



Sperimentazione di un modello interdisciplinare per sviluppare istituzioni e *policy* basate sul valore delle competenze

DOI 10.23753/htafocus2019.03.014

Francesca Cioffi [1], Marina Cerbo [2], Federico Spandonaro [3], Fabrizio Quintili [4], Roberto Noccioli [5], Silvia Buccella [6], Giuseppe Quintavalle [7], Patrizia Magrini [8], Carmela Matera [9], Marta Branca [10]

- [1] Fondatore e presidente di IPACS, Institutional & Public Coaching Services, Roma
- [2] Esperto, comitato scientifico IPACS, Roma
- [3] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
- [4] Psicologo delle organizzazioni, Society for Coaching Psychology Italy, Roma
- [5] Psicologo del lavoro e delle organizzazioni, Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Roma
- [6] Psicologo del lavoro e delle organizzazioni, Roma
- [7] Direttore Generale ASL Roma 4, Roma
- [8] Direttore Sanitario Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Spallanzani, Roma
- [9] Direttore Sanitario Asl Roma 4
- [10] Direttore Generale Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Spallanzani, Roma

Abstract

Introduction Coaching is a personal development method that provides specific support towards acquiring a higher degree of awareness, responsibility, choice, trust and autonomy. This application in Health Care is developed in Italy by IPACS (Institutional & Public Coaching Services) within a methodology that integrates Mentoring - Individual Coaching - Team Coaching - Classroom Training, and lasts about 6 months. The aim of the study was to demonstrate how an integrated Coaching program could have an impact on the development of soft and hard skills mainly related to inter-disciplinary roles, and positively influence the achievement of System objectives set in the National Chronicity Plan by the Ministry of Health.

Materials and Methods An integrated program of Coaching was applied to 2 Teams of Institutional professionals (18 of ASL Roma 4 and 23 of the National Institute for Infectious Diseases L. Spallanzani in Rome).

In particular, the objectives shared in the action plan for ASL Roma 4 were the *Reorganization of the First Intervention Point on the Territory*, and the *Inclusion of the Family Nurse in the Community* while for the INMI L. Spallanzani were the *Improvement of Retention in Care* and the *Multidisciplinary Management of Fragile Patients with Chronic Infectious Diseases*. The improvement in the core skills (Communication, Result Orientation, Teamworking, Negotiation) was measured with an Assessment pre and post Coaching program. Capacity development was defined as effective for an increase score of at least 0.5 and excellent for at least 1.5 points. Intermediate results in skills development were monitored with an observation template. An action plan monitoring was carried out through the IPACS Empowerment platform®.

Results During the study period, from February to September 2019, the 41 professionals involved reported the most important improvements in the ability to

achieve the result (71%), through a change in the effort to ensure the result even in uncertain conditions, and in the ability of Teamworking (61%), through information sharing, greater listening, understanding of the needs of others, participation and driving the team's activities. Results were considered excellent for all core capabilities selected in about half of the observed improvements. All professionals have also developed a mindset of abundance and playfulness that has influenced relational ability and strategic focus.

Conclusions The study showed the effectiveness of an integrated Coaching Program on soft and hard skills for the development of an interdisciplinary role. The efficacy was evident not only for the increase in self-awareness but also for the improvement and development of identified capabilities aimed at carrying out an action plan.

Key words

Skills, Coaching, Mentoring, Networking, Organizational, Empowerment

Introduzione

Il *Coaching* è un metodo di sviluppo personale nel quale una persona (detta *Coach*) supporta un partner (detto *Coachee*) nel raggiungere uno specifico obiettivo personale o professionale. Il *Coach* fornisce uno specifico supporto verso l'acquisizione di un più alto grado di consapevolezza, responsabilità, scelta, fiducia e autonomia. L'applicazione del *Coaching* in ambito privato è ormai consolidata e numerosi studi ne dimostrano l'impatto sullo sviluppo di competenze in figure che ricoprono ruoli dirigenziali ed *executive* [1-7] ed in generale sull'*effectiveness* [8].

L'applicazione del *Coaching* nel settore dell'assistenza sanitaria è sviluppata in Italia da IPACS (*Institutional & Public Coaching Services*) [9] con una metodologia recentemente descritta [10], e che, rispetto al consolidato sistema di istruzione e formazione specialistica si pone in modo innovativo. Infatti, è ormai maturata la consapevolezza che, soprattutto per affrontare i cambiamenti organizzativi di sistema, è utile affiancare all'aggiornamento specialistico programmi di sviluppo di competenze per migliorare in ciò che già si sa fare, orientando i professionisti e le comunità professionali rispetto ai contesti in mutamento [11,12].

Il Pacchetto integrato di *Coaching* include anche altri strumenti di *empowerment*, come il *Mentoring* inteso come metodo di formazione che fa riferimento a una relazione (formale o informale) uno a uno

tra un soggetto con più esperienza (*Senior, Mentor*) e uno con minore esperienza (*Junior, Mentee, Protégé*) al fine di far sviluppare a quest'ultimo competenze in ambito formativo, lavorativo, sociale ed, in ultima analisi, autostima [10]. Al pacchetto integrato di *Coaching* si affiancano l'arte, le neuroscienze per facilitare il raggiungimento di obiettivi istituzionali e lo sviluppo di capacità personali, cognitive, relazionali, potenziando le competenze di approccio trasversale e strategico, interdisciplinare, e utilizzando la creatività come azione.

Una delle prime esperienze di IPACS è stata condotta sugli operatori socio-sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ed era mirata ad aumentare la qualità della vita (QoL). In ambito clinico la QoL ha assunto un ruolo importante nella valutazione di farmaci e dispositivi medici, coprendo aree di analisi che esulano dai risultati fisici o di laboratorio. Nelle valutazioni HTA consente di definire parametri fondamentali come i QALY, anni di vita corretti per qualità, mentre le percezioni relative alla QoL in relazione alla tecnologia da introdurre in sanità dovrebbero essere esplicitate e considerate in ogni *report*.

Peraltro, la QoL e il *burnout* degli operatori sanitari hanno, come indicato in numerosi studi, una stretta relazione con la qualità percepita dell'assistenza e la soddisfazione dei pazienti e quindi sono parte integrante della *Clinical Governance* [13].

L'esperienza altamente impattante di gestione dell'epidemia COVID-19 ha messo a dura prova

il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che mai nella sua storia aveva dovuto mettere in campo tanta competenza e capacità.

Solo l'efficace e efficiente lavoro strettamente coordinato di molti operatori socio-sanitari, dai medici specialisti, agli infermieri, ai medici di medicina generale, ecc. ha consentito di salvare tante vite umane e di evitare un bilancio ben più negativo. A detta degli stessi responsabili delle strutture ospedaliere, la via più virtuosa è stata il massimo potenziamento della multidisciplinarietà e della capacità di lavoro in *team* che da tempo è un obiettivo prioritario del Ministero della Salute.

Già con l'implementazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) le autorità hanno puntato a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, tracciando linee strategiche per promuovere interventi centrati sulla persona ed orientati a migliorare l'organizzazione dei servizi e la piena responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti [14].

IPACS (*Institutional & Public Coaching Services*) [9] si è posto l'obiettivo primario di sviluppare lo specifico aspetto del ruolo interdisciplinare in ambito socio-sanitario, ritenuto critico per implementare le *policy* sulla cronicità inserite nel PNC. Questo approccio innovativo è stato sviluppato da IPACS sulla base dei più consolidati metodi di indagine comportamentale e di *Coaching* [10].

La sperimentazione di seguito descritta riporta i risultati di un'applicazione concreta di utilizzo di un pacchetto integrato di *Coaching*, nella implementazione delle Macrofas 3 "Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura" e 4 "Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura" del PNC in due realtà locali della Regione Lazio: la ASL Roma 4 e l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani di Roma.

L'obiettivo dello studio era dimostrare come un pacchetto integrato di *Coaching* potesse avere un impatto sullo sviluppo di *soft e hard skills* ovvero di competenze dei professionisti sanitari, principalmente volto a sviluppare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, tale da influenzare positivamente il raggiungimento di obiettivi istituzionali nella Pubblica Amministrazione. In particolare, gli obiettivi condivisi nel piano d'azione per la

ASL Roma 4 erano la *Riorganizzazione del Punto di Primo Intervento* e l'*Inserimento dell'infermiere di famiglia nella comunità* mentre per l'INMI L. Spallanzani erano il *Miglioramento della Retention in care* e la *Presa in carico multidisciplinare di pazienti fragili con patologie infettive croniche*.

Materiali e Metodi

Le principali fasi del protocollo operativo IPACS utilizzato per gli operatori sanitari della ASL Roma 4 e dell'INMI Lazzaro Spallanzani di Roma sono esplicitate di seguito.

Fase n.1: definizione e somministrazione del test di Assessment Iniziale (TEST IN)

a) Definizione di 4 competenze *core* necessarie per raggiungere gli obiettivi di sistema, loro prioritizzazione e collegamento con precisi indicatori di comportamento (intesi come fattori critici di successo), costruzione dei test e della scheda di osservazione utile a monitorare durante il percorso i risultati intermedi nello sviluppo delle competenze.

Le competenze considerate *core* sono state *Comunicazione, Orientamento al Risultato, Negoziazione e Teamwork*.

Networking e Pianificazione sono state considerate le competenze non *core*.

b) Definizione del test di *Assessment* iniziale: si è scelto di effettuare l'*Assessment* solo per le 4 competenze *core*.

Facendo riferimento al modello delle competenze, le capacità sono definite come la dotazione personale che permette di eseguire con successo una determinata prestazione, quindi le possibilità di riuscita nei confronti di un compito o di una prestazione lavorativa [15].

I comportamenti relativi alle capacità sono stati invece definiti sulla base del modello delle competenze di McClelland e Spencer [16], ampiamente utilizzato come base per definire le competenze in ambito aziendale, e degli studi sul metodo *Behaviour Employment Interview* (BEI) [17-21].

La raccolta delle informazioni sui comportamenti

è stata svolta attraverso la somministrazione di un questionario costruito *ad hoc*, composto da 16 domande a risposta chiusa e da 4 filmati con una domanda aperta, in cui, data una situazione stimolo, la persona era libera di poter raccontare come avrebbe agito se fosse stata al posto del protagonista del filmato. Per ciascun comportamento erano presenti quattro domande a risposta chiusa ed un filmato.

Le domande chiuse erano composte dalla descrizione di una situazione di media complessità che richiamava in modo puntuale uno dei quattro comportamenti e le alternative di risposta proponevano delle possibili reazioni per gestire la situazione appena descritta. Al partecipante veniva chiesto di scegliere la risposta che meglio rappresentava il proprio stile di comportamento.

I filmati proponevano una breve scena di pochi minuti che richiamava in modo specifico uno dei quattro comportamenti, evidenziando un punto di criticità. Veniva poi richiesto al partecipante di spiegare in modo sintetico quale strategia avrebbe adottato per gestire la situazione se fosse stato al posto del protagonista.

Il questionario veniva svolto in 45 minuti, alla fine dei quali veniva chiuso, indipendentemente dal fatto che fosse stato concluso. Il motivo per cui si è deciso di dare un tempo definito per la compilazione risiede nella necessità di avere una risposta che sia il più possibile spontanea, al fine di rispecchiare il comportamento agito in modo realistico.

La scelta di abbinare delle domande a risposta multipla a dei filmati con risposta aperta è stata dettata dal fatto che attraverso le domande a risposta chiusa è possibile raccogliere informazioni in merito ad un aspetto specifico del comportamento e le domande aperte invece aiutano a raccogliere informazioni più ampie rispetto al modo di approcciare la situazione; i criteri di valutazione delle risposte ai filmati si fondano su attenzione al contesto, attenzione alla persona con cui ci si sta interfacciando e obiettivo da raggiungere.

Fase 2: *Mentoring*

Ciascuna competenza è stata approfondita attraverso

una giornata di *Mentoring* d'aula. Al di là dei contenuti specifici che ogni competenza richiede, l'impianto didattico delle giornate segue uno schema basato sul modello 70:20:10 (*Model for Learning and Development*) messo a punto da Morgan McCall, Robert W. Eichinger e Michael M. Lombardo presso il *Centre for Creative Leadership* [22].

- Il valore 70 indica il 70% di attività pratiche (*learning by doing*) perché l'esperienza diretta guida il processo di acquisizione della padronanza reale degli strumenti e delle tecniche. Rispettare questo principio significa stimolare i partecipanti sia attraverso attività metaforiche (giochi d'aula), sia attraverso attività vicine al mondo reale dei partecipanti (simulazioni, *role playing*).
- Il valore 20 indica il 20% di apprendimento attraverso l'interazione con i colleghi (*learning by interactions*), il lavoro in gruppo, l'interazione dentro e fuori l'aula (quando si torna nell'ambiente reale e ci si sperimenta rispetto agli strumenti appresi). Questa componente è stata favorita dall'impianto didattico che prevedeva giornate di *Mentoring* distanziate tra loro, di modo che i partecipanti avessero la possibilità di sperimentarsi nell'ambiente reale.
- Infine, il valore 10 indica il 10% di momenti strutturati di formazione e *Mentoring Hard* (*learning by training*). Questa parte, anche se sono presenti sempre momenti di discussione e interazione con il docente, è costituita essenzialmente da momenti di lezione frontale o da modalità formative prevalentemente verticali come l'uso dei *case history* dove si analizzano casi aziendali paradigmatici e contestualizzati alla realtà, provenienti dalla realtà lavorativa. Ad esempio, sono stati analizzati casi specifici di applicazione dei protocolli di ricerca clinica.

Le varie sessioni di *Mentoring* sono state micro-progettate attraverso veri e propri *storyboard* d'aula, in funzione degli obiettivi didattici.

Sono state effettuate sessioni di *Mentoring* su tematiche legate al preciso obiettivo di sistema (es. le fasi del piano delle cronicità, la definizione di una visione ed una missione, il passaggio dai percorsi assistenziali alle evidenze scientifiche e viceversa).

Fase 3: somministrazione del *Team Coaching* e del *Coaching individuale*

La descrizione della metodologia per la somministrazione del *Coaching* individuale e del *Team Coaching* è stata oggetto di una specifica pubblicazione [10].

Il *Team Coaching* era finalizzato a facilitare i processi di lavoro, a realizzare obiettivi concreti ed il relativo piano di azione di un *Team* di lavoro. Tutti i partecipanti hanno condiviso un progetto e un obiettivo comune il cui raggiungimento è il risultato del lavoro di tutti i membri del *Team*, mentre le *performance* sono state funzione del livello di integrazione dei componenti e dei processi.

Il *Coaching* individuale, che è stato condotto telefonicamente, era focalizzato sulla competenza ritenuta chiave dal professionista per il suo specifico piano d'azione.

Fase 4: somministrazione del *Group Coaching* e del test di *Assessment Finale (TEST OUT)*

Il percorso integrato di *Coaching* ha previsto anche sessioni di *Group Coaching* secondo una metodologia che ha visto i partecipanti assumere temporaneamente il ruolo di *Coach* gli uni per gli altri al fine di potenziare gli apprendimenti appresi nel percorso [10].

Dopo il percorso di *Coaching* i professionisti sono stati sottoposti al test di *Assessment* Finale.

In particolare, lo stesso questionario somministrato all'inizio (*TEST IN*) è stato ripetuto alla fine (*TEST OUT*) del percorso. I *Coach* durante gli incontri individuali hanno osservato i comportamenti dei loro professionisti (*Coachee*) per monitorare eventuali progressi. L'osservazione è stata agevolata da una scheda di osservazione (SK), strutturata in base ai comportamenti *core* e completa di una scala di valutazione da 1 a 5 (1 = non osservato e 5 = osservato

in maniera costante) che ha permesso di quantificare e confrontare lo stato di partenza e di arrivo dei partecipanti per tenere conto di tutti i possibili risultati sulle capacità chiave potenziate.

Si è considerato un miglioramento nei casi nei quali il punteggio registrato nell'*Assessment* finale è risultato maggiore di almeno 0,5 mentre miglioramenti eccellenti sono stati considerati i casi nei quali il punteggio finale è risultato incrementato di 1,5 punti rispetto a quello iniziale.

Al tempo stesso veniva fatto un monitoraggio del piano di azione, discusso e condiviso con i *Team* in fase di *Assessment*, attraverso la piattaforma *Empowerment*[®] sviluppata da IPACS, basata su *Data-Press* e su algoritmi di calcolo delle probabilità, che si basano sulle attitudini al rischio degli individui.

Risultati

La sperimentazione del programma integrato di *Coaching* (3:3:1:5) [10] condotto da IPACS ha coinvolto 41 operatori sanitari (18 della ASL Roma 4 e 23 operatori sanitari dell'INMI Lazzaro Spallanzani di Roma) e si è svolto da febbraio a settembre 2019. Lo svolgimento dell'*Assessment* Iniziale e del TEST IN a cui hanno partecipato i professionisti delle due realtà sanitarie, con l'analisi e la valutazione dei risultati ottenuti, ha permesso di individuare le capacità *core* da potenziare e i personali bisogni sottesi al loro agire, riportati in Tabella 1.

L'azione di responsabilizzazione condotta con il programma di *Coaching* integrato ha incluso la condivisione dei benefici, la motivazione sui nuovi comportamenti da agire ed uno specifico piano di azione per raggiungere gli obiettivi. E' stata parte integrante per la valutazione del percorso formativo la condivisione di un punteggio iniziale e finale da

Tabella 1. Individuazione delle 4 capacità *core* da potenziare nel numero di operatori sanitari indicati

Capacità scelta da potenziare	ASL ROMA 4 (N. su 18 <i>Coachee</i>)	INMI L. SPALLANZANI (N. su 23 <i>Coachee</i>)
<i>Teamworking</i>	14	13
<i>Comunicazione</i>	10	7
<i>Negoziazione</i>	7	5
<i>Orientamento al Risultato</i>	3	4

parte del professionista sulla sua scheda di osservazione (SK). In Figura 1 sono riportate le variazioni registrate a seguito del programma di *Coaching* integrato sui 41 *Coachee* rispetto alle competenze pre-selezionate da potenziare, misurate nell'*Assessment* Iniziale e Finale, mediante la somministrazione del *TEST IN* e *TEST OUT* e la scheda di osservazione (SK). In particolare, la Figura 1 mostra la percentuale di *Coachee* che all'*Assessment* Finale hanno registrato miglioramenti intesi come aumento del punteggio maggiore di almeno 0,5 punti rispetto a quello iniziale, di coloro che non hanno avuto alcun effetto o che sono risultati peggiorati.

Si evidenzia come per tutte le competenze si siano registrati miglioramenti, sebbene con percentuali diverse, superiori per le competenze *Orientamento al Risultato* (71%) e *Teamworking* (61%). Si registra inoltre per ciascuna competenza, tranne che per la *Negoziazione* (38%), una costante differenza di circa 20% tra le valutazioni effettuate con i due strumenti (questionario e scheda). Tale differenza si ritiene accettabile considerando che i dati forniti dalla scheda di osservazione (SK) risultano più approfonditi rispetto al test in quanto condivisi da

Coach e professionista.

In Figura 2 sono evidenziate, nell'ambito dei *Coachee* con miglioramenti, le percentuali di coloro che hanno evidenziato miglioramenti eccellenti considerati come i casi nei quali il punteggio finale è risultato maggiore di 1,5 punti rispetto a quello iniziale.

L'analisi dei casi di miglioramento evidenzia come circa la metà di essi sia risultato eccellente in tutte le capacità *core* selezionate per essere potenziate.

Valutazioni che includevano anche le due competenze non inizialmente selezionate (*Networking* e *Pianificazione*) hanno evidenziato miglioramenti importanti per una sorta di *spill-over effect*.

In particolare, i miglioramenti complessivi per tutte le competenze valutate con *TEST IN* e *OUT* sono stati riscontrati nel 50% dei *Coachee* (27% di miglioramenti eccellenti). L'utilizzo delle schede di osservazione ha evidenziato miglioramenti addirittura nell'80% dei *Coachee* (65% di miglioramenti eccellenti).

L'analisi dei risultati ottenuti dai professionisti della ASL Roma 4 sulle competenze *core* è sintetizzata in Figura 3.

Figura 1. Percentuale di *Coachee* che all'*Assessment* Finale hanno registrato miglioramenti (punteggio maggiore di almeno 0,5 punti), invarianze o peggioramenti nelle 4 capacità *core* da potenziare

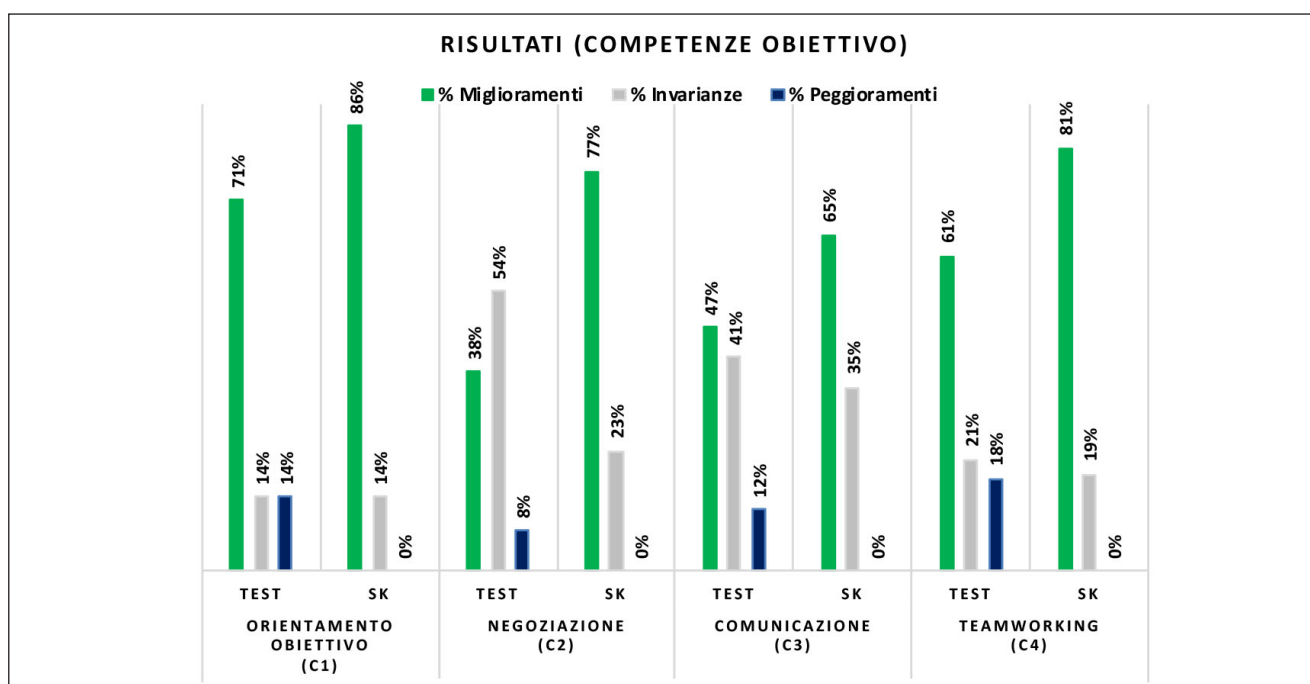


Figura 2. Percentuale di *Coachee* che all'Assessment Finale hanno registrato miglioramenti eccellenti (punteggio maggiore di 1,5 punti) nell'ambito di tutti i miglioramenti osservati nelle 4 capacità core da potenziare

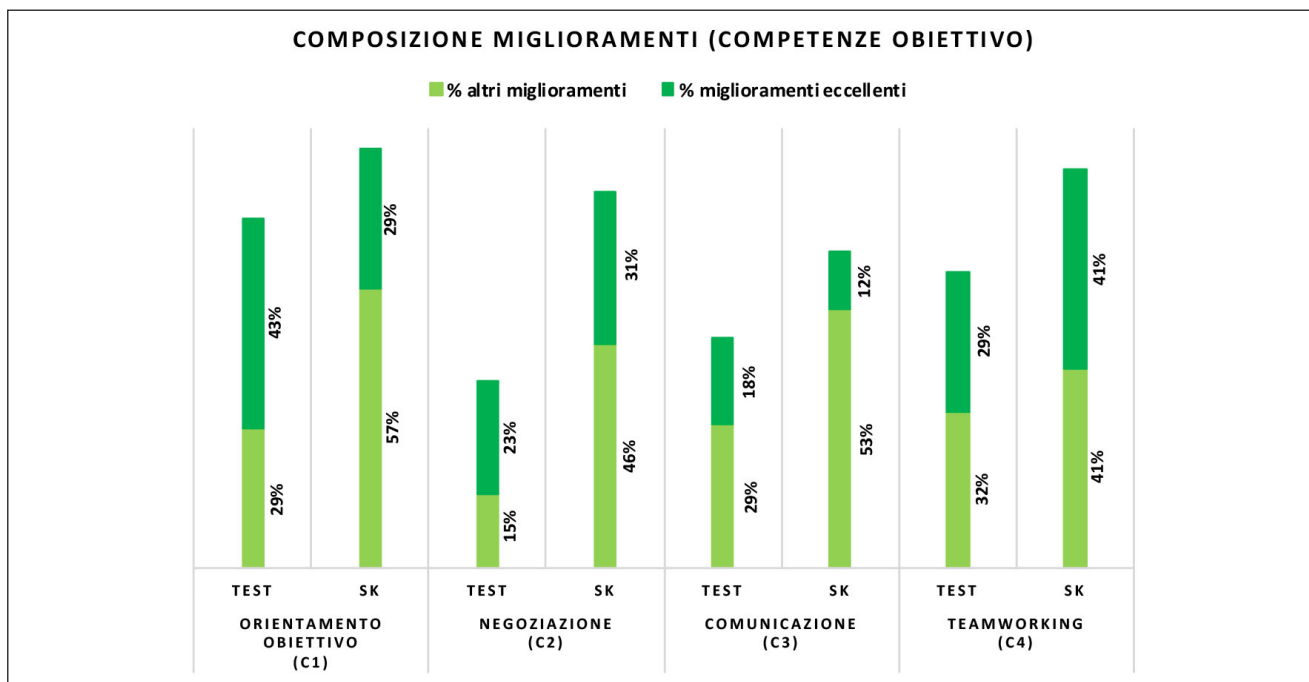
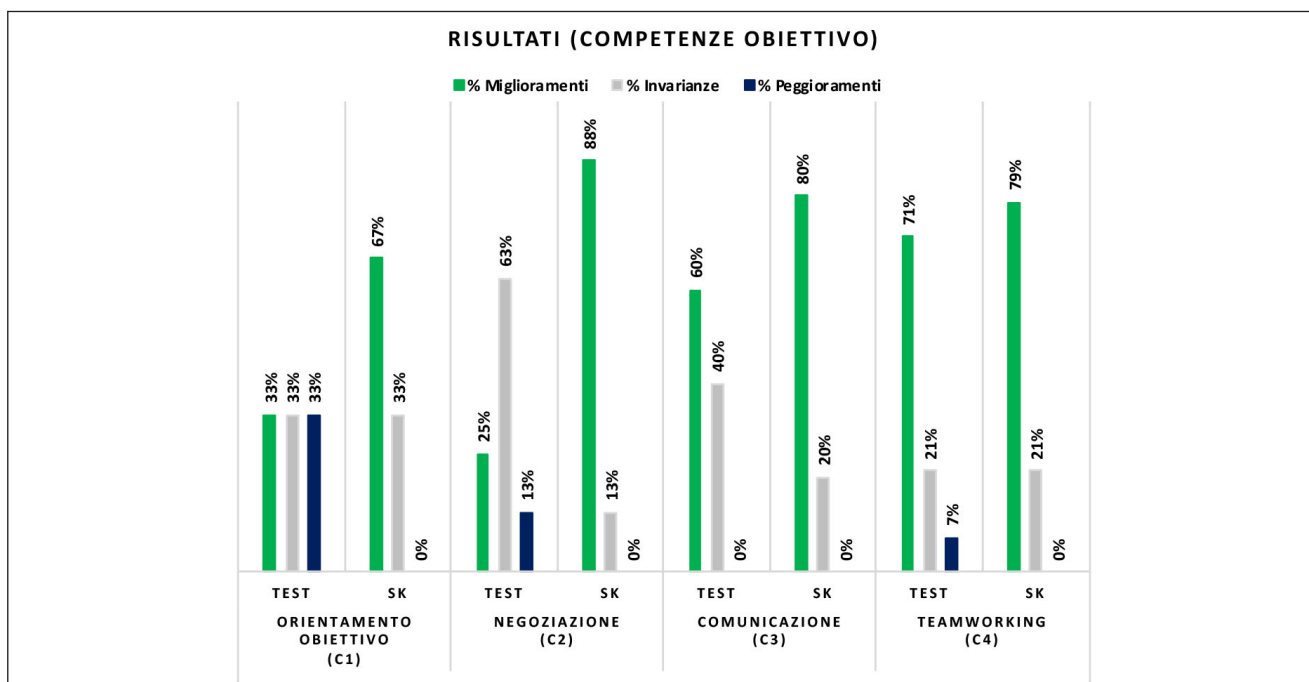


Figura 3. Percentuale di *Coachee* della ASL Roma 4 che all'Assessment Finale hanno registrato miglioramenti (punteggio maggiore di almeno 0,5 punti), invarianze o peggioramenti nelle 4 capacità core da potenziare



Si evidenzia come per tutte le competenze valutate con scheda di osservazione si siano registrati miglioramenti in oltre il 60% dei partecipanti con punte dell'80% e oltre per *Negoziazione e Comunicazione*. In particolare in questo *Team* di operatori sanitari si è evidenziata per ciascuna competenza, tranne che per il *Teamworking*, una differenza superiore al 20% tra le valutazioni effettuate con questionario e con la scheda poiché quest'ultima offre una valutazione più accurata, in quanto condivisa da *Coach* e professionista.

Miglioramenti eccellenti si sono riscontrati maggiormente nelle capacità di *Negoziazione* e *Teamworking*, come mostrato in Figura 4.

In merito agli obiettivi condivisi nel piano d'azione per la ASL Roma 4, questi riguardavano specificamente la *Riorganizzazione del Punto di Primo Intervento (PPI)* e l'*Inserimento dell'infermiere di famiglia nella comunità*. I risultati ottenuti dal *Team* della ASL Roma 4 con riferimento agli obiettivi specifici individuati in fase di *Assessment*, condivisi e monitorati nel percorso integrato di *Coaching* sono illustrati nelle Tabelle 2 e 3.

L'analisi dei risultati ottenuti dai professionisti dell'INMI Spallanzani sulle competenze *core* è sin-

tetizzata in Figura 5.

In questo *Team* si evidenzia come l'*Orientamento al Risultato* sia migliorato nella totalità della popolazione seguito dal *Teamworking* per il quale si evidenziano ottime *performance* soprattutto quando valutate con scheda di osservazione (85%). Rimane una certa disomogeneità dei risultati che può essere legata al ridotto periodo di *Coaching* in relazione alle competenze da potenziare.

La Figura 6 evidenzia come vi sia stata un'elevata percentuale relativa di miglioramenti eccellenti in tutte le competenze considerate, spesso in oltre la metà dei partecipanti.

In merito agli obiettivi condivisi nel piano d'azione per l'INMI L. Spallanzani, questi erano incentrati sul *Miglioramento della Retention in care* e della *Presa in carico multidisciplinare di pazienti fragili con patologie infettive croniche*. Le Tabelle 4 e 5 illustrano i risultati ottenuti dal *Team Retention in care* dell'INMI L. Spallanzani rispetto agli obiettivi istituzionali specifici definiti in fase di *Assessment*. Tra di essi, i tre obiettivi finali sono stati condivisi con il gruppo di lavoro per la *Presa in carico Multidisciplinare*.

Figura 4. Percentuale di *Coachee* della ASL Roma 4 che all'*Assessment* Finale hanno registrato miglioramenti eccellenti (punteggio maggiore di 1,5 punti) nell'ambito di tutti i miglioramenti osservati nelle 4 capacità *core* da potenziare

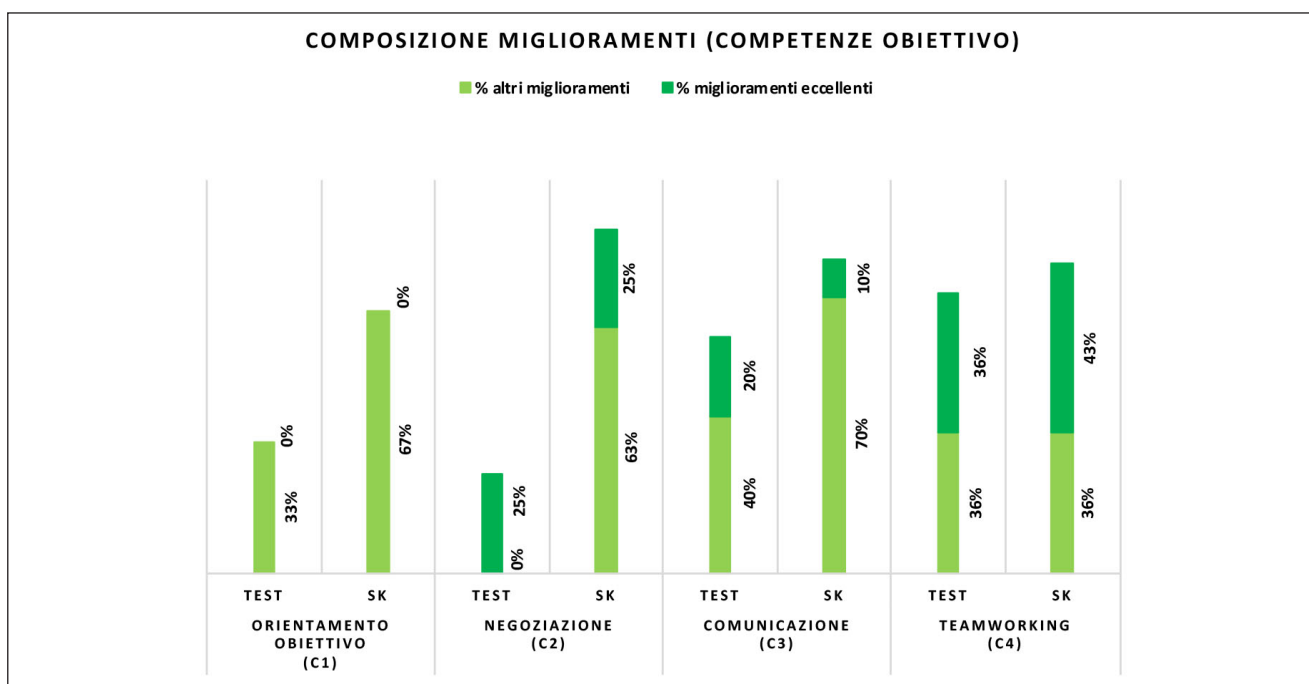


Tabella 2. Sintesi dei risultati ottenuti dal *Team* della ASL Roma 4 in merito all'obiettivo *Riorganizzazione del Punto di Primo Intervento (PPI)*

Obiettivi	Risultati ottenuti
Implementare la prevenzione, sia primaria che secondaria, al fine di ridurre l'incidenza delle patologie cronico degenerative quali: ipertensione, diabete, ipotiroidismo e BPCO.	Effettuato un corso di formazione per gli operatori per lo <i>screening</i> colon retto. Effettuata una giornata della salute per consapevolizzare i cittadini sulle attività di prevenzione offerte dalla ASL. Effettuata una giornata della salute per identificare i soggetti in condizioni di rischio o con patologia in atto. Effettuata una giornata della salute per incrementare la conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio.
Riorganizzazione del PPI in Punto Territoriale di Cure Primarie (PTCP) attivo h 24, 7 gg su 7 (D.M. 70/2015).	Trasformato il PPI in Presidio Territoriale di Cure Primarie come da disposizione della Regione Lazio.
Unità di Cure Primarie (UCP).	Effettuata la riorganizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS) in UCP.
Utilizzare i sistemi informatici disponibili.	Utilizzo dei sistemi informatici messi in rete dalla Regione Lazio: Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) e Sistema Informativo delle Residenze Assistenziali (SIRA) che consentono la condivisione dei dati all'interno della rete assistenziale.
Rivisitazione delle attività infermieristiche territoriali con inserimento dell'infermiere di famiglia che lavora in collaborazione con i MMG/PLS.	Attivata la figura professionale "infermiere di famiglia" Attivata la figura del "case manager" nei Presidi Ospedalieri
Ampliamento delle attività dell'ambulatorio infermieristico con inserimento dell'ambulatorio di cure simultanee.	Attivato l'ambulatorio per le trasfusioni.
Promozione di interventi di umanizzazione in ambito sanitario, nel rispetto della centralità della persona con cronicità.	Predisposti i questionari sulla qualità percepita dagli utenti nelle strutture sanitarie ed in essere la raccolta dati. Interventi per tutelare la salute psicofisica degli operatori sanitari, in collaborazione con il gruppo "Benessere organizzativo Aziendale". Coinvolgimento delle Associazioni nelle attività sanitarie per il supporto e le informazioni ai cittadini che si rivolgono alle strutture sanitarie.

Tabella 3. Sintesi dei risultati ottenuti dal *Team* della ASL Roma 4 in merito all'obiettivo *Inserimento di un nuovo infermiere di famiglia*

Obiettivi	Risultati ottenuti
Supportare le famiglie nei contesti domestici fornendo le necessarie informazioni utili alla gestione del caso e alla riduzione delle situazioni di rischio.	<ul style="list-style-type: none"> Numero di persone prese in carico/numero di persone della UCP di riferimento: standard raggiunto del 3% nel primo anno. Numero di persone prese in carico dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)/numero di persone segnalate all'IFeC nella UCP di riferimento: standard raggiunto del 50% nel primo anno.
Rendere le famiglie e la comunità responsabili del mantenimento della loro salute in modo che agiscano proattivamente rispetto ai principali determinanti della salute passando da un paradigma di medicina d'attesa a medicina d'iniziativa.	<ul style="list-style-type: none"> Numero di persone prese in carico che hanno effettuato programmi di educazione sanitaria/ numero totale delle persone della UCP di riferimento: standard raggiunto del 3% nel primo anno. Numero di persone prese in carico dall'IFeC che hanno effettuato programmi di educazione sanitaria /numero di persone segnalate all'IFeC nella UCP di riferimento: standard raggiunto del 50% nel primo anno. Numero di questionari di apprendimento con risposte positive superiori al 70% / numero totale di questionari somministrati (<i>self management</i>): standard raggiunto dell'80%.
Migliorare la qualità di vita (QoL) mantenendo il più possibile la persona fragile nel suo domicilio o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione.	<ul style="list-style-type: none"> Numero di accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) delle persone prese in carico dall'IFeC /numero degli accessi delle stesse persone nell'anno precedente: standard raggiunto inferiore o uguale al 50%. Numero di ricoveri delle persone arruolate dall'IFeC/numero dei ricoveri delle stesse persone nell'anno precedente: standard raggiunto inferiore o uguale al 50%. Numero delle giornate di degenza delle persone arruolate dall'IFeC/numero delle giornate di degenza delle stesse persone nell'anno precedente: standard inferiore o uguale al 50%. Miglioramento della qualità di vita dopo 1 anno nelle famiglie prese in carico dall'IFeC/totale dei questionari somministrati a T0 nelle stesse famiglie: standard raggiunto del 50%.

Figura 5. Percentuale di *Coachee* dell'INMI L.Spallanzani di Roma che all'Assessment Finale hanno registrato miglioramenti (punteggio maggiore di almeno 0,5 punti), invarianze o peggioramenti nelle 4 capacità *core* da potenziare

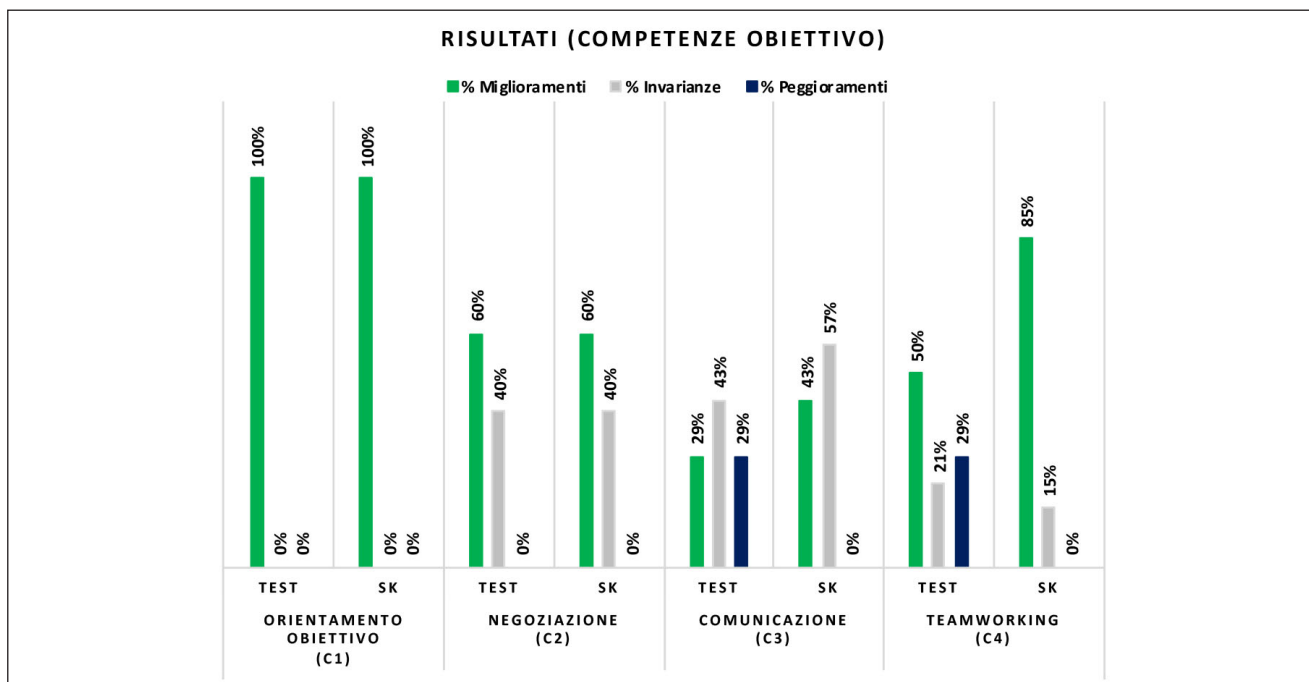


Figura 6. Percentuale di *Coachee* dell'INMI L. Spallanzani che all'Assessment Finale hanno registrato miglioramenti eccellenti (punteggio maggiore di 1,5 punti) nell'ambito di tutti i miglioramenti osservati nelle 4 capacità *core* da potenziare

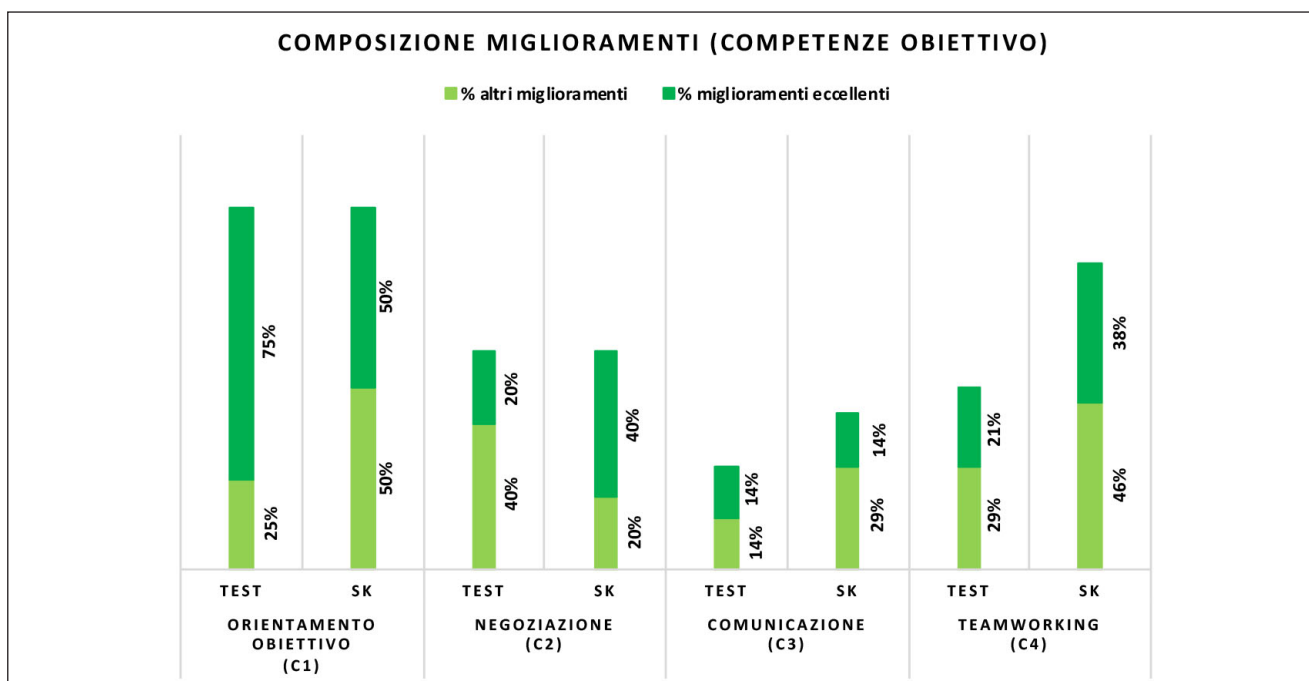


Tabella 4. Sintesi dei risultati ottenuti dal *Team* dell'INMI L. Spallanzani in merito all'obiettivo *Miglioramento della Retention in care*

Obiettivi	Risultati ottenuti
Stima della percentuale attuale di pazienti "persi" al <i>follow up</i> per individuare l'obiettivo di lungo periodo (almeno 6 mesi dopo l'avvio della riorganizzazione degli Ambulatori per Pazienti a Carico - APC) che consiste nella riduzione attesa di tale percentuale, dopo aver messo in atto la riorganizzazione in linea con il Piano Nazionale Cronicità.	Definito il paziente perso al <i>follow up</i> nelle tre tipologie di malattie infettive croniche che connotano i 3 APC: HIV/AIDS, tubercolosi (TB), Epatopatie croniche. La percentuale di persi al <i>follow up</i> è stata calcolata sui pazienti già in carico per i tre APC (HIV/AIDS, TB, Epatopatici cronici) nel periodo aprile 2018/marzo 2019 ed è in linea con i dati di letteratura per questa tipologia di pazienti. Stabilito pertanto che l'obiettivo di lungo periodo sarà una riduzione di tale percentuale registrata a seguito della riorganizzazione come calcolata nel periodo aprile 2019/marzo 2020.
Identificazione dei fattori sanitari/sociali che rendono i pazienti "fragili" dal punto di vista della <i>Retention in care</i> , con tendenza all'abbandono del percorso di cura delineato, che nel caso dei malati cronici infettivi significa spesso anche ritorno alla contagiosità per malattia trasmissibile fuori controllo (problema di Sanità Pubblica).	Identificati i fattori sanitari e sociali che rendono i pazienti a rischio di abbandonare il percorso di cura per le tre tipologie di pazienti dei 3 APC (HIV/AIDS, TB, Epatopatie croniche). Predisposta la scheda di valutazione del paziente fragile per la sua identificazione al momento della presa in carico nell'APC ovvero al momento della successiva visita di <i>follow up</i> per i pazienti già in carico. La medesima scheda è applicabile ai tre APC, in quanto i fattori di rischio fragilità (perdita al <i>follow up</i>) sono simili nelle tre popolazioni di pazienti con diversa malattia infettiva cronica. Stratificazione dei pazienti a cui viene applicata la scheda di valutazione del rischio, con identificazione di tre coorti di pazienti, cui destinare tre tipologie di approccio assistenziale: A) ordinario, per non esistenza di particolari fattori di fragilità; B) intermedio, per presenza di alcuni fattori di fragilità; C) fragili, per coesistenza di fattori di rischio che rendono particolarmente probabile una perdita del paziente al <i>follow up</i> .
Facilitare la conoscenza del percorso di cura da parte del paziente e del suo <i>caregiver</i> , ritenendo che il paziente fragile possa perdersi anche perché non sa appieno come utilizzare il percorso (es. rifissare un appuntamento che ha perso).	Predisposto un VADEMECUM PER IL PAZIENTE su come funziona l'APC, con indicazione di orari, modalità di accesso, possibilità di chiamare un numero di telefono/mail dedicati ai pazienti che presentano problemi e vogliono parlare con il personale dell'APC. Attivato il mediatore linguistico per superare le difficoltà di approccio dei numerosi pazienti stranieri.
Facilitare la soluzione dei problemi di inserimento dei pazienti stranieri nel percorso di cura previsto nel Servizio Sanitario Regionale (SSR) per tutti quei casi in cui le pratiche burocratico-amministrative non sono lineari e note neanche al personale sanitario (dai senza fissa dimora ai rifugiati, agli stranieri temporaneamente presenti ecc.).	Predisposta procedura per stranieri diretta dal personale sanitario dell'Istituto, posto così in grado di guidare i pazienti più fragili sulla conoscenza delle regole del SSN.
*Promuovere l'inserimento delle malattie infettive croniche tra quelle di interesse del Piano Nazionale Cronicità, nel quale al momento non sono inserite, per poter fruire dei percorsi e delle agevolazioni previste per i malati cronici di altre patologie.	Invio alle Istituzioni (Regione Lazio e Ministero della Salute) della proposta di inserimento delle malattie infettive croniche nel Piano Nazionale e Regionale Cronicità da parte della Direzione Strategica di INMI L. Spallanzani, in virtù del percorso effettuato nell'ambito della gestione di tali patologie.
*Predisposizione e condivisione, seguita da ratifica e diffusione, del protocollo unico di gestione del paziente con malattia infettiva cronica presso gli APC dell'INMI, che prevede quanto individuato come necessario alla presa in carico sia sotto il profilo della <i>Retention in care</i> sia per l'approccio multidisciplinare del paziente.	Completamento degli incontri unitari dei due gruppi di lavoro (<i>Retention in care</i> e approccio multidisciplinare) con esito in ratifica di un protocollo unico di gestione della presa in carico del paziente cronico infettivo, con interventi comuni per i tre APC (es. scheda di valutazione del rischio e stratificazione dei pazienti), e caratterizzazione dei tre percorsi assistenziali: • ordinario, • con interventi che facilitano la <i>Retention in care</i> per i pazienti di media fragilità, • con interventi proattivi più impegnativi per i pazienti con grande rischio di abbandono del percorso di cura. Applicazione del protocollo ratificato a tutti i nuovi pazienti presi in carico dai tre APC e ai pazienti già in carico alla prima visita di controllo effettuata.
*Condivisione con i pazienti, i loro familiari/ <i>caregiver</i> e le loro associazioni del nuovo percorso delineato, al fine di recepirne condivisione, proposte di ottimizzazione, e implementarne l' <i>empowerment</i> .	Incontro con i pazienti già in carico nei tre APC. <i>Meeting</i> con le Associazioni di pazienti.
* I tre obiettivi finali sono stati condivisi dai due gruppi di <i>Retention in care</i> e di <i>Presa in carico Multidisciplinare</i> .	

Tabella 5. Sintesi dei risultati ottenuti dal *Team* dell'INMI L. Spallanzani in merito all'obiettivo *Presa in carico multidisciplinare del paziente fragile*. Anche in questo caso gli obiettivi finali sono condivisi dai due gruppi di *Retention in care e Presa in carico multidisciplinare*

Obiettivi	Risultati ottenuti
Analizzare i bisogni dei pazienti in carico sotto il profilo della necessità di approccio multidisciplinare per comorbidità associate e/o conseguenti alla patologia infettiva cronica di base.	Individuazione delle diverse complessità di quadri patologici e bisogno multidisciplinare presenti nei pazienti in carico nei tre APC. Individuazione degli specialisti medici e delle professioni sanitarie che è necessario coinvolgere nel percorso multidisciplinare delle diverse tipologie di pazienti in carico.
Identificazione dei fattori di complessità e di necessità di approccio multidisciplinare.	Stratificazione dei pazienti in carico in base alla presenza di 1, 2 o più comorbidità con diversa articolazione dell'approccio multidisciplinare da applicare nelle diverse coorti di pazienti in carico a bassa, media e alta complessità. Definizione del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) declinato per le tre tipologie di pazienti infettivi cronici per i tre APC e per diverso grado di complessità dato dalla presenza di comorbidità associate. Condivisione dei piani di lavoro delineati per le differenti tipologie di pazienti infettivi cronici in carico nei tre APC stratificate per complessità di percorso.
Superare il riferimento del medico unico per il paziente cronico incompatibile con l'organizzazione e la sua flessibilità, considerato il numero elevato dei pazienti in carico.	Modifica organizzativa che prevede non più uno ma due medici di riferimento per ogni paziente in grado di approcciarlo con continuità, mutuamente sostituibili ed entrambi a perfetta conoscenza del suo percorso di cura e delle sue necessità di supporto multidisciplinare del caso (infettivologo <i>case manager</i>) Individuazione della figura del <i>case manager</i> infermieristico come elemento di riferimento del paziente/ <i>caregiver</i> nel percorso multidisciplinare delineato, unificante rispetto ai percorsi tracciati dai diversi medici che intervengono nel processo di cura multidisciplinare e in grado di definire per ogni paziente un percorso personalizzato e una modalità di approccio personalizzata.

I risultati sopra sintetizzati testimoniano il raggiungimento degli obiettivi specifici in ciascuno dei casi studio. Ciò grazie al percorso integrato di formazione e *Coaching* che ha condotto i professionisti a rinforzarsi nel ruolo interdisciplinare, migliorando le competenze di *Comunicazione, Orientamento al Risultato, Teamworking e Negoziazione* e ad avere un approccio più strategico nell'affrontare le difficoltà interne, ciò permette di gestire meglio il senso di frustrazione derivante dall'eventuale fallimento.

Discussione e Conclusioni

Nella visione di IPACS, l'obiettivo strategico dei programmi di *Coaching* integrato è quello di sviluppare **Istituzioni Pubbliche e Comunità socio-sanitarie** competenti, mediante il potenziamento delle capacità degli operatori e delle comunità, nel governo dell'innovazione e del cambiamento. Sviluppando, infatti, le capacità degli individui e conseguentemente le loro competenze, e misurandone l'impatto sulle organizzazioni e sul sistema, si può costituire un **Capitale Nuovo**, basato su **Asset Intangibili** che, con il suo alto valore culturale e sociale, produce ricchezza per le istituzioni e quindi

per il Paese.

L'utilizzo di domande, a risposta chiusa, su situazioni specifiche, ricavate attraverso l'utilizzo della tecnica degli incidenti critici, aumenta la capacità degli *Assessor* di predire il comportamento futuro dei valutati [23]. Questo presupposto ha portato a costruire, attraverso domande a risposta multipla associate a video con domande aperte, situazioni in cui potessero essere espressi comportamenti specifici correlati alle capacità oggetto di osservazione. Come già osservato in alcuni studi [24,25] porre i valutati di fronte a situazioni simili a quelle che potrebbero potenzialmente incontrare permette di fare delle inferenze sull'attuazione di quegli stessi comportamenti in situazioni reali. Si è scelto di fare riferimento ai comportamenti e non ai tratti di personalità, perché si è ritenuta la personalità come un costrutto maggiormente stabile e non modificabile in un breve periodo, diversamente dai comportamenti che possono essere più facilmente appresi o modificati dalle persone in un processo di **empowerment**. I comportamenti, inoltre, più che i tratti di personalità (aspetti prettamente legati ad un intervento psicologico), possono essere più facilmente utilizzati dal *Coach* per implementare il progetto di sviluppo e permettono di strutturare un linguaggio

condiviso tra *Assessor* e *Coach*. Inoltre, l'utilizzo dei test di personalità nei processi di *Assessment* è maggiormente legato a mettere in luce e lavorare sul *potenziale* delle persone, in questo caso l'interesse della sperimentazione era quello di intervenire sui comportamenti agiti al fine di implementare piani di azione legati allo specifico obiettivo di sistema. Nei casi studio presentati risultano rafforzate la disponibilità verso gli altri e la disponibilità a collaborare. E' stata, inoltre, acquisita una maggiore libertà nelle relazioni, aiutando i professionisti ad essere meno controllati, più spontanei e capaci di mettere a fattor comune le proprie capacità e competenze, lavorando coscientemente per il bene del *Team* e dell'Istituzione. Sono risultate aumentate la tenacia e la determinazione a fare bene, motivazioni queste che originano dall'esigenza di vivere secondo criteri di rendimento elevati e di rilevanza sociale. Il risultato di una maggiore sicurezza in se stessi (autoefficacia) è la capacità di mostrarsi indipendenti, scevri da una manifesta dubbiosità verso i propri mezzi e con le idee chiare su se stessi, sui propri valori, apparendo ancora più efficaci e motivati nell'individuare e nel conseguire i propri obiettivi. Al termine del percorso la percezione che i professionisti hanno avuto di loro stessi non dipendeva più dal riconoscimento esterno, non temevano infatti più, come prima, il giudizio degli altri e non avevano bisogno di conferme per proseguire nell'impegno. Migliorava anche la capacità di confrontarsi con i cambiamenti che prima richiedevano uno sforzo di analisi e misura delle forze personali. Il cambio di prospettiva che tutto il percorso ha permesso è stato quello di leggere la realtà in modo più oggettivo e meno emotivo. La necessità di adattarsi alle situazioni non veniva vissuta con frustrazione, ma accettata in modo più sereno, nella consapevolezza che non può essere cambiato ciò che non dipende da se stessi. E' aumentato anche il senso di accettazione delle regole comuni, anche quando non pienamente condivise. I professionisti sono risultati più consapevoli delle responsabilità del loro lavoro e del riconoscimento dei limiti dovuti a fattori che non dipendono da loro. Il percorso ha consentito loro di gestire in modo più funzionale l'ansia e questo ha permesso loro di affrontare le sfide con più coraggio. Il percorso integrato di *Coaching* è dunque riuscito in modo effi-

cace a lavorare in maniera focalizzata sui bisogni e le aree di miglioramento emerse, accompagnando i professionisti in un cambiamento consapevole e produttivo che ha permesso a tutti di andare nella direzione desiderata, rafforzando l'autostima, potenziando le capacità e le aree di miglioramento, consolidando la motivazione e creando le condizioni favorevoli per una più efficace *performance* in ambito istituzionale.

Con futuri studi gli autori si propongono di approfondire come la cultura organizzativa e la motivazione aumenti le probabilità di successo, soprattutto in riferimento al numero totale delle competenze potenziate e non *core* (il cosiddetto *spill over effect*). Queste variabili organizzative potrebbero aver avuto un diverso impatto sulla Asl Roma 4 e su INMI L. Spallanzani in termini di partecipazione continuativa al percorso integrato di *Coaching* e rispetto all'intervento funzionale che ne ha determinato un differente risultato sugli effetti indiretti ottenuti dal percorso. In particolare, la cultura organizzativa, come dimostrano vari autori, influenza la *leadership* e le modalità con cui le persone interagiscono con l'organizzazione stessa [26].

I risultati ottenuti con questo protocollo di formazione sono stati inseriti nella piattaforma informatica, sviluppata da IPACS, chiamata **Piattaforma di empowerment**[®], che si fonda su algoritmi di ricerca basati sulle attitudini al rischio individuali e consente di misurare l'impatto sociale del potenziamento del cittadino e delle istituzioni.

I dati relativi inseriti nella piattaforma che misura e descrive la curva di evoluzione delle capacità di un singolo o di un *Team*, nonché gli effetti sull'organizzazione vanno a costituire la base dati per il *Technology Assessment* della tecnologia formativa. Si tratta di un primo tentativo per costruire il corpo delle evidenze empiriche a sostegno dell'introduzione sistematica nelle Istituzioni pubbliche del modello di *Coaching* integrato sperimentato, quale strumento per facilitare il perseguimento di obiettivi organizzativi predefiniti in contesti caratterizzati dall'esigenza di cambiamento e personalizzazione degli interventi.

E' noto infatti, che la formazione professionale specifica, soprattutto in ambienti pluridisciplinari e in organizzazioni complesse non è di per sé sufficiente

ad assicurare l'efficacia dell'organizzazione stessa se non accompagnata dallo sviluppo di motivazione e competenze relazionali adeguate al contesto di riferimento. La metodologia adottata, inoltre, si presta alla trasferibilità del modello in contesti diversi e per una estesa varietà di competenze potenzialmente in gioco.

Sono ancora negli occhi di tutti le immagini dei tanti operatori sanitari impegnati nella lotta al COVID-19 che hanno dovuto fronteggiare, prima senza nessuna esperienza e poi con scarsi supporti tecnologici e dispositivi di difesa, un nemico pericolosissimo. Ad emergenza conclusa, il SSN non dovrà solo continuare nell'investimento di risorse per macchinari, farmaci e presidi ma dovrà prendere atto che la chiave del successo è stata l'interdisciplinarietà e la capacità di lavorare in *Team* delle risorse umane sulle quali sarà necessario tornare ad investire concretamente.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il presidente ICF Italia, Dott. Fabrizio Bresciani, il *Team Leader* del Comitato Scientifico ICF Italia, Ing. Caterina Carbonardi, i *Coach* Antonella Carlucci, Letizia Carpineto, Paola Cutaia, Moira Fassari, Marzia Iori, Fiammetta Migani, Daniela Pagano, Roberto Palazzo, Marcello Pinzarrone, Daniela Ruggiero, Giuliano Tarditi, Rossella Trimarchi.

Il progetto presso INMI L. Spallanzani è stato realizzato con la sponsorizzazione non condizionante di Gilead Sciences Srl.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Bozer G, Sarros JC *Examining the Effectiveness of Executive Coaching on Coachees' Performance in the Israeli Context*. International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring 2012;10(1):14-32
2. Grant MA, Green LS, Rynsaardt J *Development coaching for high school teachers (executive coaching goes to school)*. Consulting Psychology Journal Practice and Research 2010;62(3):151-168
3. Kines P, Andersen LP, Spangenberg S, Mikkelsen KL, Dyreborg J, Zohar D *Improving construction site safety through leader based verbal safety communication*. Journal of Safety Research 2010;41(5):399-406
4. Grant AM, Curtayne L, Burton G *Executive Coaching Enhances goal attainment, resilience and workplace well-being: a randomised controlled study*. The Journal of Positive Psychology 2009;4(5)
5. Moen F, Skaalvik E *The effect from executive coaching on performance psychology*. Int J EBC & EBM 2009;7(2):31-49
6. Moen F, Allgood E *Coaching and the effect on self-efficacy*. Organization Development Journal 2009;27(4):69-81
7. Spence GB, Grant AM *Professional and peer life coaching and the enhancement of goal striving and well-being: an exploratory study*. The Journal of Positive Psychology 2007;2(3):185-94
8. Evers WJG, Brouwers A, Tomic W *A quasi-experimental study on management coaching effectiveness*. Consulting Psychology Journal Practice and Research 2006;58(3):174-82
9. IPACS - Institutional & Public Coaching Services <https://www.ipacs.it/ipacs-lancia-linvito-ad-aderire-al-progetto-di-empowerment-a-scuola-con-le-istituzioni/> (ultimo accesso marzo 2020)
10. Cioffi F, Cerbo M, Spandonaro F *Sviluppo di un approccio formativo innovativo interdisciplinare orientato alla realizzazione di policy istituzionali: percorso integrato di Coaching individuale e di Team, di Mentoring e Formazione d'aula*. HTA Focus 2019;3:101-113
11. Malterud K, Bjelland AK, Elvbakken KT *Systematic reviews for policy-making – critical reflections are needed*. Health Research Policy and Systems 2018;16:112 <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0387-9> (ultimo accesso marzo 2020)
12. Manzi A, Hirschhorn LR, Sherr K, Chirwa C, Baynes C, Awoonor-Williams JK et al. *Mentorship and coaching to support strengthening healthcare systems: lessons learned across the five Population Health Implementation and Training partnership projects in sub-Saharan Africa*. BMC Health Serv Res 2017;17(Suppl 3):831 doi:10.1186/s12913-017-2656-7
13. Cioffi F, Cicchetti A, Busby P, de Ferron D, La Pira I, Macri A et al. *Impatto del coaching sulla qualità di vita. Uno studio pilota*. HTA Focus 2018;1:9-18 DOI 10.23753/htafocus2018.01.002
14. Ministero della Salute *Piano Nazionale Cronicità*. 15 settembre 2016 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf (ultimo accesso marzo 2020)
15. Levati W, Saraò MV *Il modello delle competenze*. Ed. Franco Angeli, Milano, 1998
16. Spencer LM, McClelland DC, Spencer MS *Competency Assessment Methods: history and state of a art*. Hay-McBer Research Press, Boston, 1992

17. McClelland DC *Identifying Competencies with Behavioral-Event Interviews*. Psychological Science 1998 <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00065> (ultimo accesso marzo 2020)
18. Moderato P, Sirigatti S *L'uomo che cambia. Nuovi percorsi di intervento psicologico*. Ed. Franco Angeli, Milano, 1997
19. Sartori R *Metodi e tecniche di indagine e intervento in psicologia. Colloquio-Intervista-Questionario-Test*. LED Edizioni Universitarie, Milano, 2011
20. Spencer LM, Spencer MS *Competence at Work*. Ed. Wiley, New York, 1993 - Traduzione Italiana *Competenza nel lavoro*, Ed. Franco Angeli, Milano, 1995
21. Taylor PJ, Small B *Asking applicants what they would do versus what they did do: a meta analytic comparison of situational and past behaviour employment interview questions*. Journal of Occupational and Organizational Psychology 2002;75:277-94
22. Lombardo M, Eichinger RW *The Career Architect Development Planner* (1st ed.). Minneapolis: Lominger Ed. 1996
23. Huffcutt A, Arthur WJr *Hunter e Hunter (1984) revisited: interview validity for entry level jobs*. Journal of Applied Psychology 1994;79:184-90
24. Huffcutt AI, Conway JM, Roth PL, Klehe UC *The impact of job complexity and study design on situational and behavior description interview validity*. International Journal of Selection and Assessment 2004;12(3):262-73
25. Lahtam GP, Saari LM, Pursell ED, Campion MA *The situational interview*. Journal of Applied Psychology 1980;65(4):422-7
26. Shein EH *Cultura d'azienda e leadership*. Raffaello Cortina Ed. Milano, 2018

Elenco delle abbreviazioni

AIDS: Acquired immune deficiency syndrome – Sindrome da immunodeficienza acquisita
 APC: Ambulatori per Pazienti a Carico
 ASL: Azienda Sanitaria Locale
 BEI: Behaviour Employment Interview
 BPCO: Broncopneumopatia cronica ostruttiva
 COVID-19: COronaVirus Disease 19
 CREA Sanità: Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità
 HIV: Human Immunodeficiency Virus - Virus dell'immunodeficienza umana
 IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità
 INMI: Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
 IPACS: Institutional & Public Coaching Services
 MMG: Medico di Medicina Generale
 PLS: Pediatra di Libera Scelta
 PNC: Piano Nazionale della Cronicità
 PPI: Punto di Primo Intervento
 PTCP: Punto Territoriale di Cure Primarie
 SCP: Society for Coaching Psychology Italy
 PDTA: Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
 PS: Pronto Soccorso
 QALY: anni di vita corretti per qualità
 QoL: qualità della vita
 TB: tubercolosi
 SIAT: Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale
 SITCC: Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva
 SIRA: Sistema Informativo delle Residenze Assistenziali
 SK: Scheda di osservazione
 SSN: Servizio Sanitario Nazionale
 SSR: Servizio Sanitario Regionale