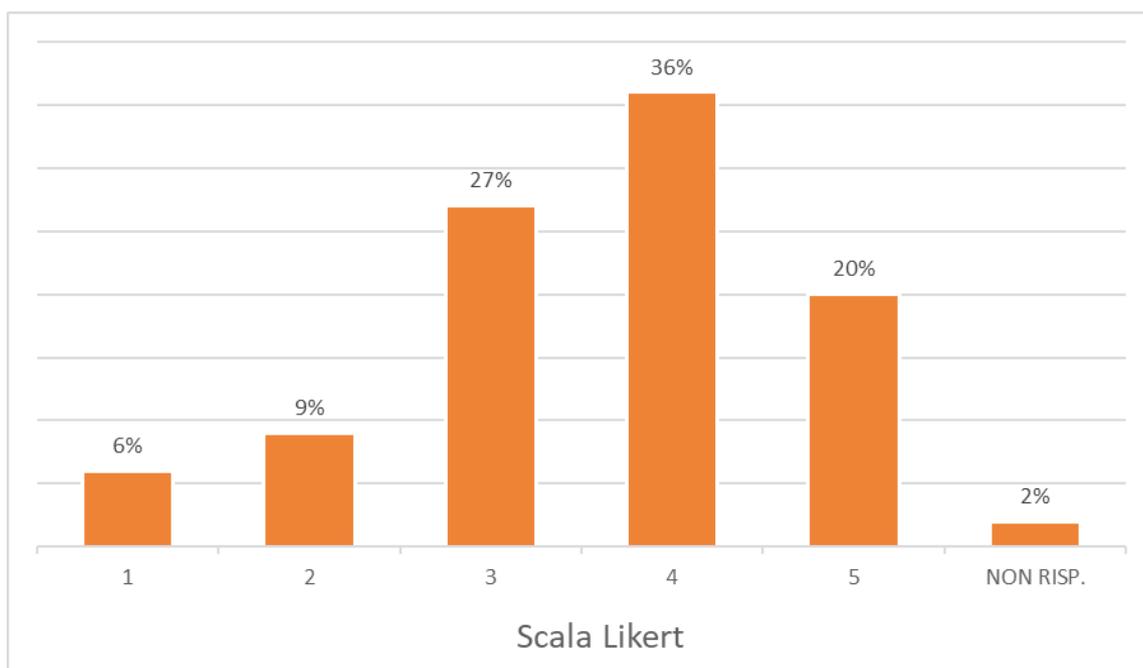
**“Mi sento insicuro in un gruppo di persone che non conosco”**

Grafico 9



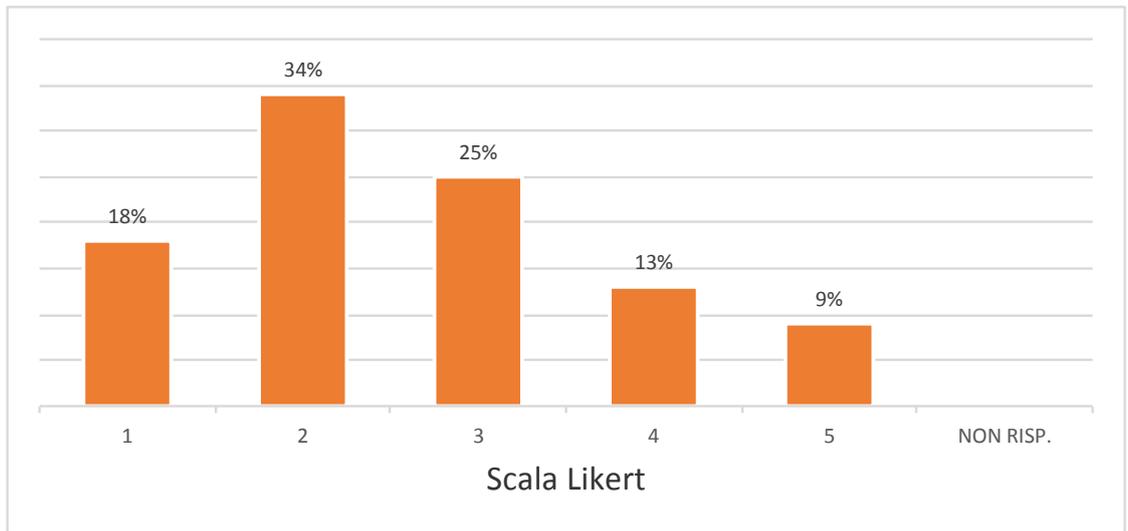
**“Quando subisco un torto affronto la persona che è l’artefice”**

*Grafico 10*



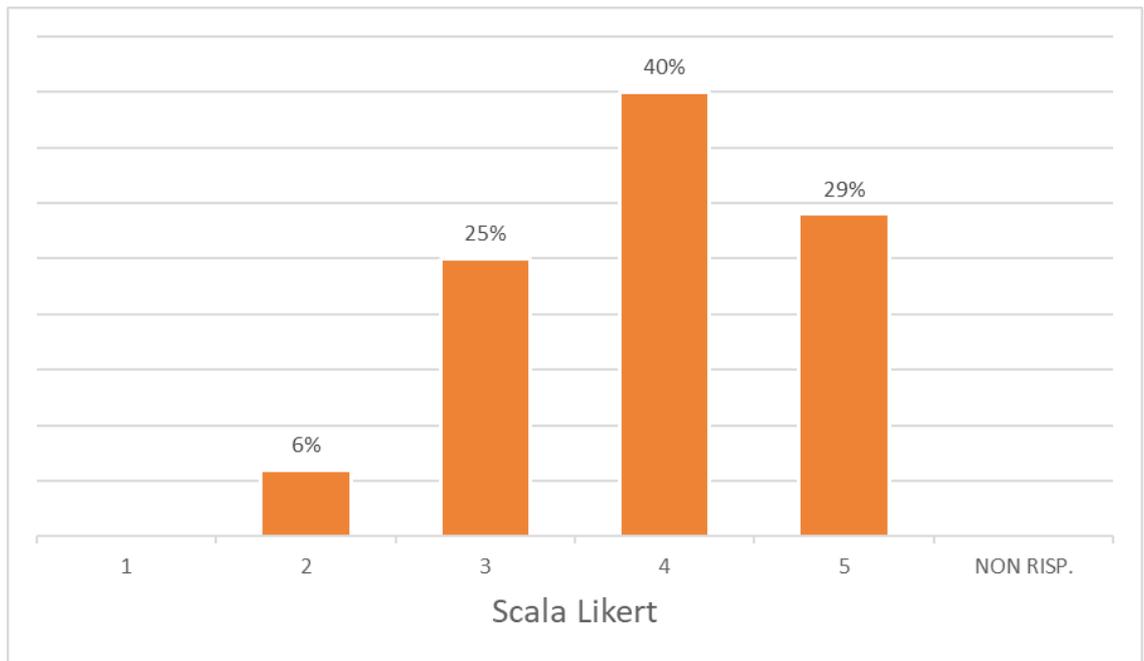
**“Ho problemi a farmi valere”**

*Grafico 11*



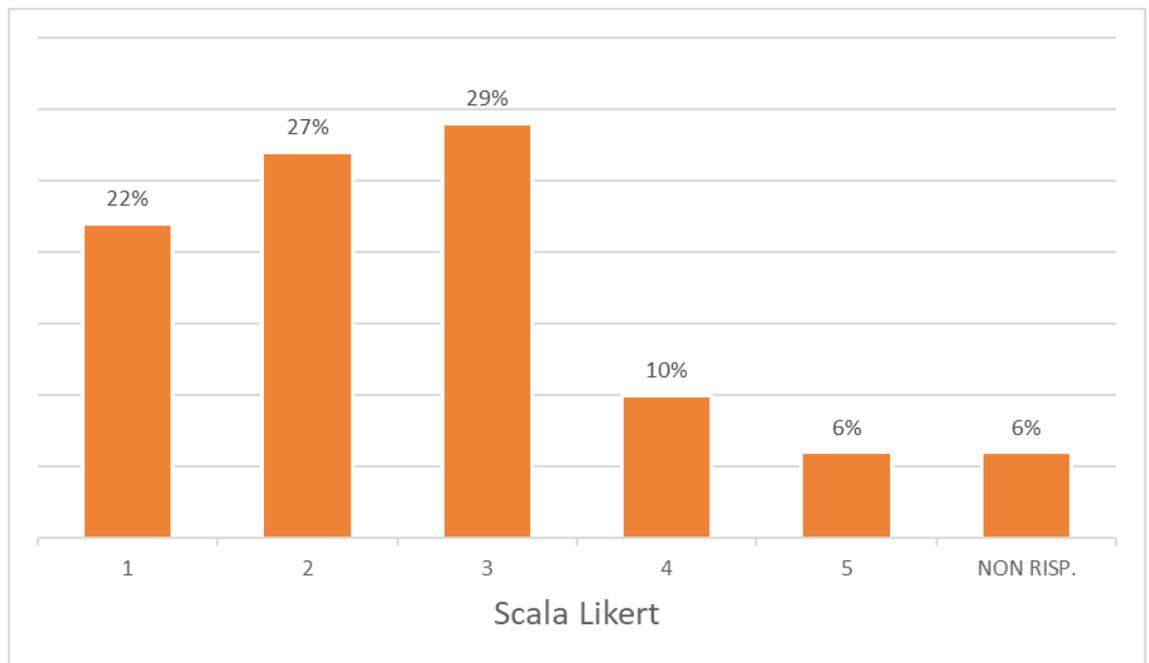
**“Difendo i miei diritti”**

*Grafico 12*



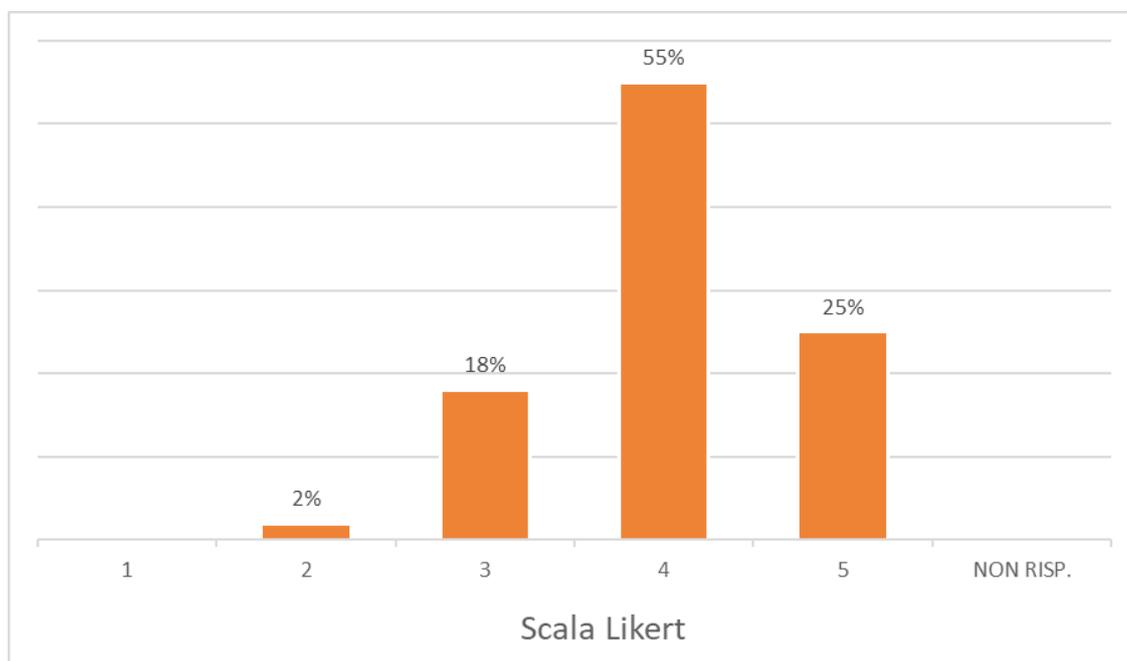
**“Le mie conversazioni sono abbastanza unilaterali”**

*Grafico 13*



**“Faccio capire agli altri che ho compreso quanto hanno detto”**

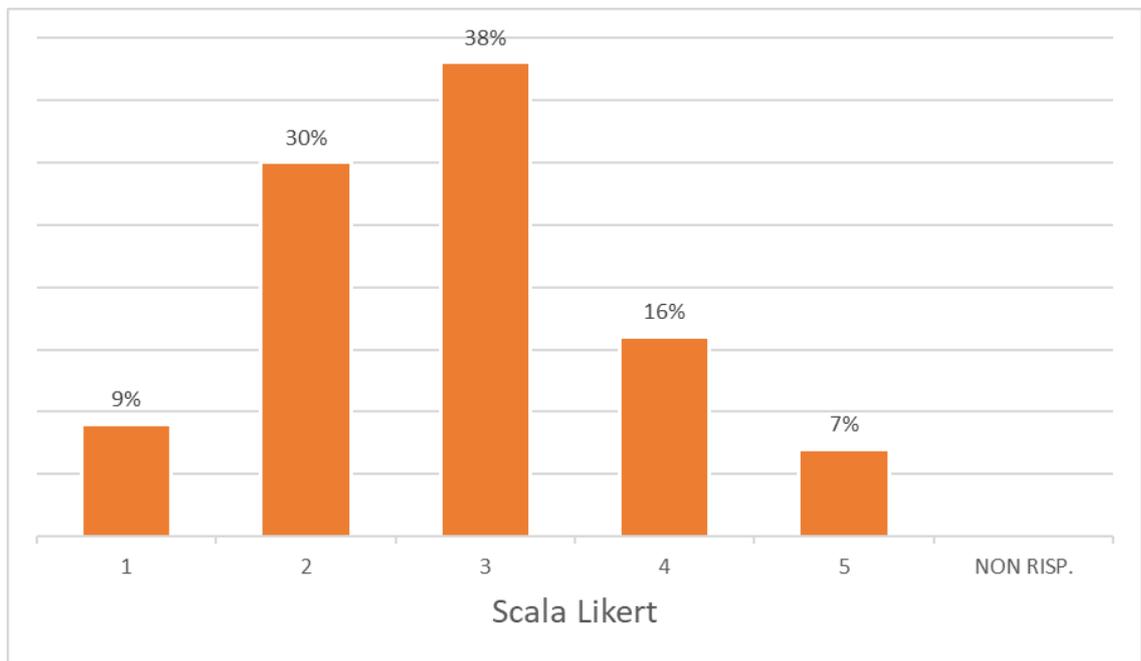
Grafico14



Il 55% degli studenti risponde che *spesso* si relaziona facendo capire agli altri che ha compreso il contenuto di quanto hanno affermato. Il 25% afferma che *quasi sempre* ciò avviene e il 18% dichiara che avviene *a volte*. Si tratta della tecnica della riformulazione o rispecchio di derivazione rogersiana: è per eccellenza quella che più permette di comprendere empaticamente gli assistiti. Essa consiste nel dire con parole diverse, ciò che il paziente o il familiare ha appena detto; con lo scopo di trasmettere, da un lato, ciò che si è compreso, infondendo così fiducia ,dall'altro di verificare se si ha davvero compreso l'essenza del problema.

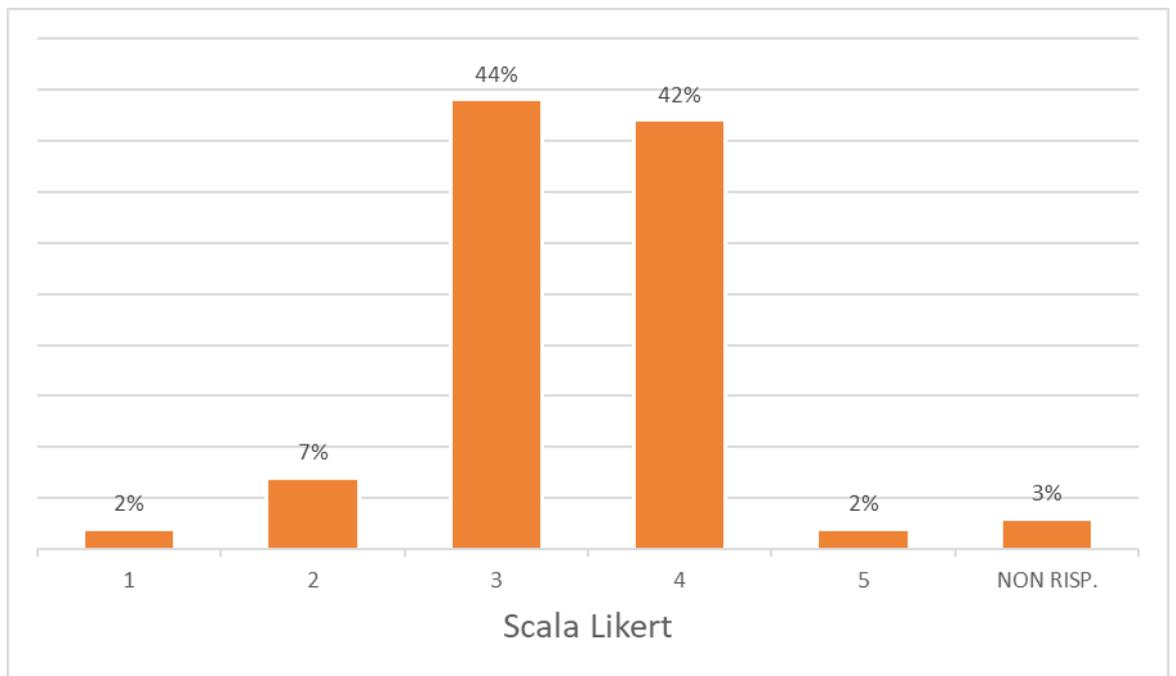
### **“La mia mente divaga durante le conversazioni”**

Grafico 15



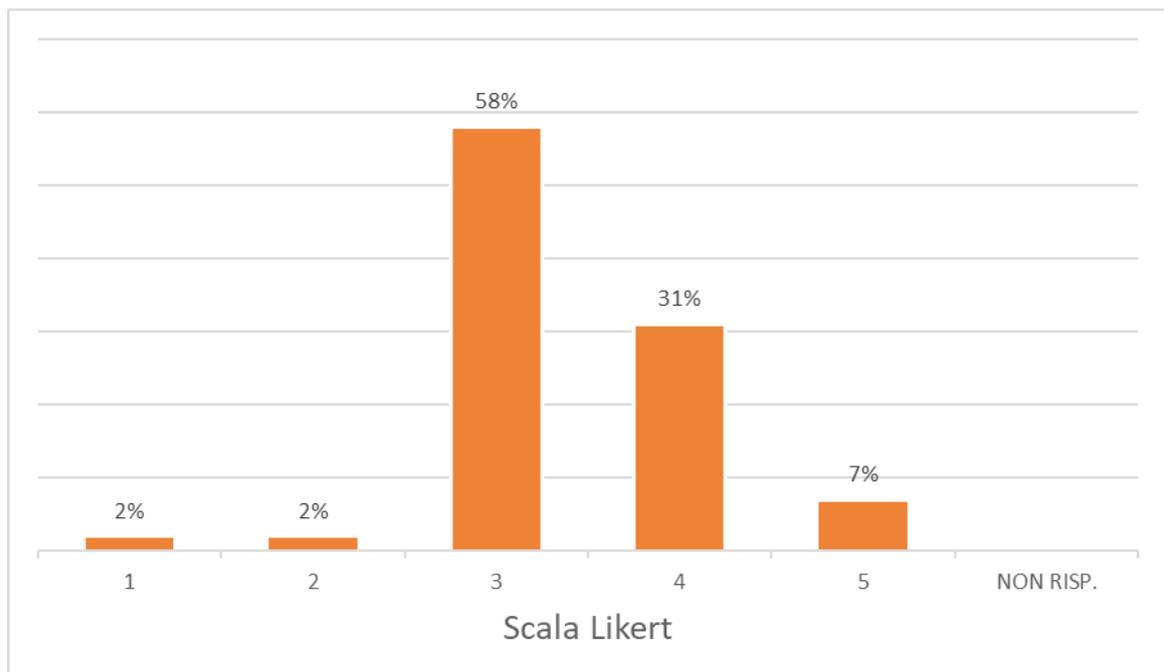
**“Durante una conversazione riesco a cambiare argomento in modo fluente”**

*Grafico 16*



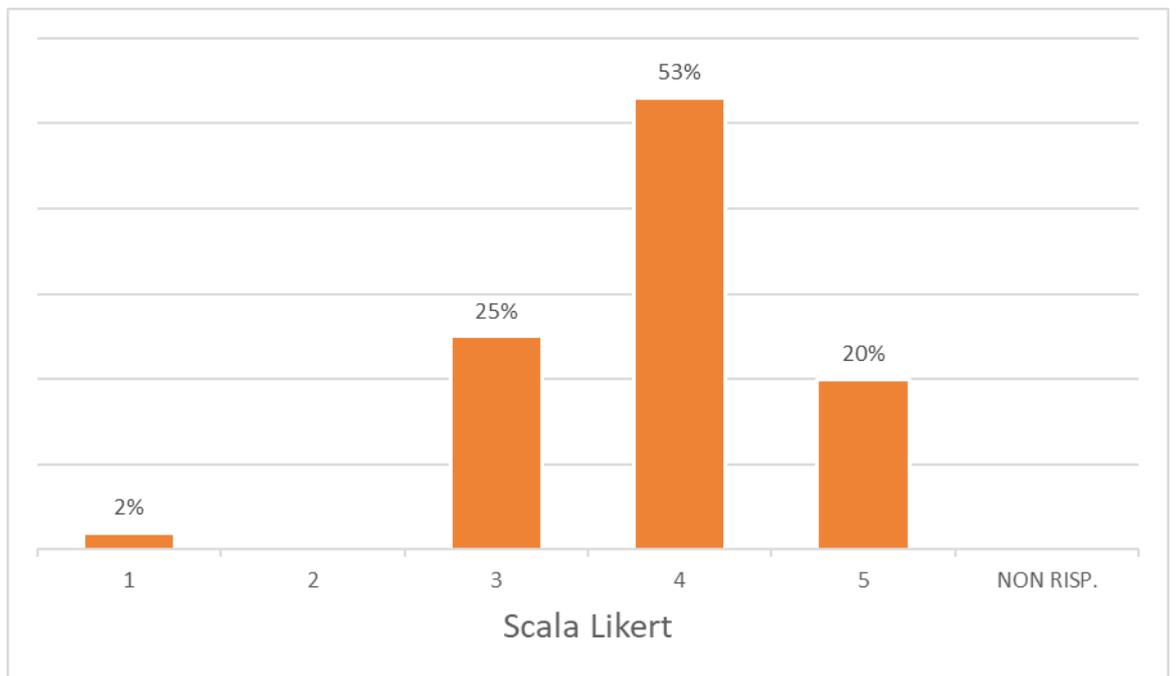
**“Conduco la conversazione gestendo gli argomenti di cui trattare”**

*Grafico 17*



**“Durante una conversazione con gli amici, sono in grado di cogliere non solo ciò che dicono ma anche quello che non dicono”**

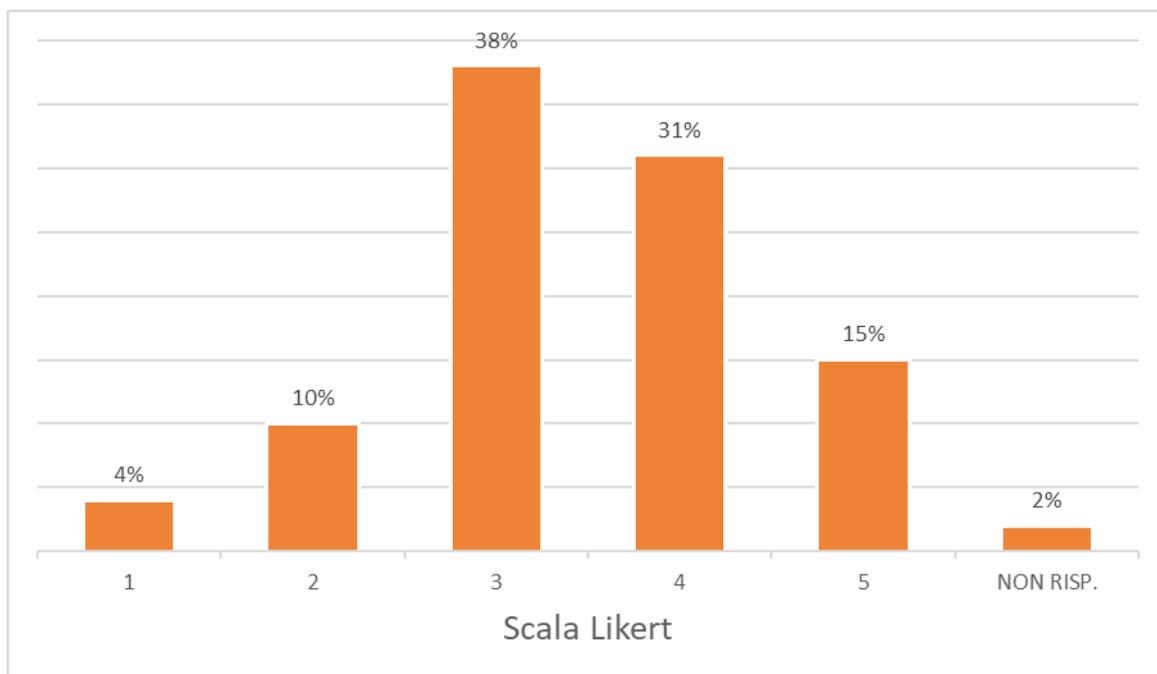
*Grafico 18*



Il 53% degli studenti afferma che *spesso* interagisce in questo modo, il 25% *a volte*, il restante 20% *quasi sempre* è in grado di riconoscere gli elementi paraverbali e non verbali della comunicazione. Il linguaggio inviato con la espressività corporea, con la gestualità giunge prima e in maniera più intensa all'interlocutore. Risulta così fondamentale carpire questi elementi comunicativi per rendere la comunicazione più efficace.

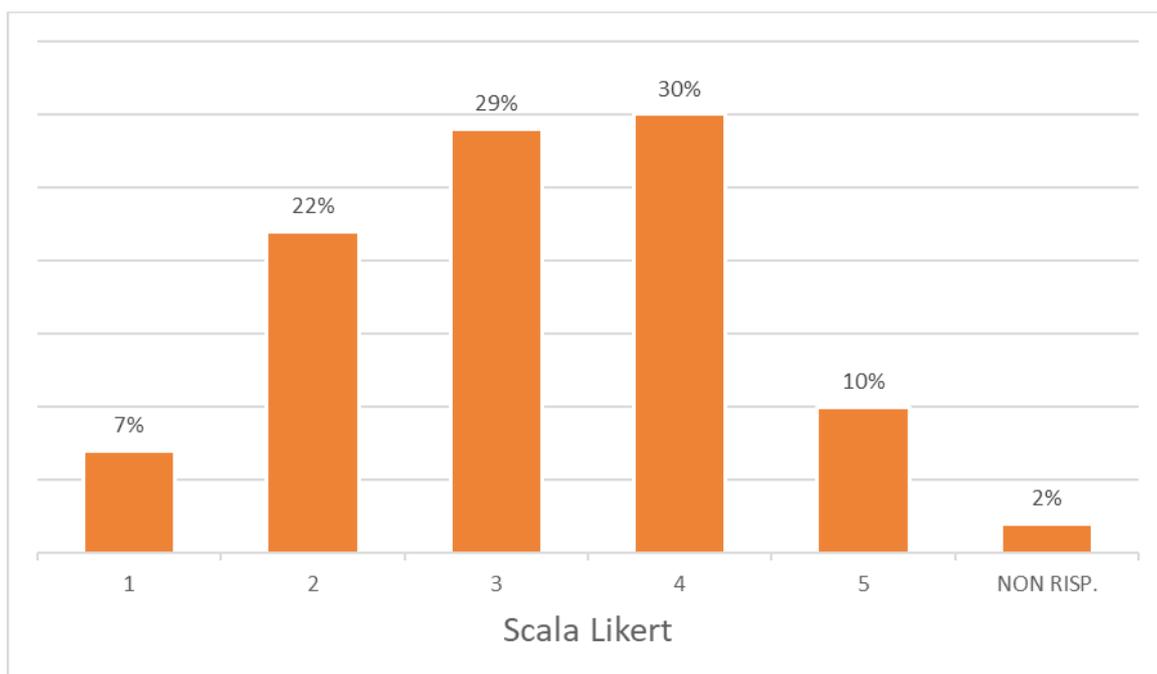
### **“I miei amici capiscono quando sono felice o triste”**

*Grafico 19*



**“Ho difficoltà nel trovare le giuste parole per esprimermi”**

Grafico 20

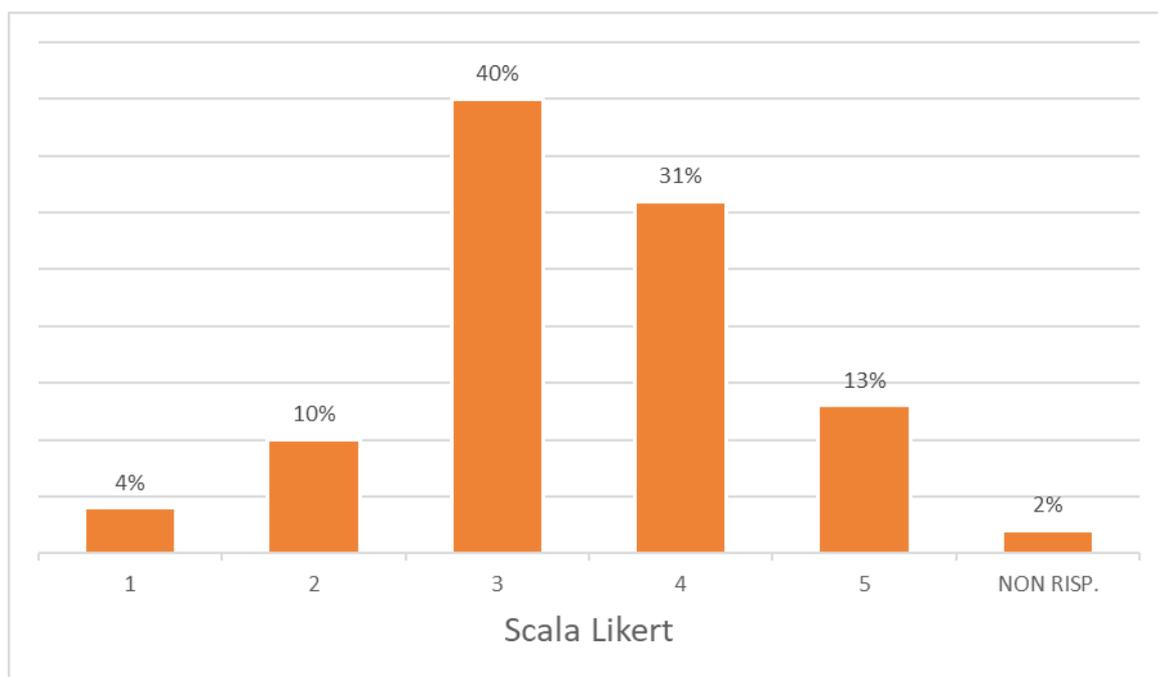


Il 30% degli studenti afferma che *spesso* trova difficoltà nell’esprimersi, il 29% *a volte*, il 22% *raramente* e il restante 7% *quasi mai*. Non è stata raggiunta la maggioranza in nessun valore della scala ma ci si può soffermare sul valore 4

che ha ottenuto il 30% delle preferenze, una possibile interpretazione può essere legata alla giovane età degli studenti per un 89% compresa nella fascia d'età tra i 20-30 anni in cui vi è sicuramente ancora inesperienza e immaturità professionale nel saper condurre conversazioni fluide e scorrevoli sia nell'approccio con i pazienti e sia nell'interazione con altre figure professionali.

### **“Mi esprimo bene verbalmente”**

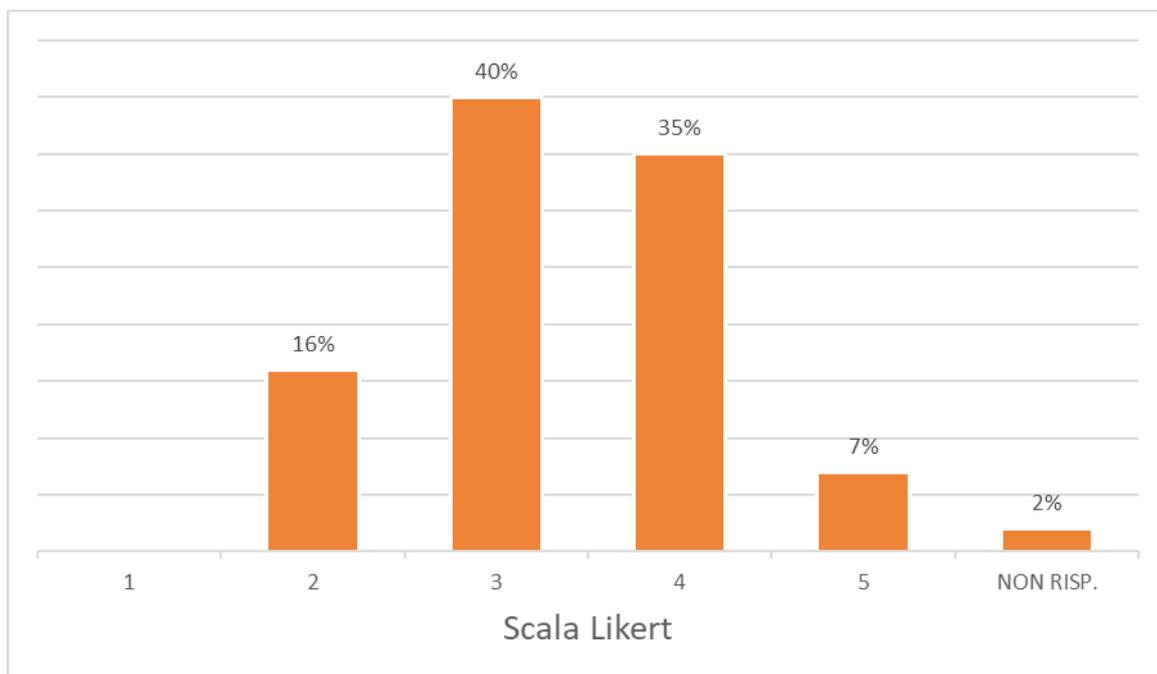
Grafico 21



Il 40% degli studenti afferma che *a volte* si esprime bene verbalmente, il 31% *spesso* e solo il 10% *quasi sempre*, e agli antipodi il 10% *raramente*. Affermazione complementare all'item 20,rispetto all'andamento delle risposte si può affermare che gli studenti non sempre si sentono sicuri e pronti nell'affrontare conversazioni nell'ambito professionale.

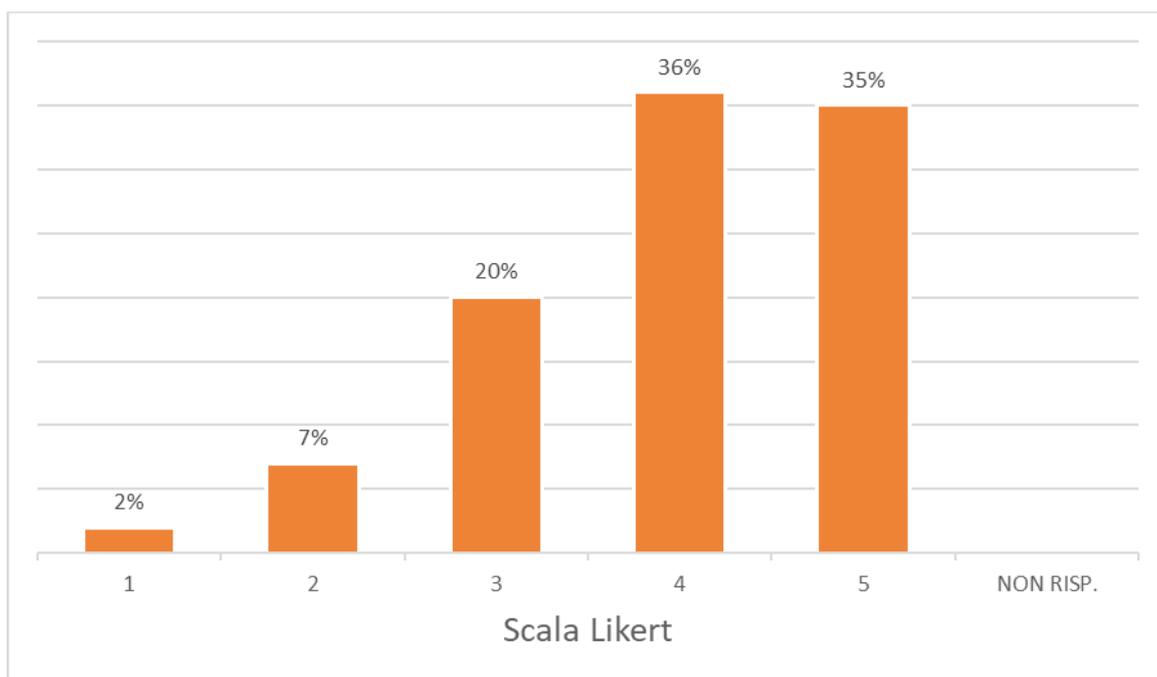
### **“La mia comunicazione è di solito descrittiva, non critica”**

Grafico 22



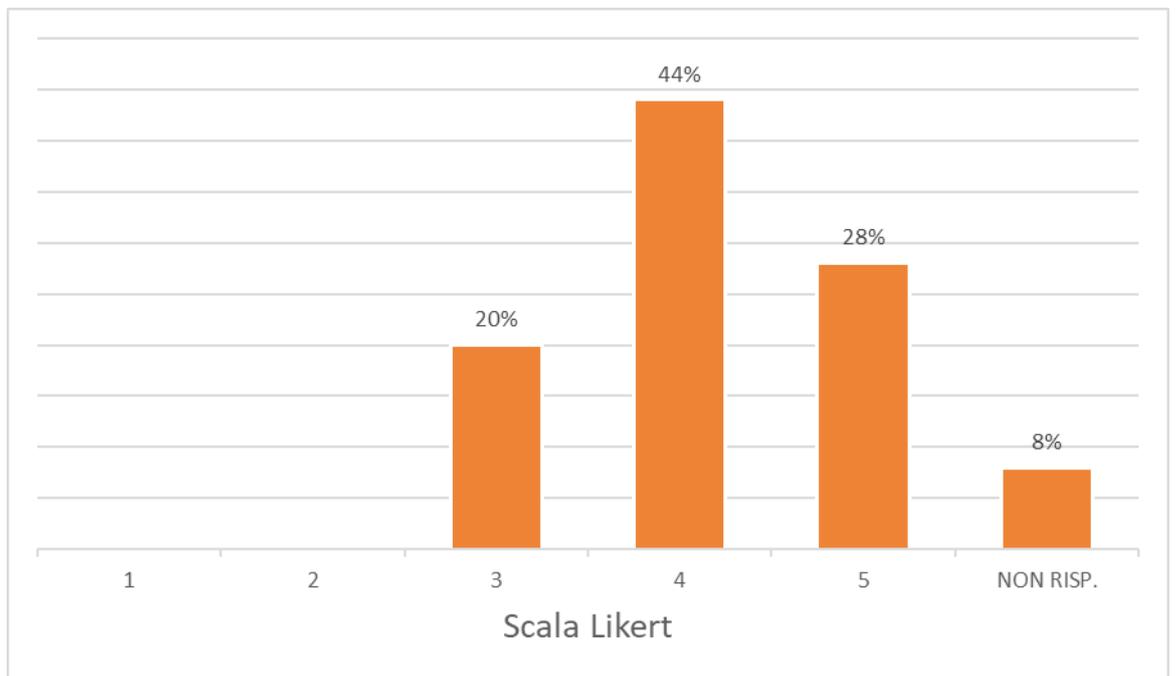
**“Comunico con gli altri senza sentirmi inferiore o superiore”**

*Grafico 23*



**“Gli altri mi descriverebbero come una persona cordiale”**

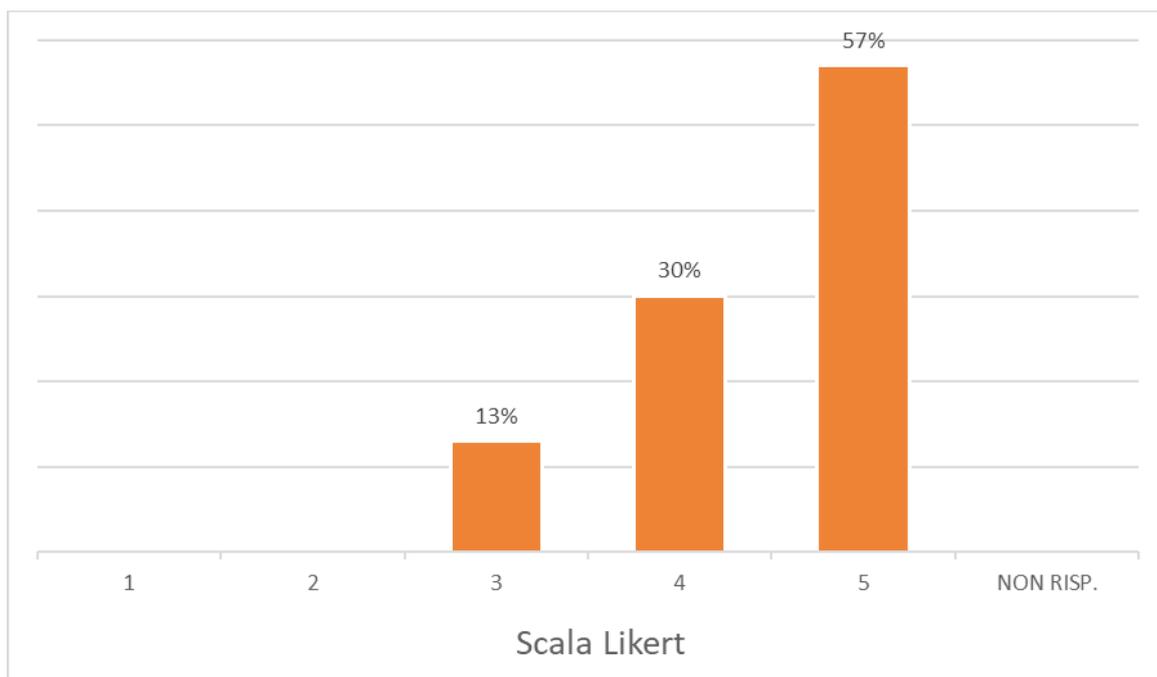
*Grafico 24*



Il 44% del campione riporta che *spesso* gli altri lo descriverebbero come una persona cordiale, il 20% *a volte*, il 28% *quasi sempre*. L'8% non ha espresso preferenze. Confrontando l'andamento delle risposte si può dedurre che gli studenti sentono di avere una buona condotta e un atteggiamento di accoglienza e apertura verso i loro assistiti o colleghi e probabilmente hanno ricevuto un feedback positivo da loro

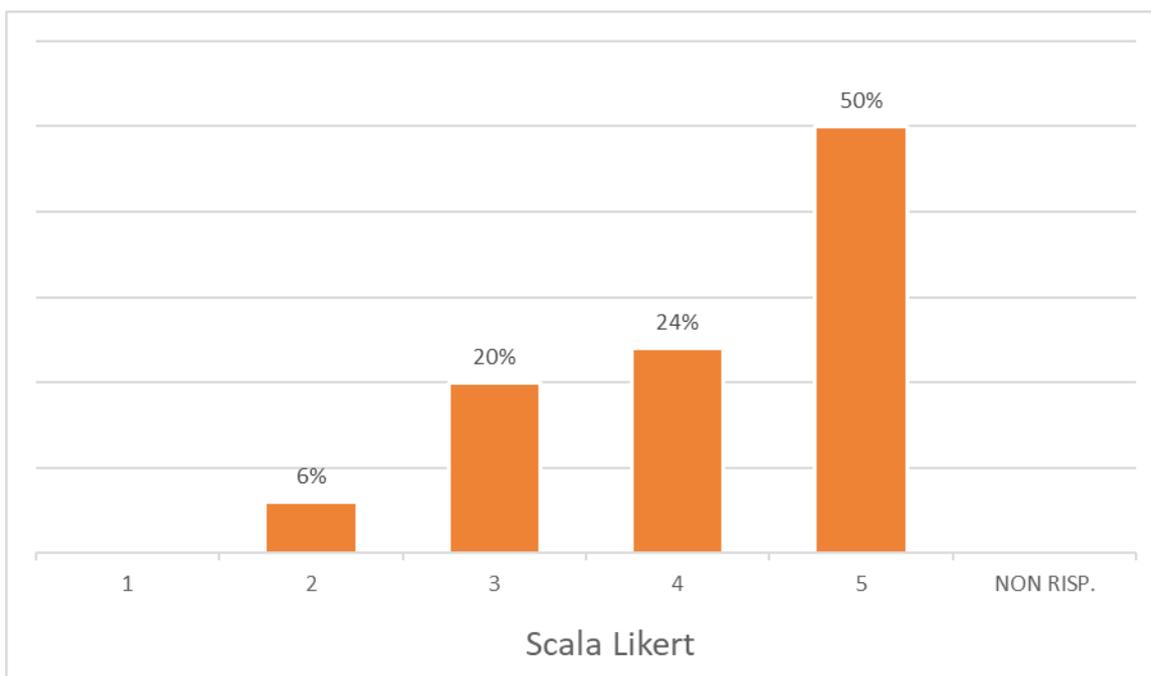
**“I miei amici credono sinceramente che io tenga a loro”**

Grafico 25



**“Cerco di guardare gli altri negli occhi quando parlo con loro”**

Grafico26

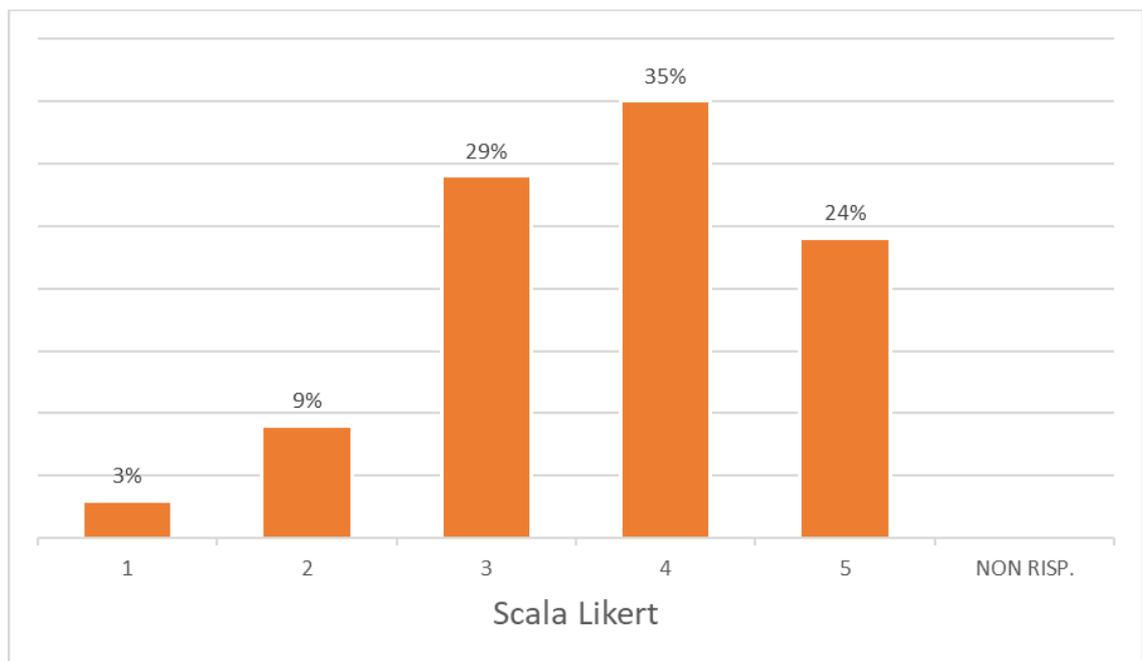


Il 50% degli studenti riporta di aver *quasi sempre* questo atteggiamento, il 24% *spesso*, il 20% *a volte* e solo il 5% *raramente*. E' un riscontro fortemente positivo

poiché questo tipo di attitudine infonde sicurezza e fiducia ai pazienti che si sentono in quel momento ascoltati e al centro della conversazione se guardati negli occhi e connota l'operatore sanitario di professionalità e capacità di accoglienza.

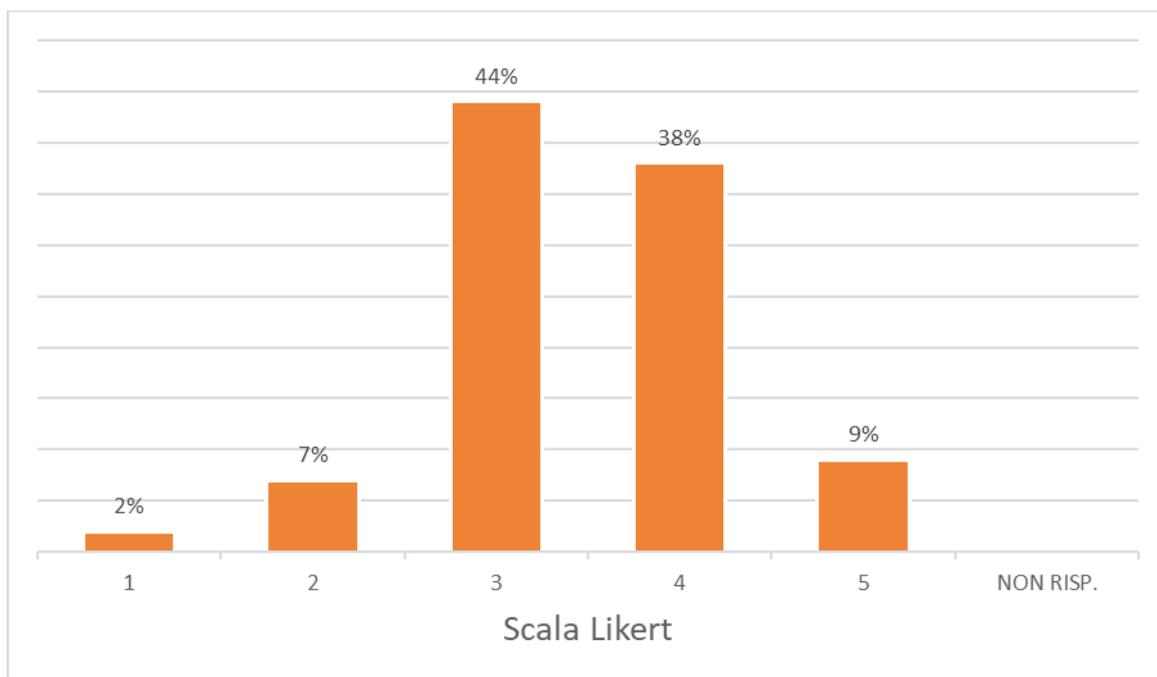
### **“Confido alle persone quanto sono legato a loro”**

*Grafico 27*



### **“Raggiungo i miei obiettivi comunicativi”**

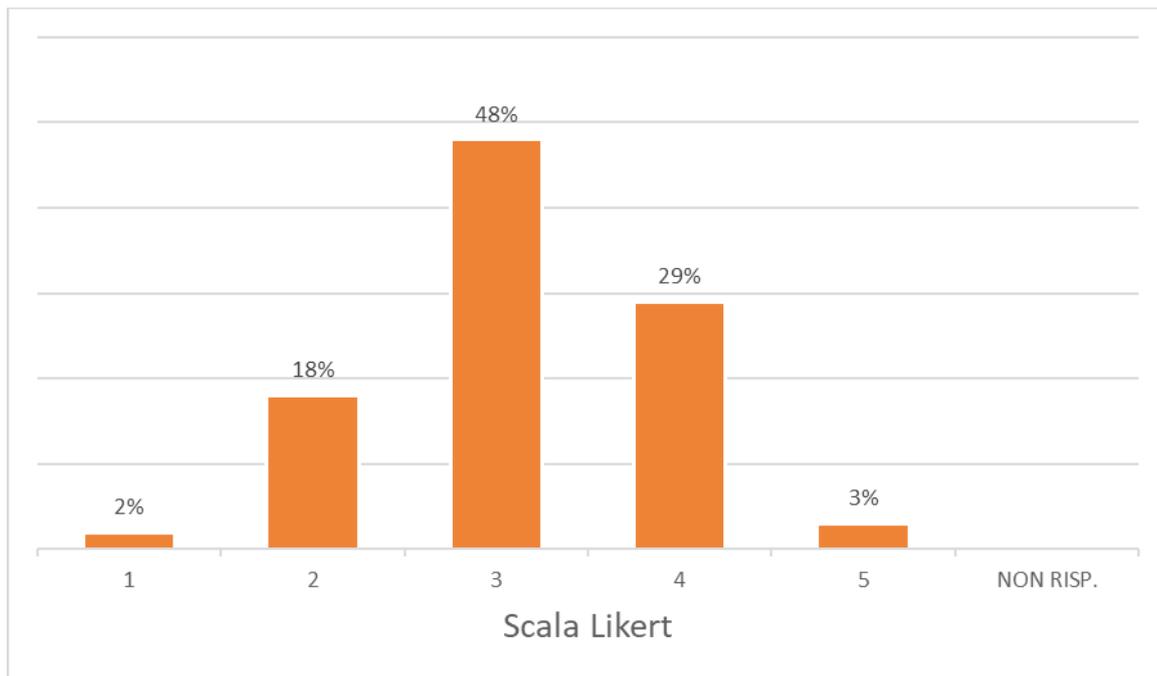
Grafico 28



Il 44% degli studenti afferma che *a volte* raggiunge i suoi obiettivi comunicativi, il 38% *spesso*, il 9% *quasi sempre*, il 7% *raramente*. Non è facile per gli studenti verificare e portare a termine gli obiettivi comunicativi con i propri assistiti poiché spesso mancano le competenze, è un processo lungo che richiede esperienza e formazione adeguata.

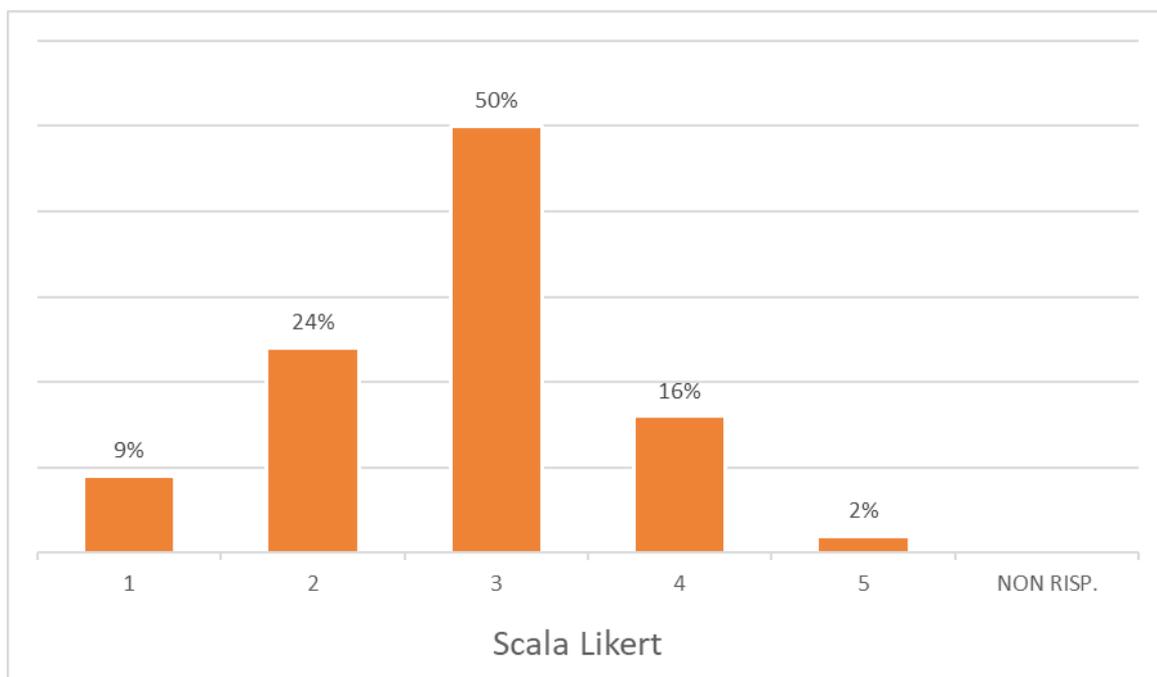
**“Riesco a persuadere gli altri della mia opinione”**

Grafico 29



**“Ho problemi a convincere gli altri a fare quello che vorrei che loro facessero”**

Grafico 30



Il 50% degli studenti ha riportato di avere *a volte* problemi a convincere gli altri a fare quello che loro vorrebbero facessero, il 24% *raramente*, il 16% *spesso*, il 9% *quasi mai*. Questo item è strettamente collegato al numero 28. Per uno studente non è semplice ottenere la compliance del paziente e raggiungere i propri obiettivi comunicativi proprio perché manca di esperienza e preparazione per far aderire il l'assistito al piano terapeutico.

## 4.2 RISULTATI QUESTIONARI GUIDE DI TIROCINIO

I questionari per le Guide di tirocinio sono stati realizzati tramite l'applicazione Google moduli e inviati tramite mail. Si è optato per questa strategia per ovviare alle restrizioni ministeriali legate alla pandemia da Sars-cov2 nei mesi di Aprile-Maggio 2021. Sono stati inviati 88 questionari per quante sono le Guide di tirocinio della rete formativa di riferimento (Area Vasta 1 e AORMN). Si è registrato un response rate del 51% ovvero pari a 45 questionari correttamente compilati.

E' stato chiesto ai partecipanti di contestualizzare gli item nella propria realtà professionale e quindi di rispondere pensando ad uno sfondo clinico-assistenziale.

Si è creato un foglio di lavoro Excel per il calcolo delle percentuali e per la realizzazione di istogrammi.

Il campione è stato stratificato per genere e per età.

Figura C

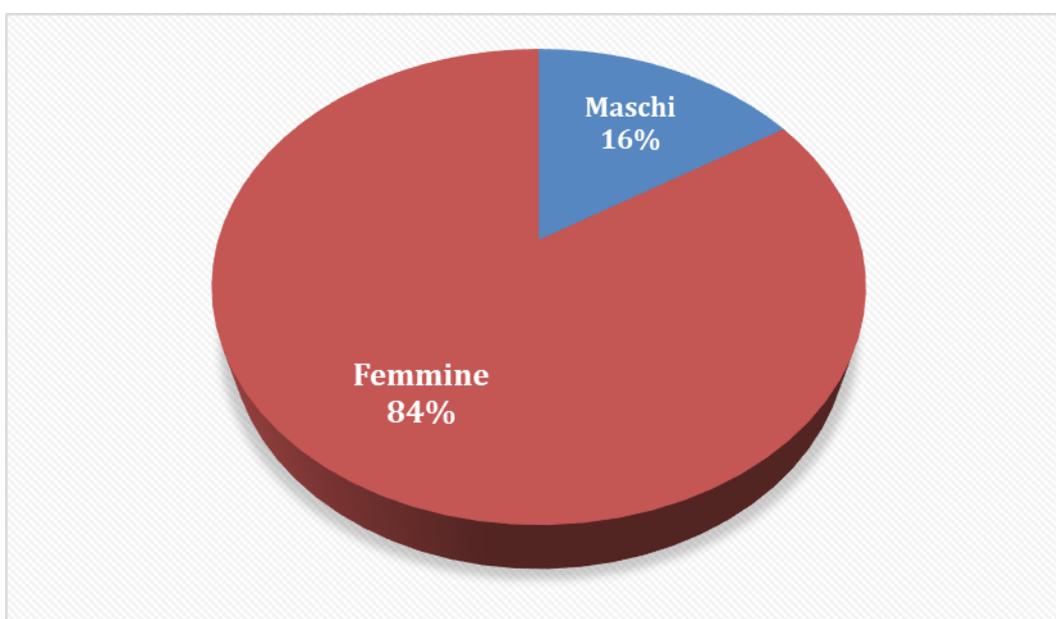
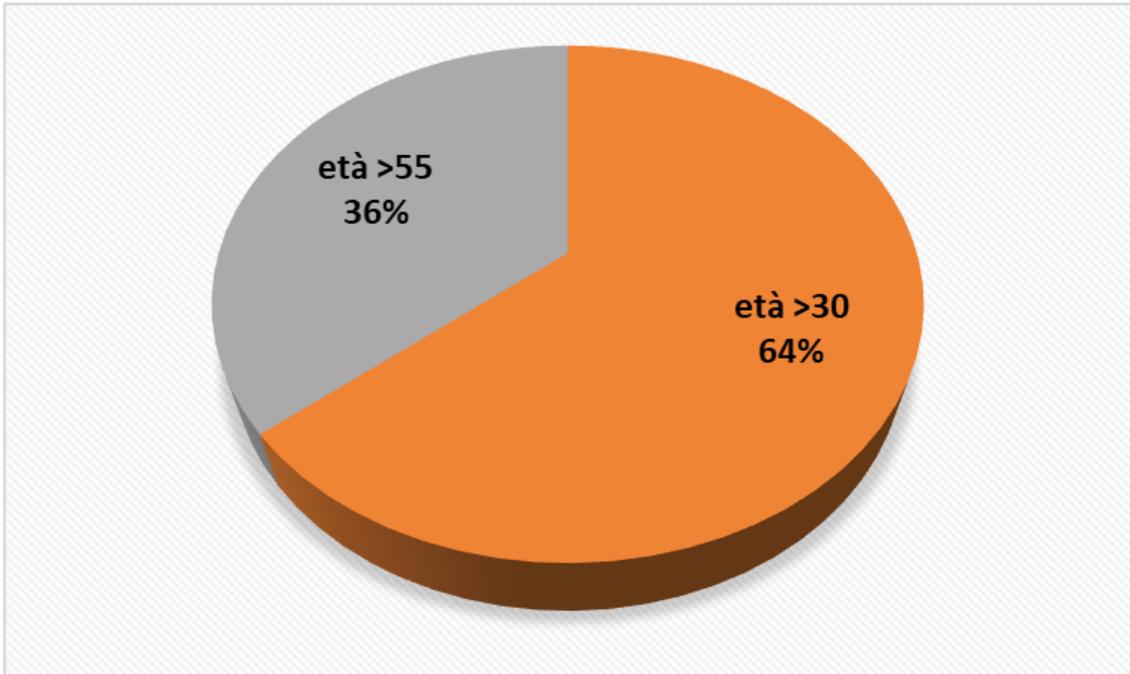
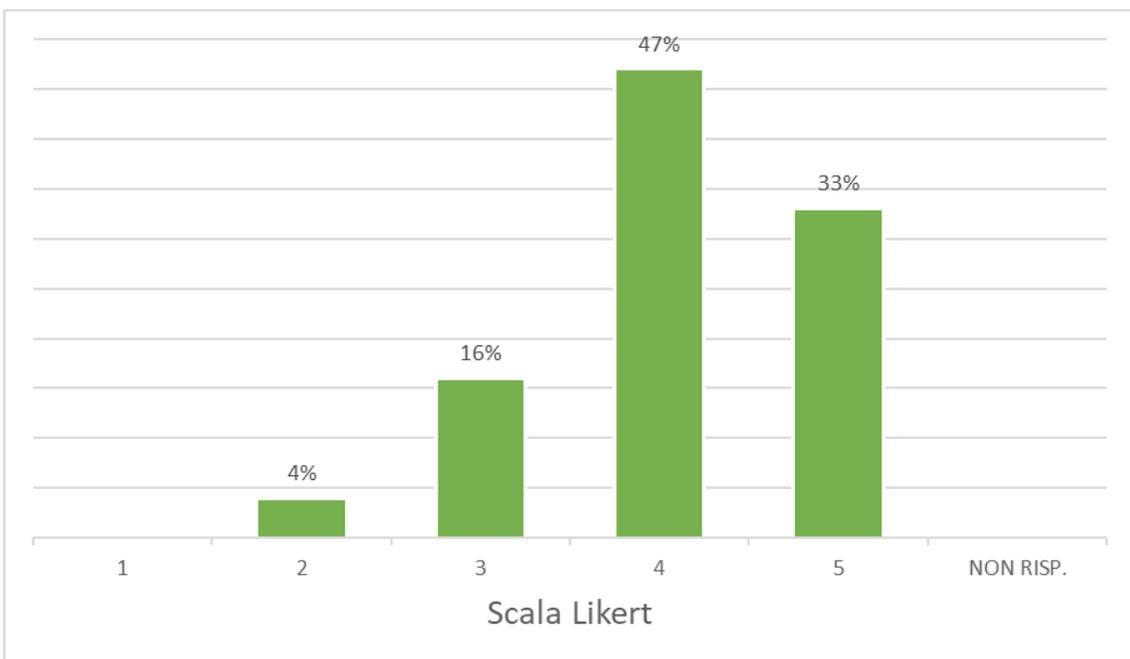


Figura D



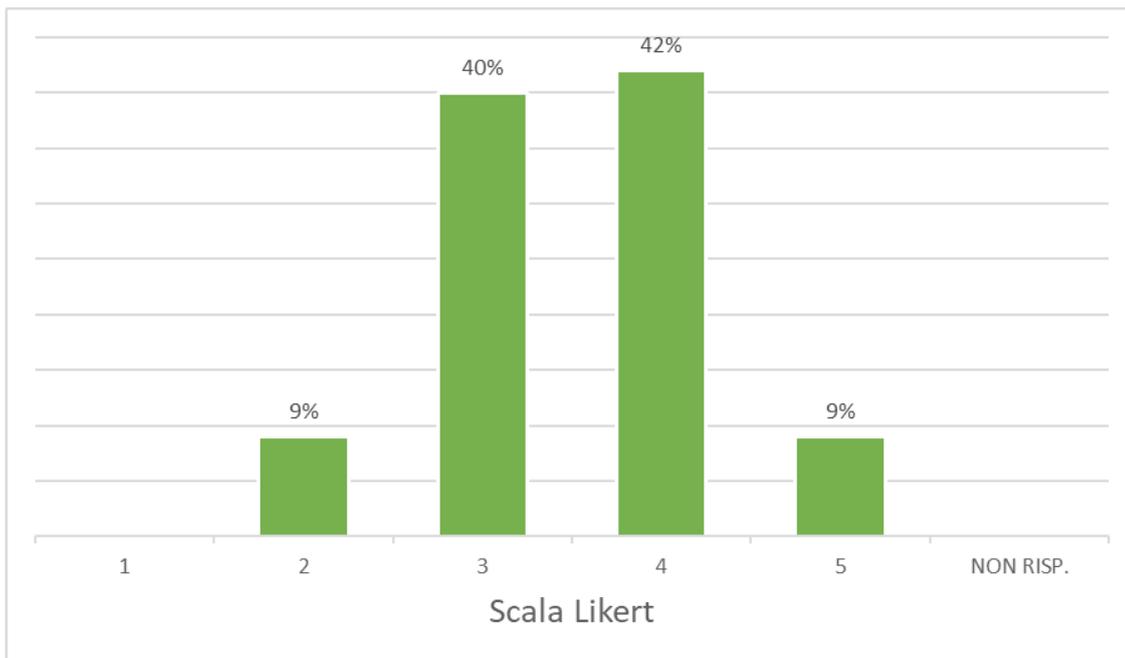
**“Lascio che gli amici vedano chi sono veramente”**

Grafico 31



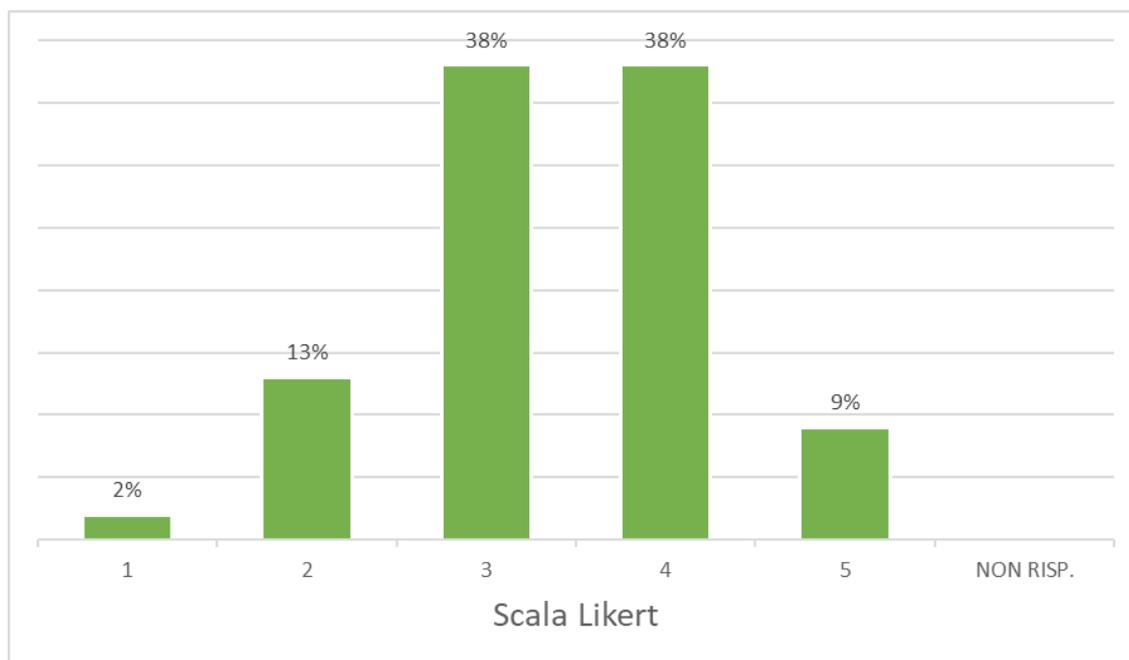
### “Le altre persone capiscono ciò che sto pensando”

Grafico 32



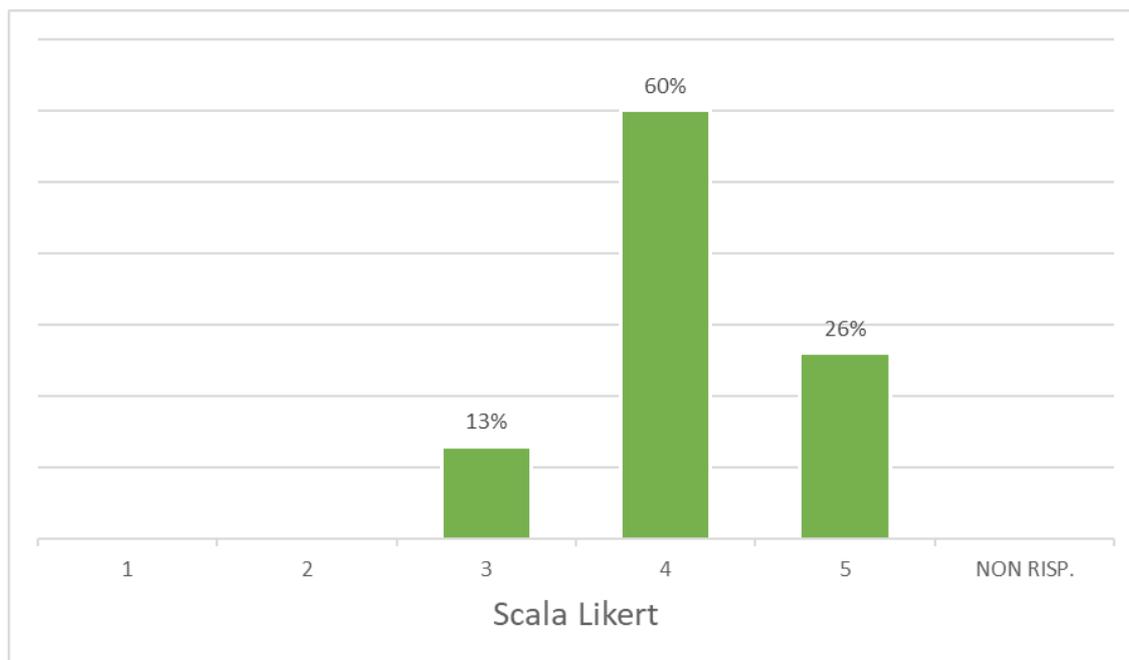
### “Mostro agli altri come mi sento”

Grafico 33



## “Riesco a mettermi nei panni degli altri”

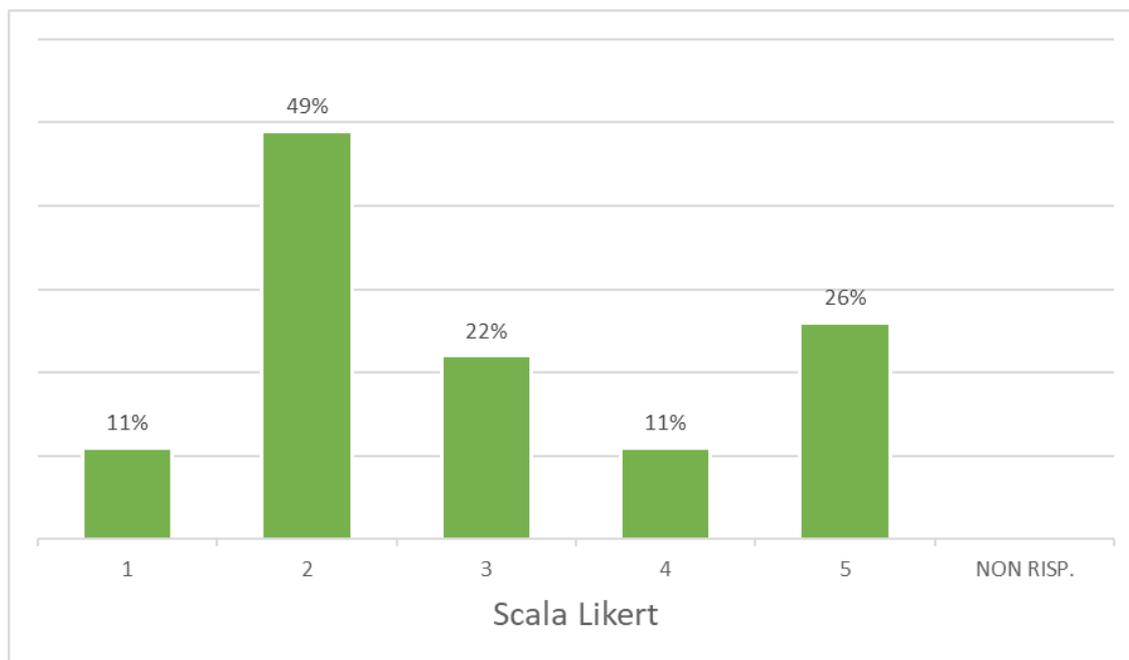
Grafico 34



Il 60% del campione riferisce di avere *spesso* un atteggiamento empatico nei confronti degli altri (pazienti, care givers, colleghi), il 27% quasi sempre, il 13% *a volte*. Nessuna risposta per *raramente* e *quasi mai*. La maggior parte delle Guide di Tirocinio sono coordinatori con anni di esperienza clinica alle spalle per cui avevzi a gestire punti di vista diversi anche in vista del fatto che per il ruolo che rivestono è una condicio sine qua non.

## “Non riconosco accuratamente le emozioni altrui”

Grafico 35



Il 49% delle guide afferma che *raramente* non riconosce le emozioni altrui, il 22% *a volte* non assume questo atteggiamento, l'11% *spesso*, il 7% *quasi sempre*, il restante 11% al polo opposto risponde *quasi mai*. Anche per questo item simile al numero 4 le Guide dichiarano di aver un atteggiamento empatico in una percentuale che sfiora la maggioranza

## “Le altre persone pensano che io li capisca”

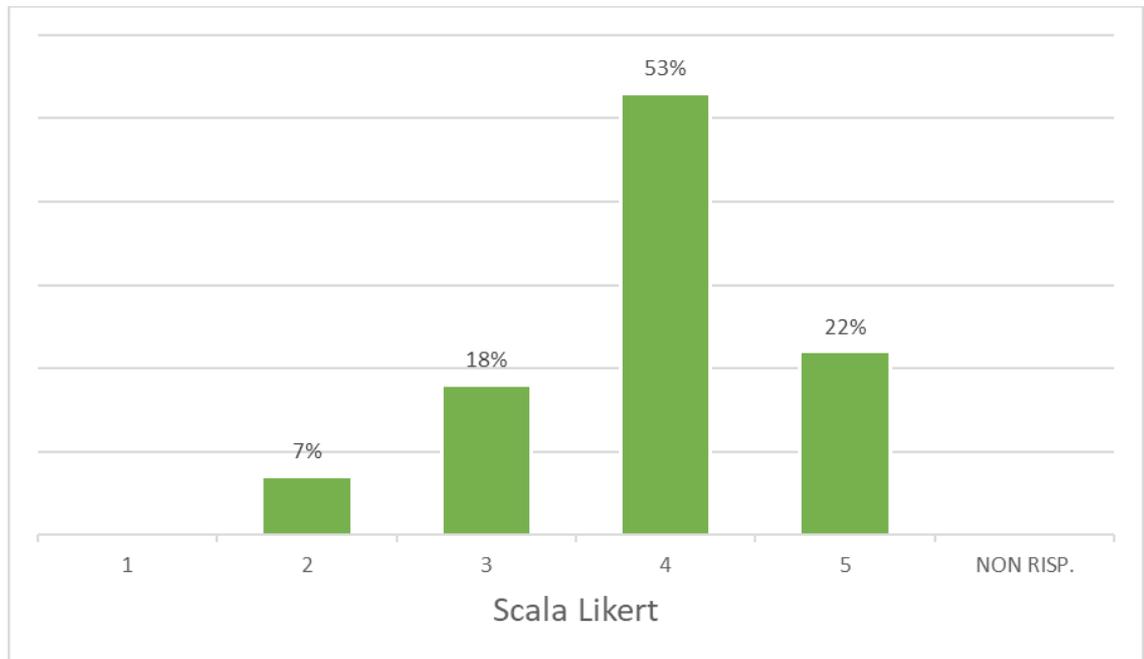
Grafico 36



Il 53% del campione afferma che *spesso* “le altre persone pensano che io li capisca”, il 36% *a volte*, l’11 % *quasi sempre*. Nessuna risposta per *raramente* e *quasi mai*. Una percezione sicuramente ottimistica da parte delle Guide che probabilmente hanno feedback positivi da parte dei colleghi e degli assistiti. Comprendere gli altri e trasmettere questo sentimento di apertura e ascolto è un requisito fondamentale della professione ancor più se si riveste la funzione di coordinatore.

## “Mi sento a mio agio nei contesti sociali”

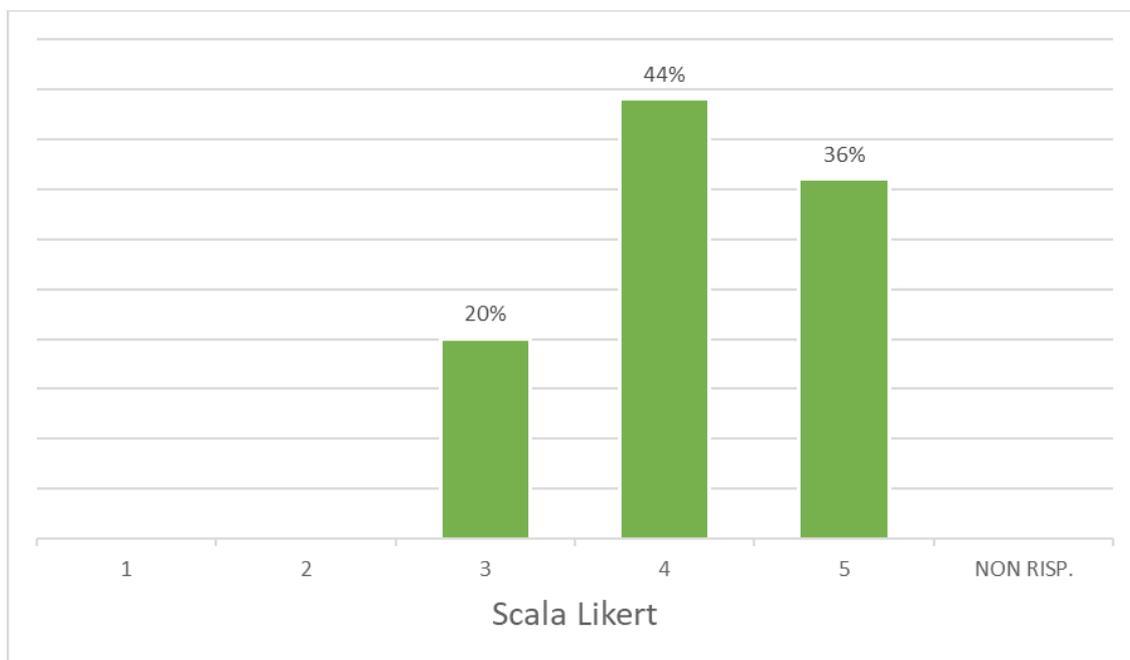
Grafico 37



Il 53% del campione afferma che *spesso* si sente a proprio agio nei contesti sociali, il 22% *quasi sempre*, il 18% *a volte*, il restante 7% *raramente*. L'andamento delle risposte senza dubbio riflette il ruolo di coordinatori che rivestono le Guide di tirocinio, abituate quindi a collaborare e a confrontarsi con vari professionisti sanitari. Inoltre il 63% del campione ha un'età maggiore di 30 anni e quindi ha almeno una decade di esperienza sul campo.

## “Mi sento rilassato in un gruppo di poche persone”

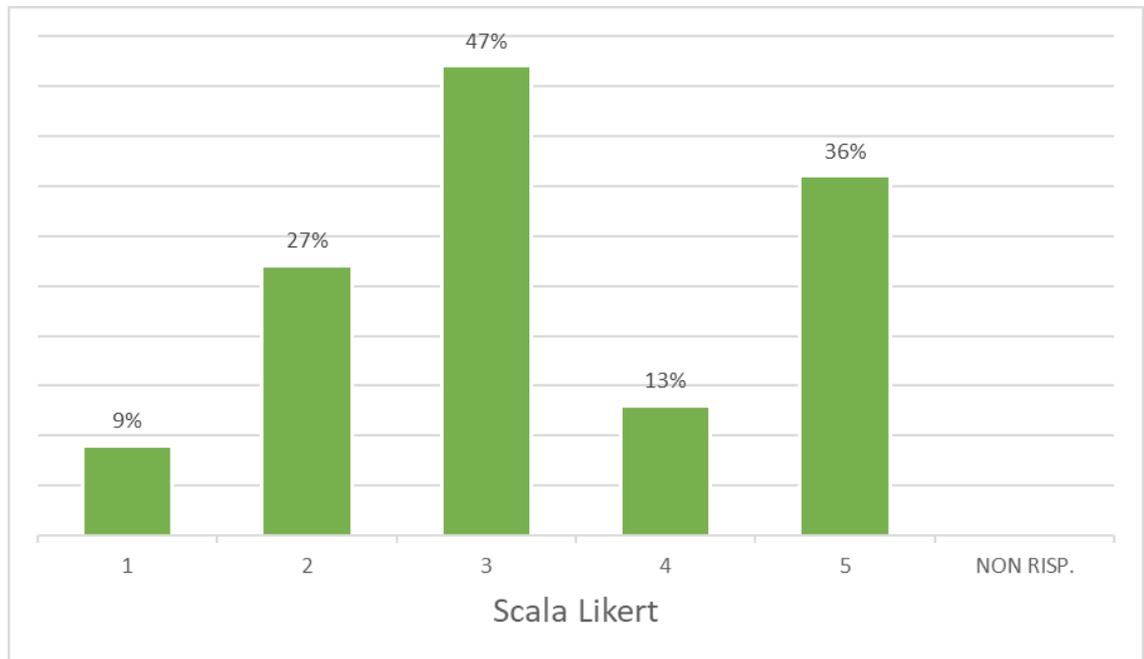
Grafico 38



Il 44% delle Guide afferma che *spesso* si sente rilassato in un gruppo di poche persone, il 36% *quasi sempre*, il 20% *a volte*, nessuna risposta per *raramente* e *quasi mai*. L'andamento delle risposte sembra contrastare le risposte dell'item precedente. In realtà gestire e coordinare un piccolo gruppo una piccola equipe ha sicuramente più vantaggi rispetto ai grandi numeri quindi è comprensibile che ci si orienti meglio all'interno di un contesto di poche persone specialmente se si tratta di un contesto lavorativo.

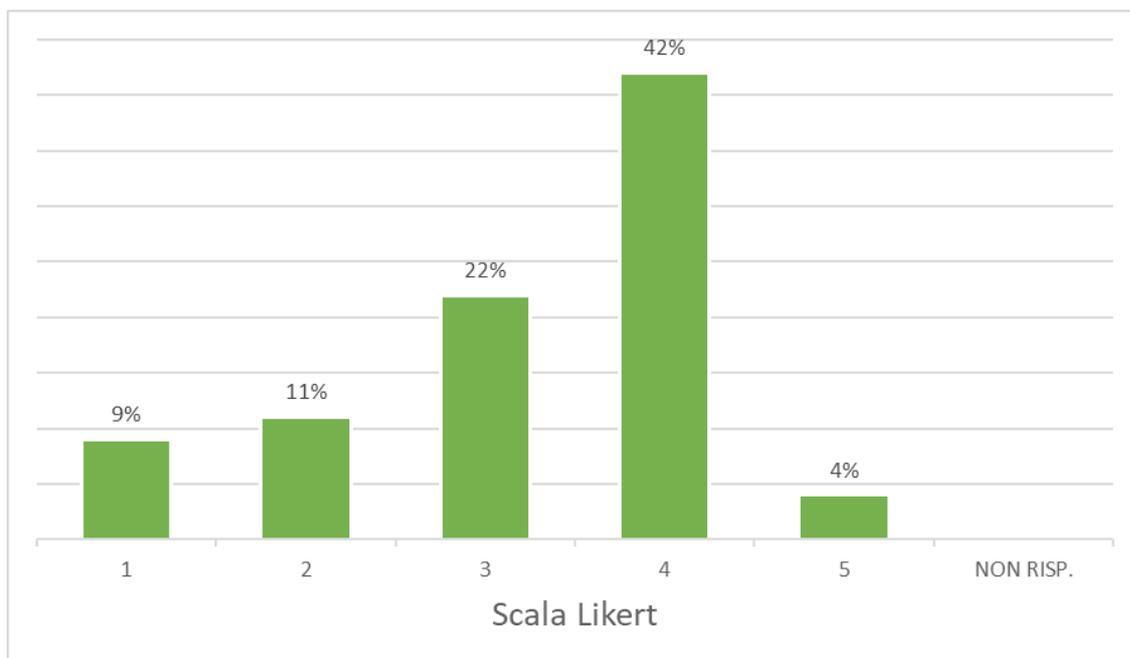
**“Mi sento insicuro in un gruppo di persone che non conosco”**

*Grafico 39*



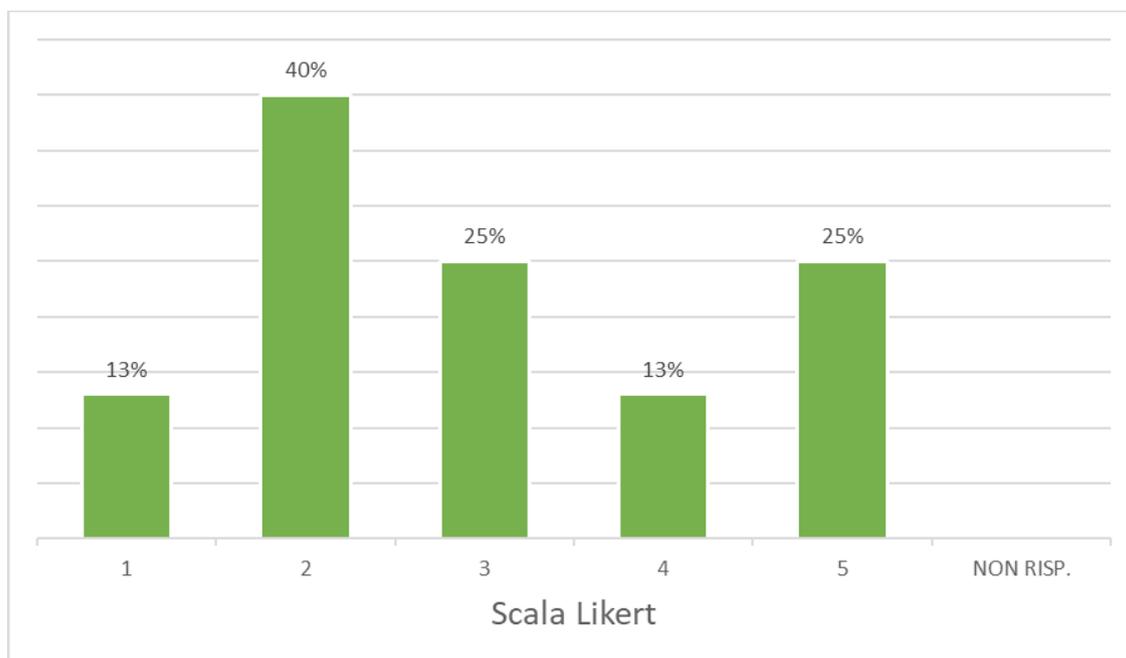
**“Quando subisco un torto affronto la persona che ne è l’artefice”**

*Grafico 40*



### “Ho problemi a farmi valere”

Grafico 41

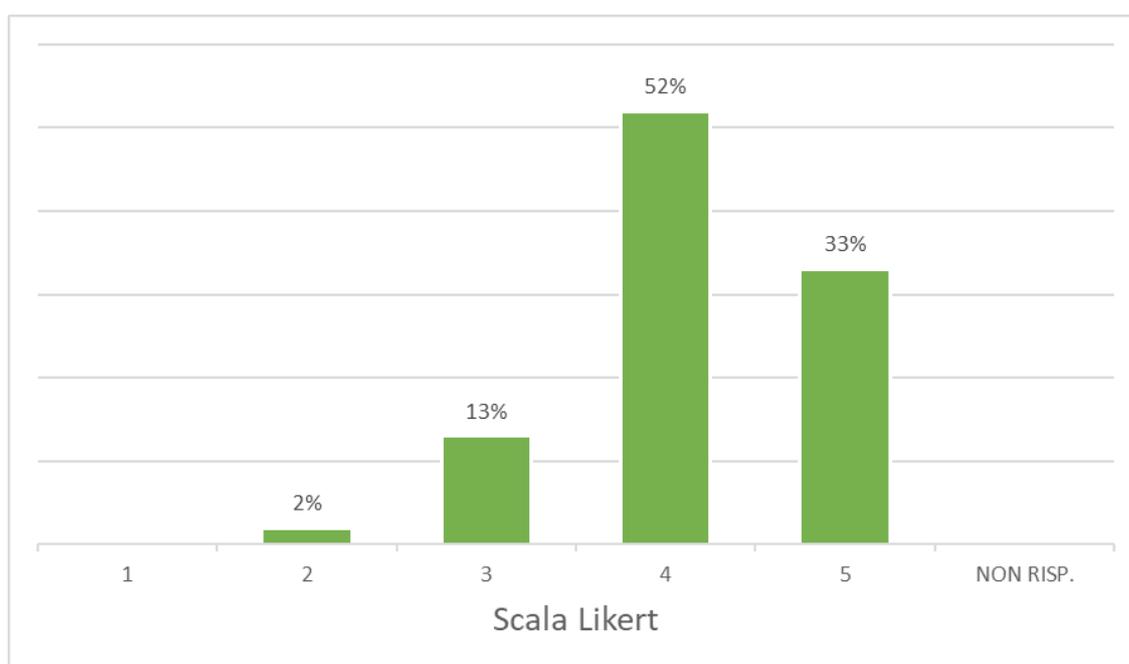


Il 40% delle Guide di tirocinio *raramente* ha problemi a farsi valere, il 25% *a volte*, il 13% *spesso*, il 13% *quasi mai*, il restante 9% *quasi sempre*. La moda per questo item è stata raggiunta dal valore 2 della scala Likert (*raramente*). Si può

interpretare questo risultato ancora una volta sulla base del ruolo di coordinatore che ricoprono le Guide ;un coordinatore si presuppone abbia spiccate capacità di leadership e di gestione dei conflitti.

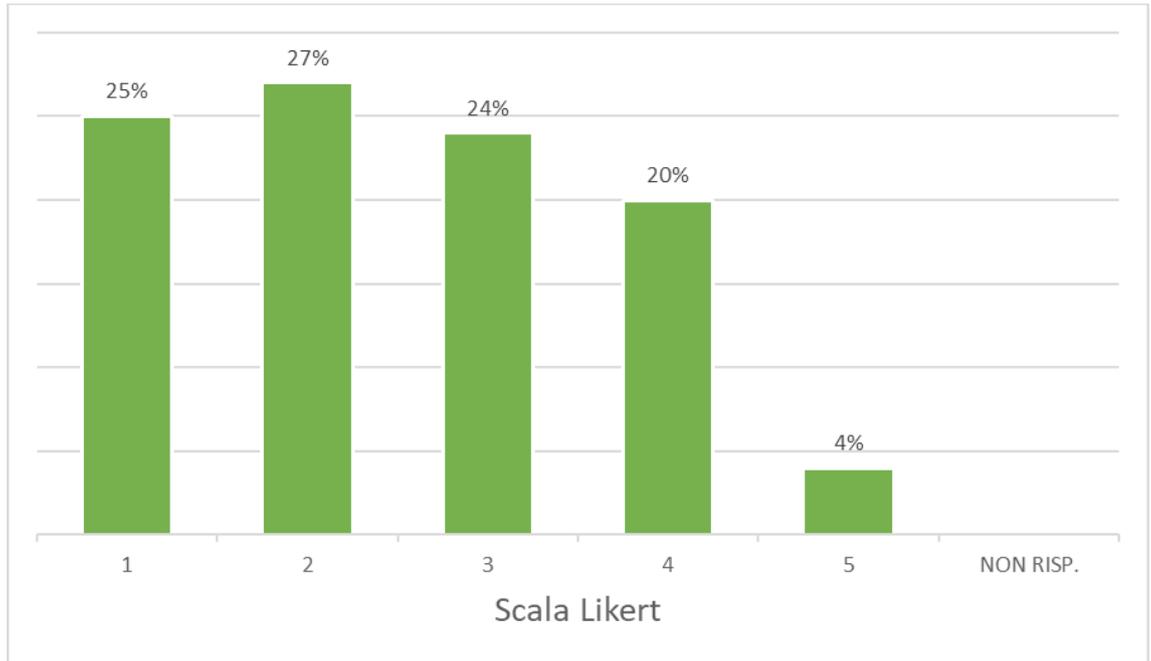
### **“Difendo i miei diritti”**

*Grafico 42*



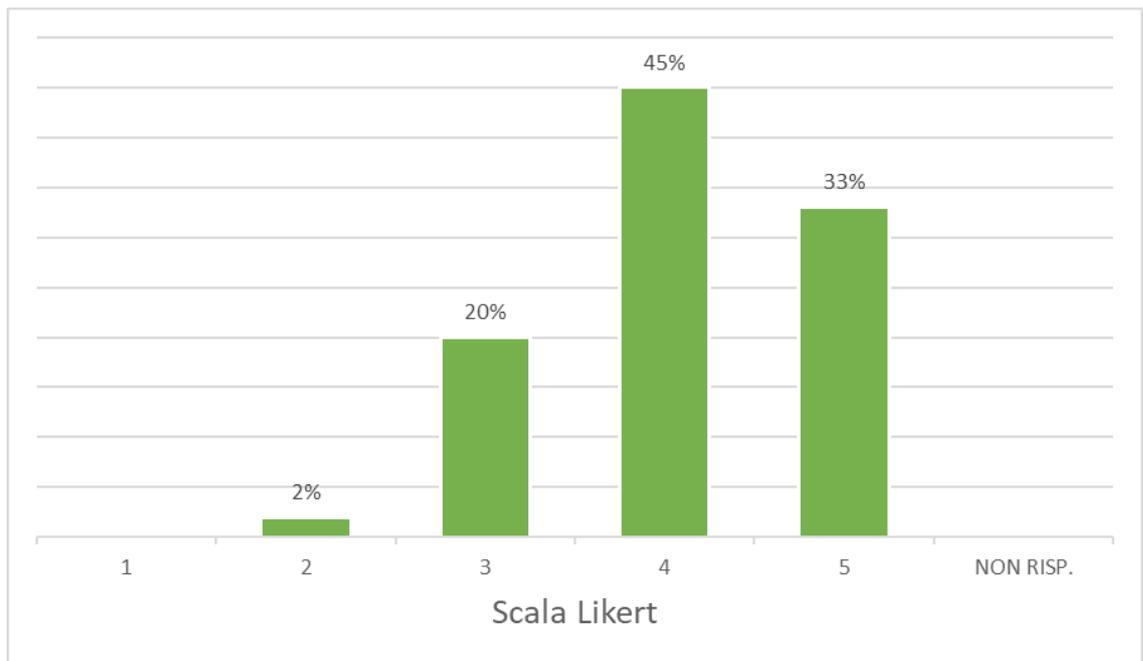
### **“Le mie conversazioni sono abbastanza unilaterali”**

Grafico 43



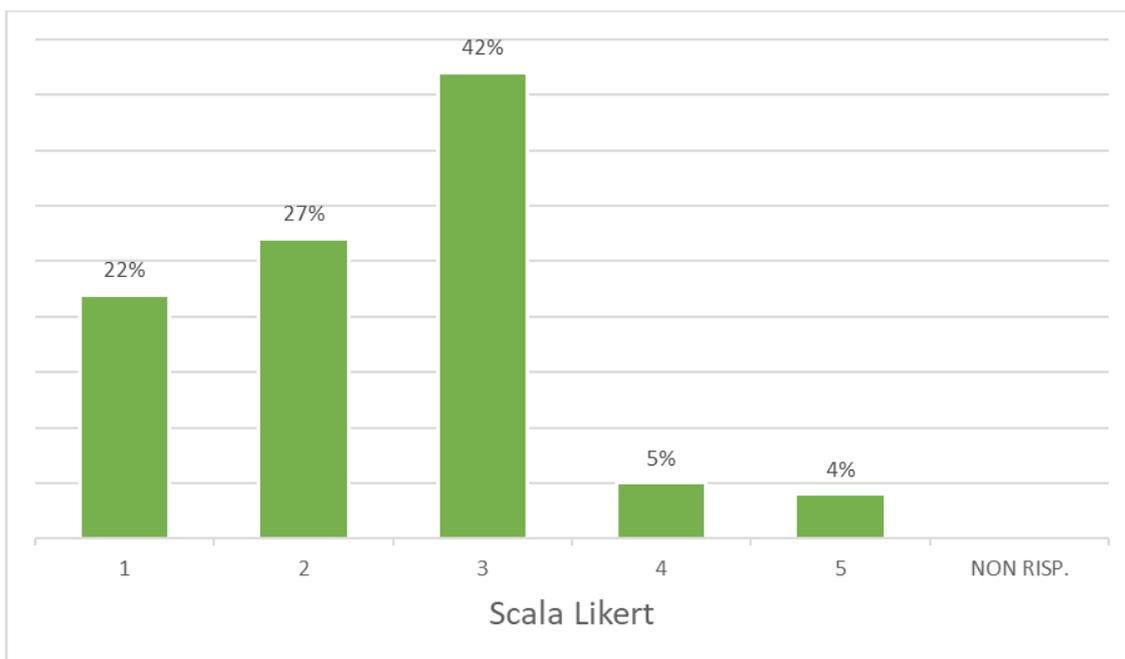
**“Faccio capire agli altri che ho compreso cosa hanno detto”**

Grafico 44



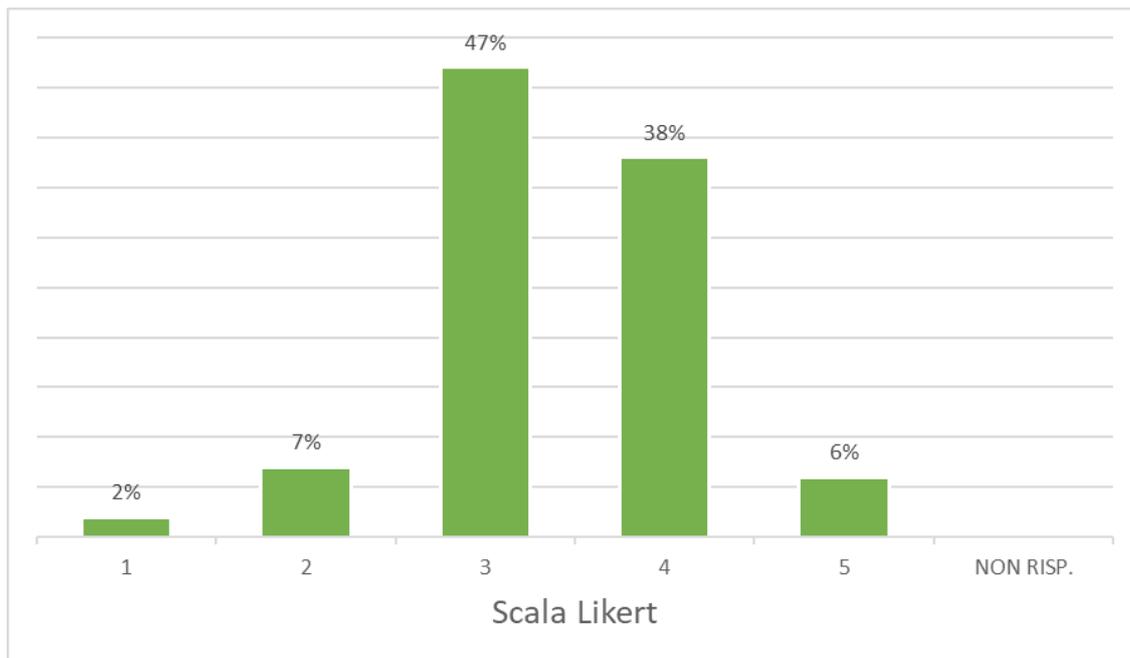
**“La mia mente divaga durante le conversazioni”**

Grafico 45



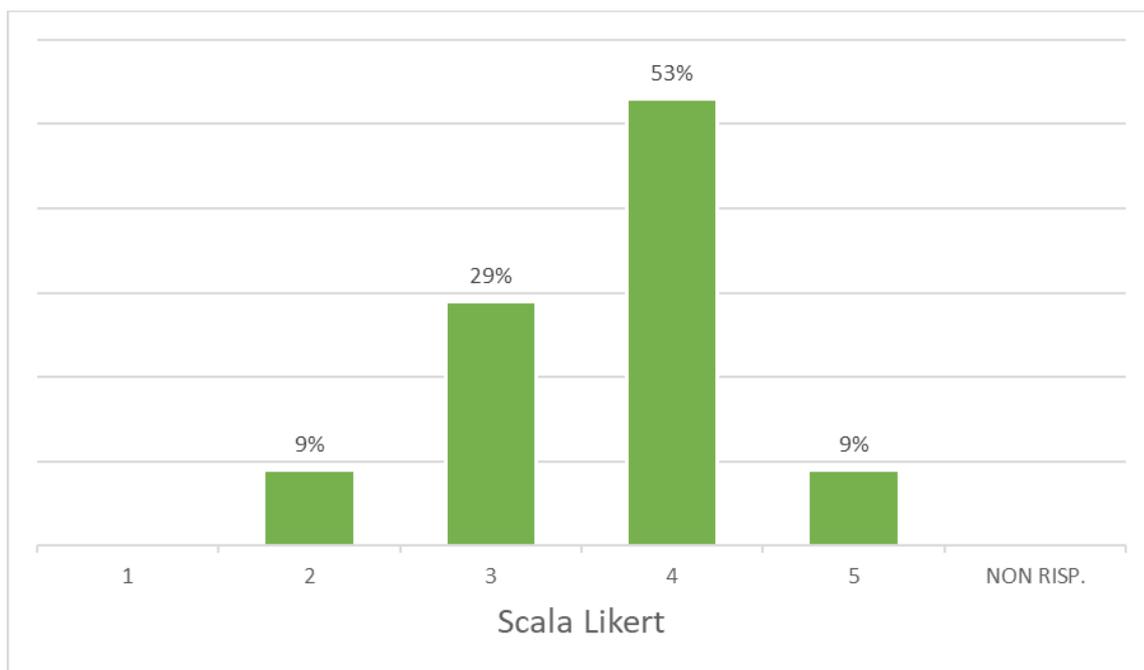
**“Durante una conversazione riesco a cambiare argomento in modo fluente”**

Grafico 46



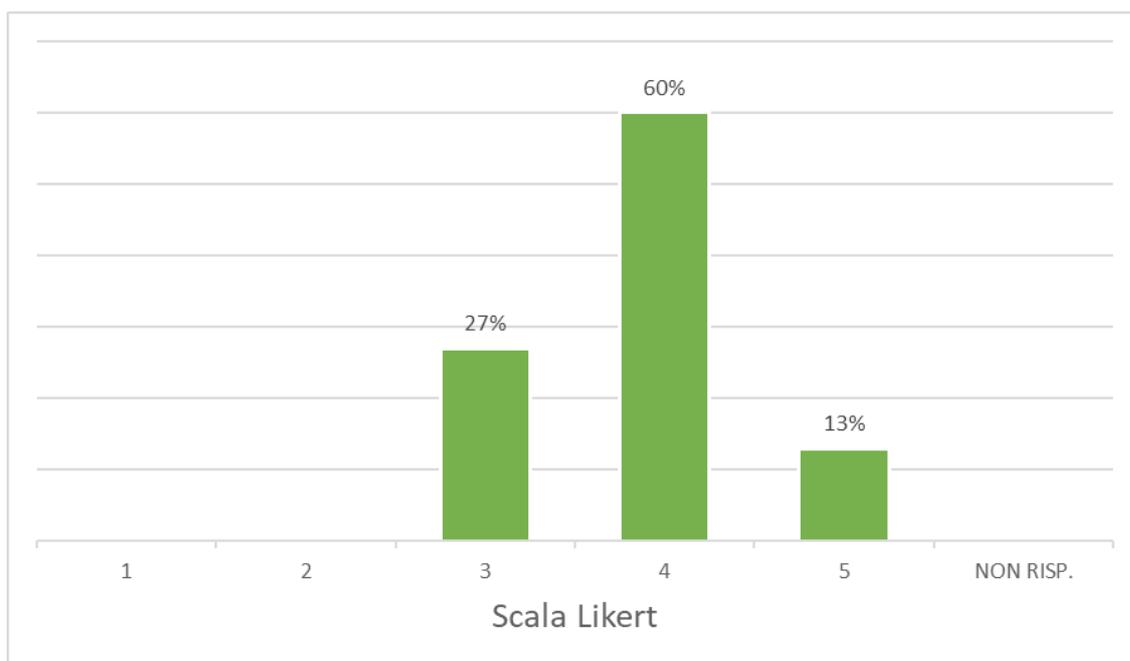
**“Conduco la conversazione gestendo gli argomenti di cui trattare”**

Grafico 47



**“Durante le conversazioni con gli amici ,sono in grado di cogliere non solo ciò che dicono ma anche quello che NON dicono”**

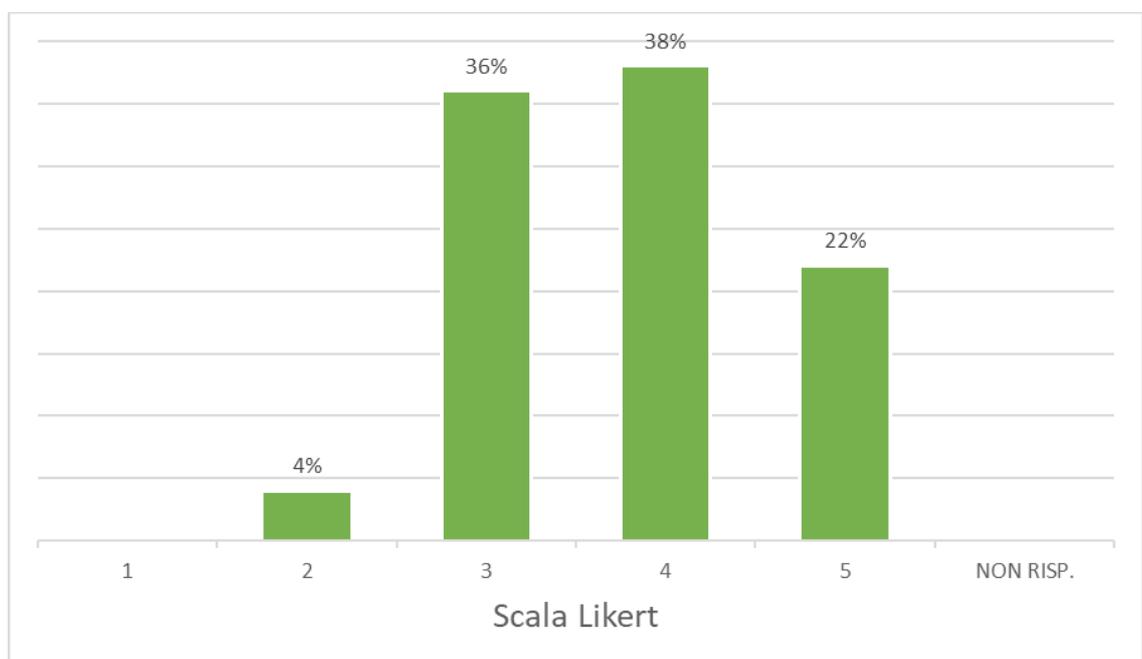
Grafico 48



Il 60% del campione risponde che *spesso* assume questo atteggiamento, il 13% *quasi sempre*, il 27% *a volte*. Saper cogliere gli elementi paraverbali e non verbali durante una conversazione è una peculiarità che ogni coordinatore dovrebbe possedere poiché grazie a questi elementi si può imparare a relazionarsi e a comprendere anche i soggetti più introversi che non spiccano all'interno del gruppo. E' innegabile inoltre che l'esperienza clinica adiuva nel cogliere il "NON detto" degli assistiti specialmente in quelli affetti da patologie psichiatriche.

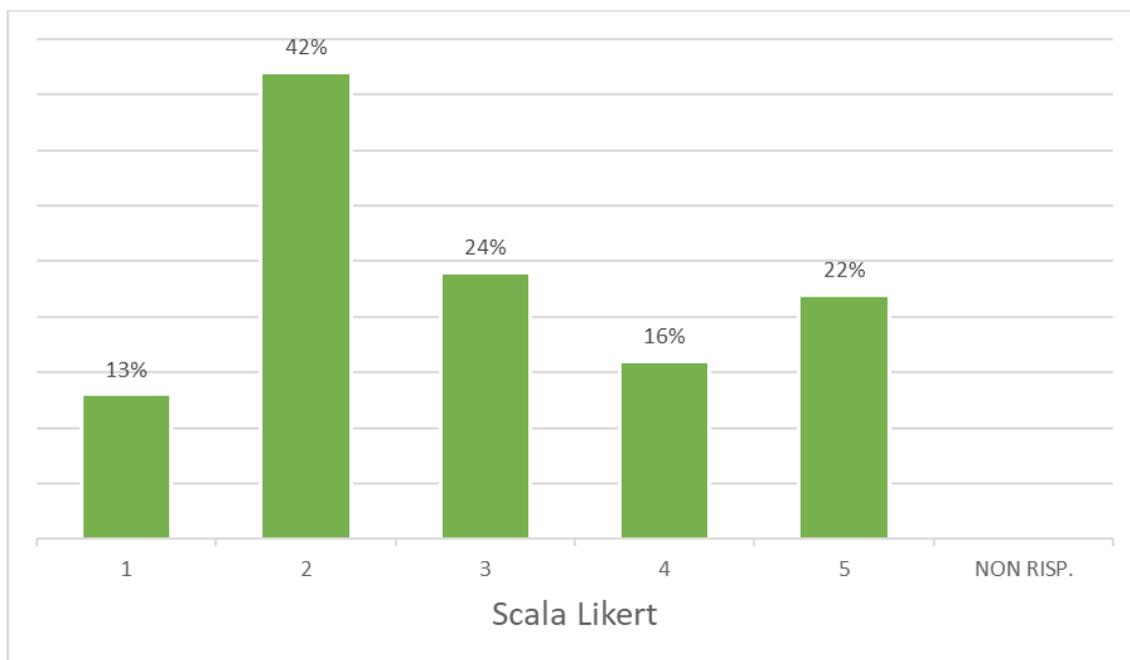
### **"I miei amici capiscono quando sono felice o triste"**

Grafico 49



## “Ho difficoltà a trovare le giuste parole per esprimermi”

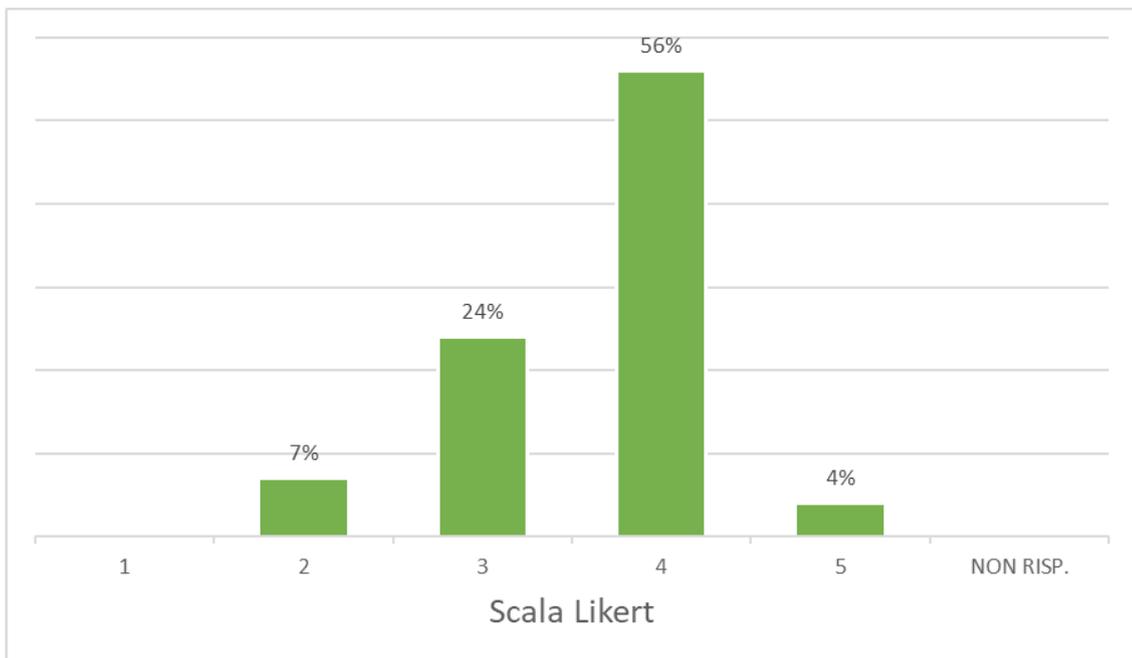
Grafico 50



Il 42% delle Guide afferma che *raramente* ha difficoltà nel trovare parole giuste per esprimersi, il 24% *a volte*, il 16% *spesso*, il 4% *quasi sempre* e agli antipodi il 13% *raramente*. La spiegazione dell'andamento delle risposte per questo item si può basare sul fatto che il campione preso in considerazione è costituito da infermieri con più anni di esperienza professionale, che riveste funzione e ruolo di coordinatore e quindi ha la capacità di destreggiarsi nelle reti delle relazioni interprofessionali.

## “Mi esprimo bene verbalmente”

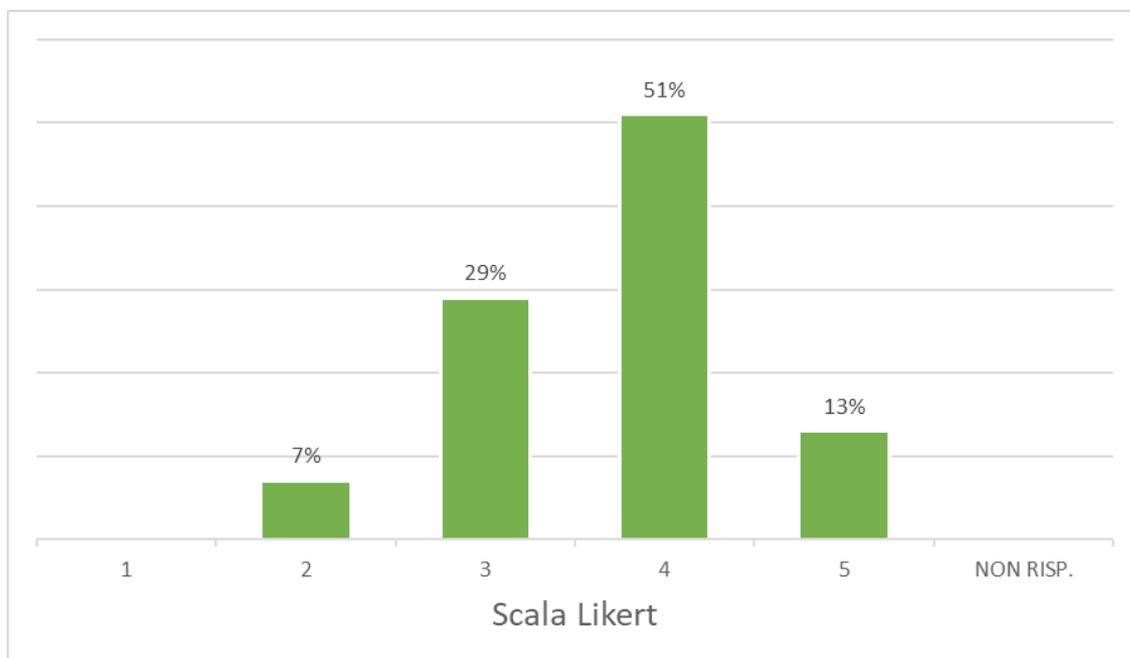
Grafico 51



Il 56% del campione afferma che *spesso* si esprime bene verbalmente, il 24% *a volte*, il 4% *quasi sempre*, il restante 7% *raramente*. La moda è stata raggiunta dal valore 4 della scala Likert per cui si può dedurre che il campione preso in considerazione ha la percezione di avere una buona padronanza del linguaggio e di saper comunicare in maniera efficiente con i colleghi con i pazienti e con le altre figure sanitarie.

**“La mia comunicazione è di solito descrittiva, non critica”**

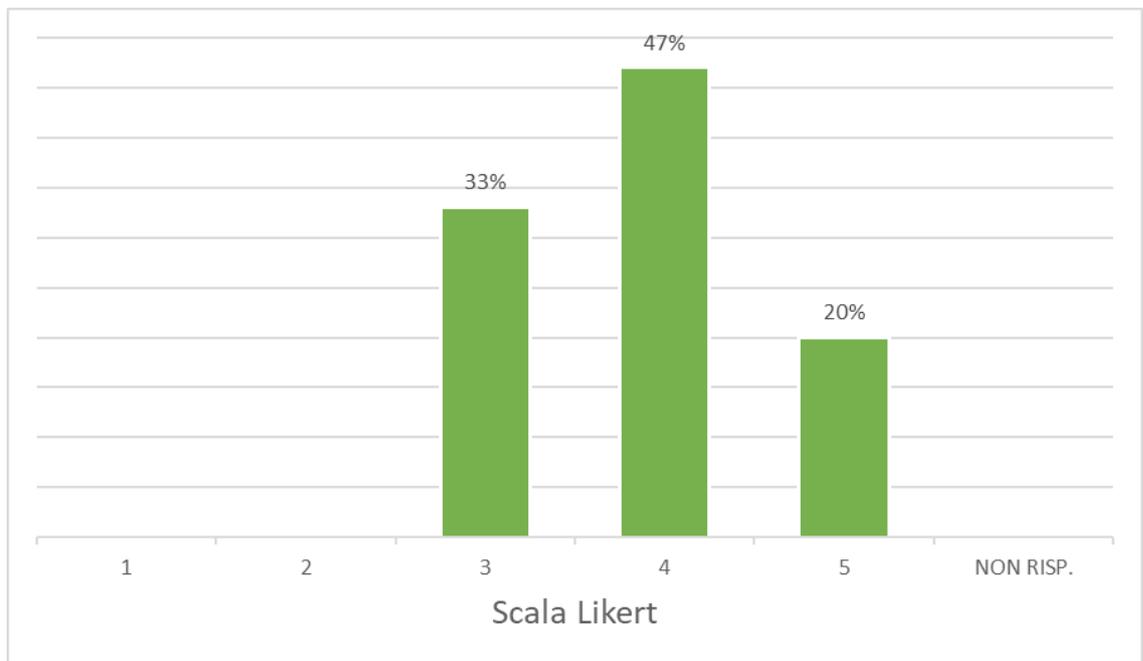
*Grafico 52*



Il 51% delle Guide afferma che *spesso* si relaziona con una comunicazione di solito descrittiva e non critica. Il 29% *a volte* assume questo atteggiamento, il 13% *quasi sempre*, il 7% *raramente*. L'andamento delle risposte dimostra che in quanto coordinatori le guide devono relazionarsi in maniera costruttiva con i colleghi e le altre figure sanitarie, un buon coordinatore dovrebbe astenersi dall'esprimere giudizi perentori, dovrebbe assumere un atteggiamento *superpartes*, riconoscere i conflitti e trovare strategie di risoluzione.

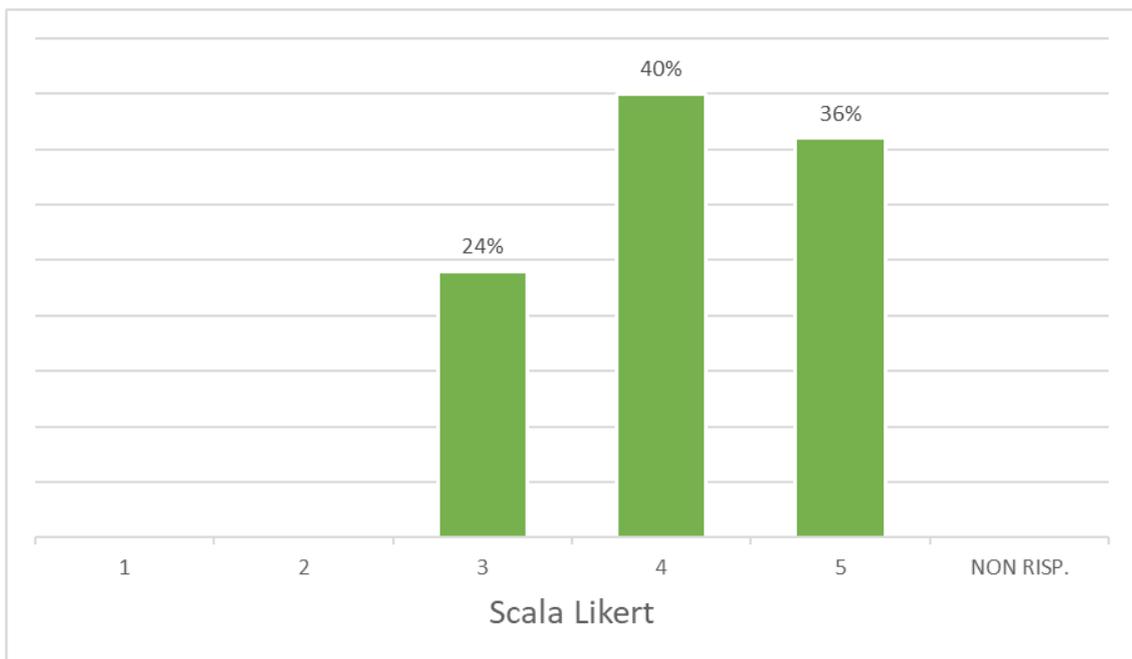
**“Comunico con gli altri senza sentirmi inferiore o superiore”**

*Grafico 53*



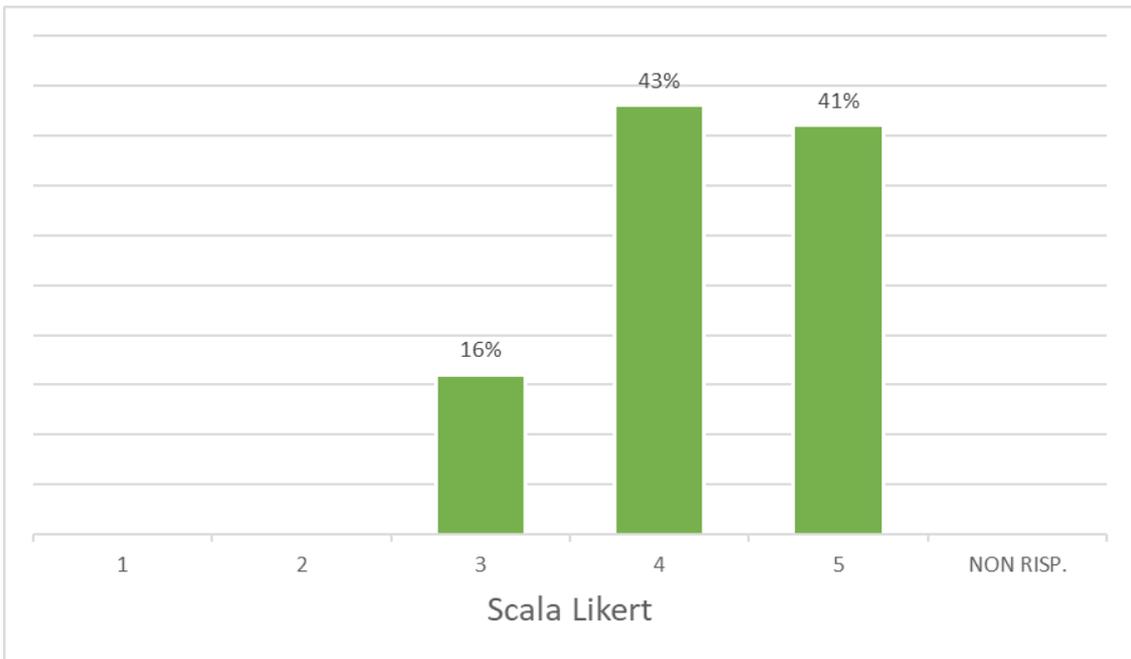
**“Gli altri mi descriverebbero come una persona cordiale”**

*Grafico 54*



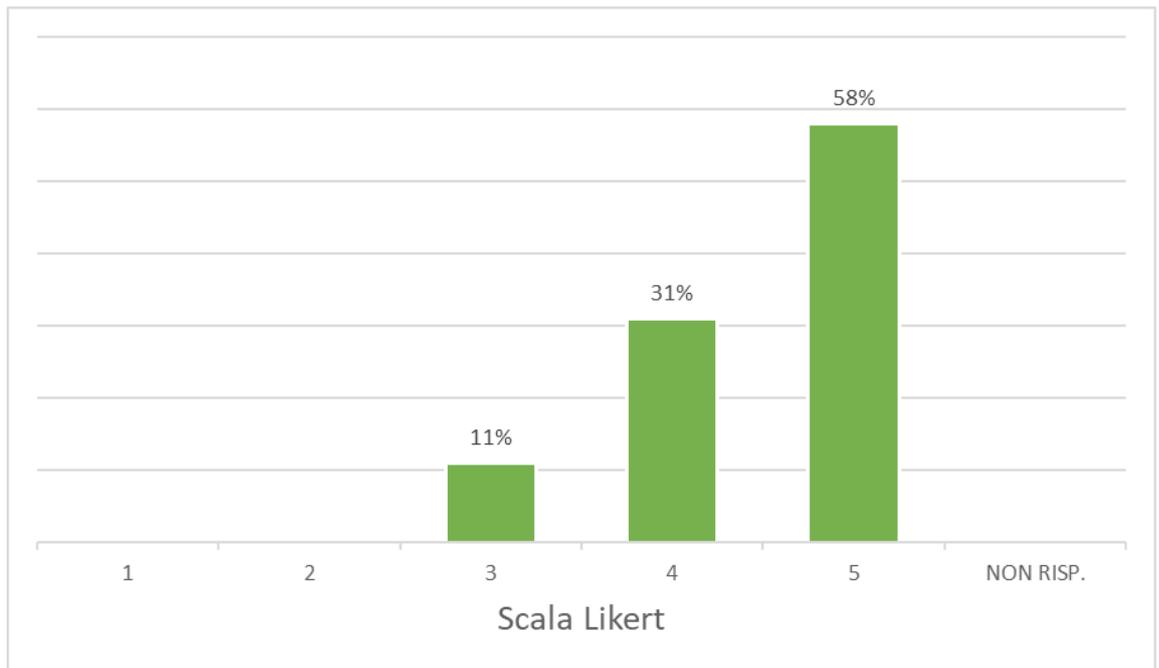
**“I miei amici credono sinceramente che io tenga a loro”**

*Grafico 55*



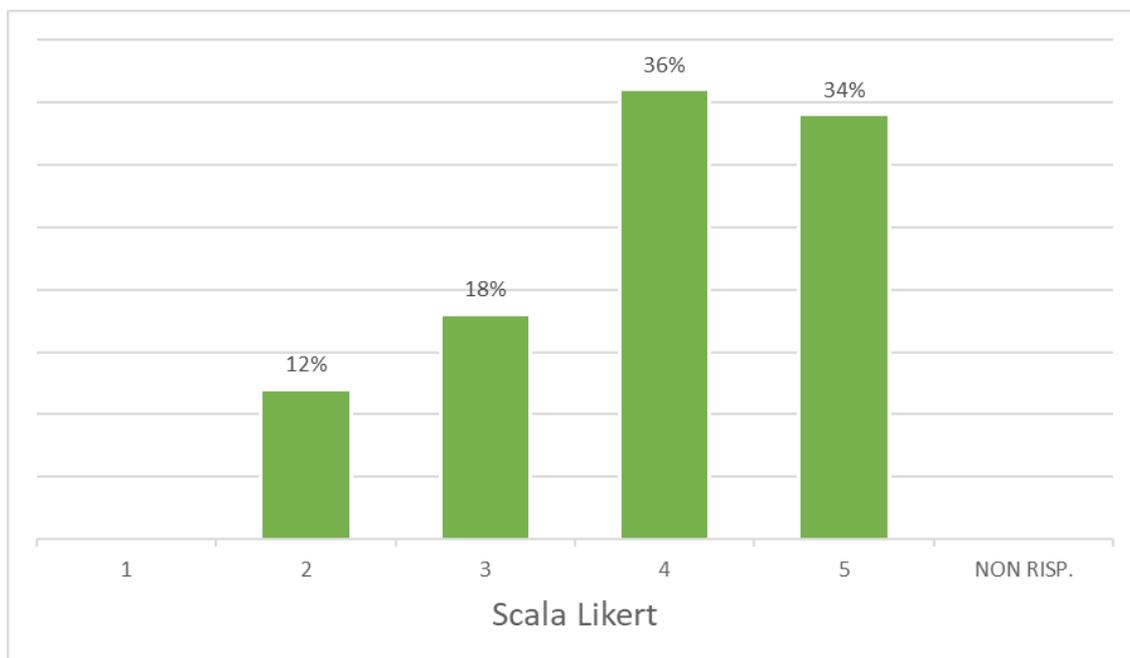
**“Cerco di guardare gli altri negli occhi quando parlo con loro”**

*Grafico 56*



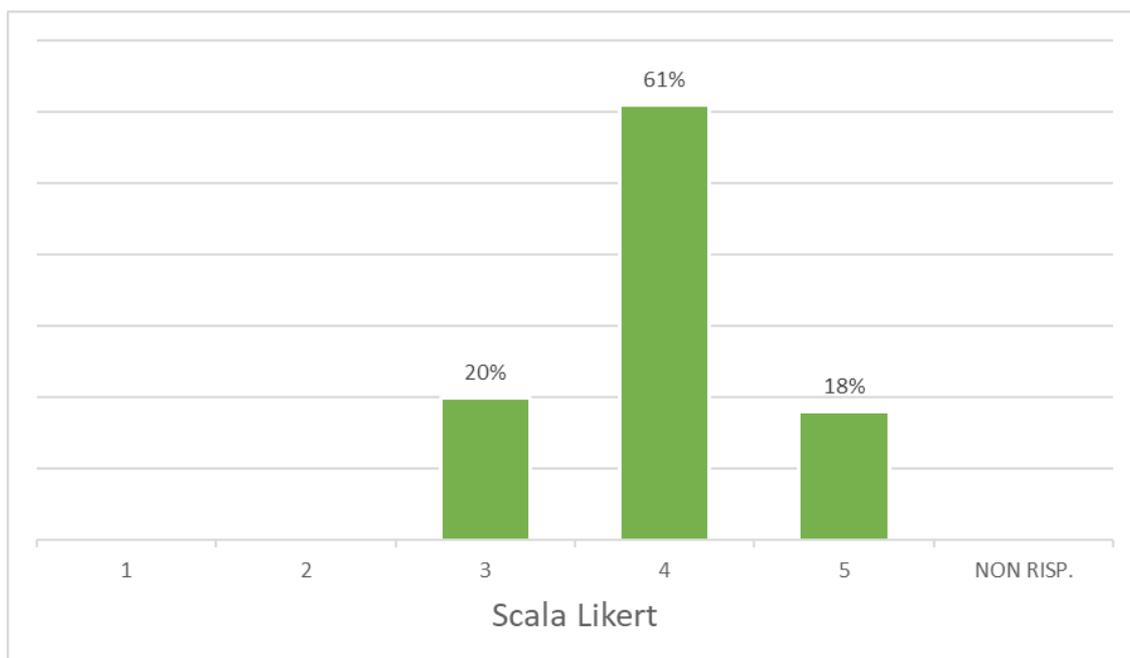
**“Confido alle persone quanto sono legato a loro”**

*Grafico 57*



### **“Raggiungo i miei obiettivi comunicativi”**

Grafico 58

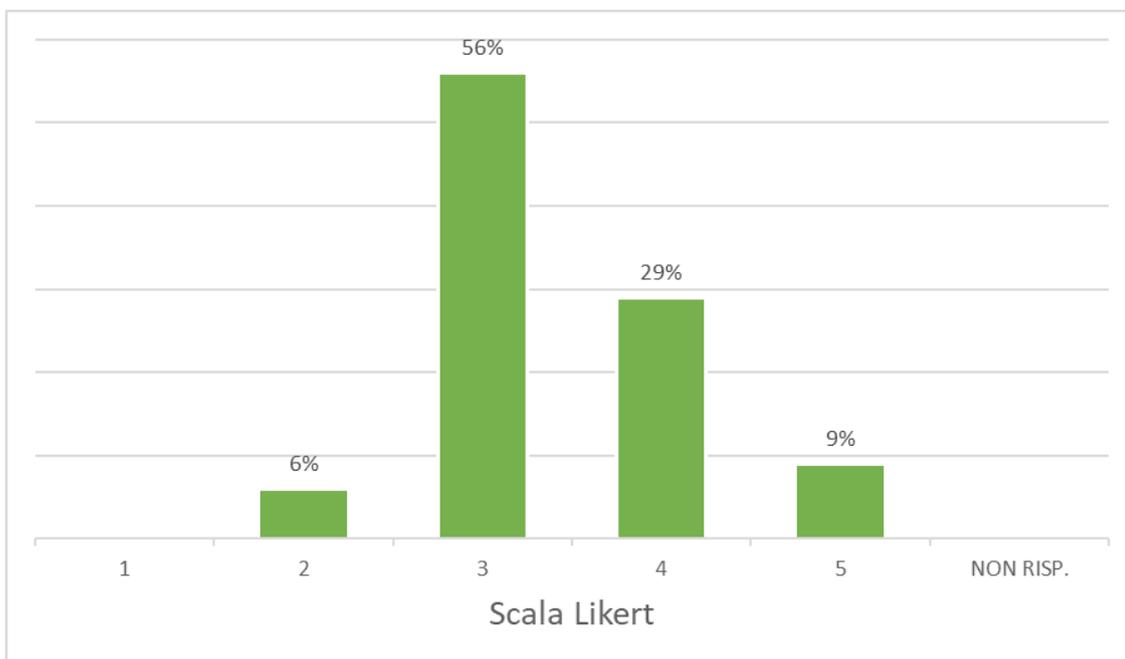


Il 61% del campione dichiara che *spesso* raggiunge i propri obiettivi comunicativi, il 18% *quasi sempre*, il restante 21% *a volte*. Si evince dall’andamento delle risposte che

il gruppo preso in considerazione è un gruppo formato da infermieri con un expertise di un certo livello con un alto livello di competenze.

**“Riesco a persuadere gli altri della mia opinione”**

*Grafico 59*



**“Ho problemi a convincere gli altri a fare quello che vorrei loro facessero”**



## 5. DISCUSSIONE

Le competenze comunicative e relazionali di un infermiere rappresentano un elemento fondamentale per poter garantire un approccio professionale, olistico e individualizzato ad un paziente. La scala delle competenze comunicative è un valido strumento che può essere utilizzato per migliorare la comprensione del processo di comunicazione, fornire linee guida, suggerire interventi di gruppo con l'obiettivo di migliorare le relazioni e il benessere in quel contesto, oltre a riflettere sul tema da un punto di vista educativo. Ovviamente costituisce solo un punto di partenza, la formazione va progettata ad hoc e specialmente per questo tipo di skills va realizzata in piccoli gruppi con metodologie interattive ed è caldeggiato l'intervento di un esperto come uno psicologo o uno psicologo del lavoro. I vantaggi nell'utilizzo di questa scala sono sicuramente la facilità nella compilazione, gli item benché siano 30, sono di rapida comprensione, si compila in pochi minuti, il linguaggio è confidenziale, ma non va a toccare le sfere intime e private del rispondente.

Facendo una panoramica generale sull'andamento delle risposte degli studenti si può affermare che tra gli studenti vi è una buona predisposizione all'ascolto e all'accoglienza del paziente (item 4-5-6-14), il 47% afferma che spesso riesce a

mettersi nei panni degli altri (pazienti colleghi ecc.) e sempre il 47% è convinto di riconoscere spesso le emozioni altrui, e il 55% afferma che spesso fa capire agli altri di aver compreso ciò che hanno detto. Il 35% degli studenti dichiara che mostra spesso ai propri assistiti quanto tiene a loro. Sono anche emerse delle zone d'ombra sulla capacità di relazionarsi nei contesti sociali e sulla capacità di esprimersi e trovare le parole giuste per raggiungere i propri obiettivi (item 8-9-20-21). Il 34% degli studenti afferma che spesso si sente rilassato in un gruppo di poche persone, il 24% riferisce che spesso si sente insicuro in un gruppo di persone che non conosce e il 30% degli studenti afferma che spesso trova difficoltà nell'esprimersi mentre il 58% dichiara che solo a volte conduce la conversazione gestendo gli argomenti di cui trattare. E' abbastanza fisiologico che in un gruppo di studenti di infermieristica del secondo anno emergano queste "lacune" perché ancora non hanno terminato tutto il loro percorso di studi e soprattutto non hanno esaurito le ore del tirocinio. E' nell'esperienza del tirocinio che si esplicano a tutto tondo queste competenze ma è altrettanto vero che a monte occorrono momenti formativi dedicati e protetti (vedi il laboratorio relazionale) e sedute di debriefing con i tutor. Nel debriefing si esercita il pensiero riflessivo, cioè un pensiero critico a un livello più profondo; un pensiero critico specificamente legato all'analisi e alla formulazione di giudizi su ciò che è appena successo; con la rielaborazione su ciò che è precedentemente accaduto si potenzia l'apprendimento e si aumenta l'autostima dei discenti.

Facendo una panoramica generale sull'andamento delle risposte delle Guide di tirocinio c'è da premettere che la funzione di coordinatori che la maggior parte di esse ricoprono e l'età ha fortemente orientato le risposte. Gli studenti per l'89% sono compresi nel gruppo della fascia di età tra i 20-30 anni, le Guide invece sono comprese per il 64% nella fascia d'età >30 e per il restante 36% in un'età >55. Due gruppi in partenza disomogenei per età e sicuramente per formazione. Dal quadro delle risposte si può ipotizzare che gran parte delle Guide ha risposto pensando al setting quotidiano professionale, quando svolge l'attività di coordinatori e quindi più incline alle relazioni tra i vari operatori sanitari intesi come colleghi e non alla relazione infermiere-paziente. Se si pensa oggi alla figura del coordinatore egli non è più in stretto e diretto contatto con il paziente ma è una sorta di direttore d'orchestra che si impegna ad armonizzare tutto l'apparato burocratico e coordina e dirige tutta la squadra di operatori

sanitari affinché l'assistito riceva cure sicure in linea con la mission della propria realtà operativa. Il paziente è il punto di partenza e il punto di arrivo.

Negli item riguardanti le dimensioni della *Gestione delle conversazioni* e *l'apertura sociale* il 60% delle Guide *spesso* riesce a mettersi nei panni degli altri, il 49% *raramente* non riconosce le emozioni altrui, il 45% spesso fa capire agli altri quanto hanno detto (atteggiamento di riformulazione).

Interessante è anche l'andamento delle risposte per gli item 29 e 30.

Il 44% delle Guide dichiara che *a volte* riscontra difficoltà a convincere gli altri a fare quello che loro vorrebbero fargli fare e il 56% solo *a volte* riesce a persuadere gli altri della propria opinione. In un'equipe multiprofessionale dove convivono persone con credenze, principi e identità più disparate è assai complicato gestire il gruppo e portare tutti nella stessa direzione, un coordinatore vincente è colui che riesce a riconoscere e rispettare le opinioni di tutti ,da libero spazio al confronto, riconosce i conflitti e non li sopprime, cerca di risolverli. E' normale che un coordinatore riscontri difficoltà a portare avanti questo arduo impegno è proprio in questi casi che interviene la formazione.

Per quanto riguarda la dimensione del *Relax sociale* il 53% del gruppo risponde che *spesso* si sente a proprio agio nei contesti sociali e il 44% *spesso* si sente rilassato in un gruppo di poche persone. Le percentuali raggiunte dagli studenti sono inferiori : il 38% degli studenti afferma che *a volte* si sente a proprio agio nei contesti sociali e il 38% *spesso* si sente rilassato in gruppo di poche persone. Questa differenza di distribuzione si può interpretare sulla base dell'età degli studenti e della formazione ancora in fieri rispetto a quella delle Guide, anche se in entrambi i gruppi si può dedurre che prevale la preferenza per il lavoro in piccole equipe.

## 6. LIMITI

Uno dei limiti di questo studio è senza dubbio il ristretto campione che è stato preso in considerazione. Ciò nonostante un ottimo risultato si è ottenuto con gli studenti di infermieristica del secondo anno in cui si è ottenuto un response rate del 96%; mentre per quanto riguarda il campione delle guide di tirocinio, hanno risposto al questionario 45 guide a fronte di 88 (response rate del 51%). Una probabile spiegazione è che durante l'invio del questionario molte di loro erano

state trasferite nei reparti convertiti in reparti covid per affrontare l'emergenza pandemica dal virus Sars-cov19.

Inoltre altri limiti sono sicuramente quelli insiti nello strumento utilizzato per l'indagine: *la scala delle competenze comunicative interpersonali* non dichiara esplicitamente l'applicazione al contesto sanitario, non è mai stata sperimentata in letteratura tra operatori sanitari anche se sia nella versione originale di M. Martin e R. Rubin (1994) e nella versione validata in italiano di M. Semonella et al.(2018) vi è un preciso riferimento alla versatilità dello strumento e all'applicazione ai vari contesti :familiari, lavorativi, e nello specifico quelli ospedalieri. Inoltre nella versione italiana della scala sono stati riportati tutti e 30 gli Items, mentre nella validazione brasiliana ve ne sono 17,è una versione assai più breve e quindi più immediata nella interpretazione dei dati. Inoltre, alcuni Items risultano ridondanti e con sfumature di significato affini.

## **7. CONCLUSIONI**

Esaminare le competenze relazionali degli studenti è il primo passo per offrire una formazione adeguata e mirata. Raramente nel panorama universitario italiano si conducono questo tipo di indagini perché vi è un piano di studi poco dinamico e già stabilito ex ante. Sarebbe auspicabile invece dedicare agli studenti una formazione ritagliata ad hoc sul loro bisogno formativo specialmente su questo tipo di conoscenze.

Anche nel caso delle Guide tirocinio che costituiscono il punto di riferimento per gli studenti che sono infermieri in divenire e saranno a fine del percorso universitario pronti ad essere assunti,è opportuno dedicare periodicamente dei momenti formativi sulla Comunicazione e le altre Non-Technical Skills perché è durante questi eventi formativi che emergono importanti criticità del sistema che non vanno taciute ma bensì affrontate e gestite.

La scala delle competenze comunicative interpersonali ben si presta per questo tipo di intervento e potrebbe costituire per i docenti formatori un aiuto concreto per la pianificazione della formazione. Formare studenti e Guide dedicando loro risorse per migliorare e incentivare l'acquisizione di abilità non tecniche è un investimento a lungo termine, poiché avere oggi studenti consapevoli del proprio ruolo e delle proprie potenzialità vuol dire avere infermieri altamente competenti e cure più sicure ed efficaci domani.

Avere coordinatori che oltre ad essere ottimi organizzatori con competenze manageriali altamente specifiche in possesso di buone capacità di leadership, che dimostrano di saper supportare il gruppo ed essere in grado di gestire i conflitti all'interno di esso, non solo favorisce il clima professionale e il benessere dell'equipe ma diminuisce significativamente il rischio di burn-out e l'*intention to leave* degli operatori.

## **BIBLIOGRAFIA**

Duò C., Campus, M., Favero ,G., Forresu C., Leardini R., Prati G., Secci E., Olivieri V., Zanovello G., Zocca M., Non technical skills per professionisti sanitari: nuova edizione ebookecm.it Torrazza Piemonte (TO):stampato da Amazon Italia S.r.L.; 2019

Secci E., Duò C. La comunicazione strategica nelle professioni sanitarie psicotecniche d'interazione con il paziente (e non solo) Roma the factory S.r.l per conto di Borè S.r.L.; 2018

Flin R., O'Connor P., Crichton M. Il Frontline della sicurezza: una guida all'analisi delle Non Technical Skill, Hirelia edizioni, Milano, 2011

Arcangeli N., Life skills/competenze trasversali: dalle parole ai fatti...piacevolmente! Bolzano: Università di Bolzano, 2015

Egidio A. Moja, Poletti P., Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti, Il Modulo La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari; Aprile 2016

Dall'Aglio, C., Marmocchi, P., & Zannini, M. Carl Rogers e il progetto Life Skills dell'OMS. ACP - Rivista di Studi Rogersiani, 1-13 2017

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Il tutor per le professioni sanitarie. Roma: Carocci Faber, 2003

De Simoni S., Dari S., Sciulli C. L'azione della ricerca per l'ottimizzazione della qualità del processo formativo ECM e dei suoi costi. *Tecnica e metodologia economica mensile di tecnica ed economia sanitaria*, Aprile 2016

Prati G., Pierantoni L., Rea A. Competenze non tecniche e marcatori comportamentali nelle professioni a rischio, *Nuove tendenze della psicologia* 3, 353-70, 2007

Flynn, F., Sandaker, K., & Ballangrud, R. Aiming for excellence - A simulation based study on adapting and testing an instrument for developing non-technical skills in Norwegian student nurse anaesthetists. *Nurse Education in Practice*, 22, 37-46 2016

Laari, L., & Dube, B. Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana. *Curationis*, 2017

Murray, K., McKenzie, K., & Kelleher, M. 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 2016

Pires, S., Monteiro, S., Pereira, A., Chalò, D., Melo, E., & Rodrigues, A. Non technical skills assessment for prelicensure nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today* 58, 19-24 2017

Lee Keng Ng The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study, *Nurse Education Today* 2019

Rubin RB, Martin MM. Development of a measure of interpersonal communication competence. *Commun Res Rep*. 11(1):33-44 1994

Semonella M., De Chirico A. et al. The Italian Adaptation of Interpersonal Communication Competences Questionnaire, *MindCare* 2018, LNICST 253, pp. 34-41, 2018

## **ALLEGATI**

## **Allegato 1: questionario per guide di tirocinio e studenti**

<b>Sesso</b>		M	F
<b>Età</b>	20-30	>30	>55

### **VERSIONE ITALIANA DELLA SCALA DELLE COMPETENZE COMUNICATIVE INTERPERSONALI (ICCS)**

Ecco alcune affermazioni su come le persone interagiscono con altre persone.

Per ogni affermazione, scegli la risposta che riflette al meglio la **tua** comunicazione con gli altri. Sii onesto nelle risposte e rifletti sul tuo modo di comunicare con molta attenzione.

Se interagisci **QUASI SEMPRE** in questo modo, cerchia il **5**

Se comunichi in questo modo **SPESSO**, cerchia il **4**

Se ti comporti in questo modo **A VOLTE**, cerchia il **3**

Se agisci in questo modo solo **RARAMENTE**, cerchia il **2**

Se **QUASI MAI** ti comporti in questo modo, cerchia **1**

1 Lascio che gli amici vedano chi sono veramente	1 2 3 4 5
2 Le altre persone capiscono ciò che sto pensando	1 2 3 4 5
3 Mostro agli altri come mi sento	1 2 3 4 5
4 Riesco a mettermi nei panni degli altri	1 2 3 4 5
5 Non riconosco accuratamente le emozioni altrui	1 2 3 4 5
6 Le altre persone pensano che io li capisca	1 2 3 4 5
7 Mi sento a mio agio nei contesti sociali	1 2 3 4 5
8 Mi sento rilassato in un gruppo di poche persone	1 2 3 4 5
9 Mi sento insicuro in un gruppo di persone che non conosco	1 2 3 4 5
10 Quando subisco un torto affronto la persona che ne è l'artefice	1 2 3 4 5
11 Ho problemi a farmi valere	1 2 3 4 5
12 Difendo i miei diritti	1 2 3 4 5
13 Le mie conversazioni sono abbastanza unilaterali	1 2 3 4 5
14 Faccio capire agli altri che ho compreso cos'hanno detto	1 2 3 4 5
15 La mia mente divaga durante le conversazioni	1 2 3 4 5
16 Durante una conversazione riesco a cambiare argomento in modo fluente	1 2 3 4 5
17 Conduco la conversazione gestendo gli argomenti di cui trattare	1 2 3 4 5

18 Durante le conversazioni con gli amici,sono in grado di cogliere non solo ciò che dicono ma anche quello che NON dicono	1 2 3 4 5
19 I miei amici capiscono quando sono felice o triste	1 2 3 4 5
20 Ho difficoltà nel trovare le giuste parole per esprimermi	1 2 3 4 5
21 Mi esprimo bene verbalmente	1 2 3 4 5
22 La mia comunicazione è di solito descrittiva,non critica	1 2 3 4 5
23 Comunico con gli altri senza sentirmi inferiore o superiore	1 2 3 4 5
24 Gli altri mi descriverebbero come una persona cordiale	1 2 3 4 5
25 I miei amici credono sinceramente che io tenga a loro	1 2 3 4 5
26 Cerco di guardare gli altri negli occhi quando parlo con loro	1 2 3 4 5
27Confido alle persone quanto sono legato a loro	1 2 3 4 5
28 Raggiungo i miei obiettivi comunicativi	1 2 3 4 5
29 Riesco a persuadere gli altri della mia opinione	1 2 3 4 5
30 Ho problemi a convincere gli altri a fare quello che vorrei loro facessero	1 2 3 4 5