



# UNIVERSITÀ DI PARMA

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Master Universitario di 1° livello in Area Critica

### LA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

IN AREA CRITICA: una review

Studenti:

Bongiorno Rosalinda , Follini Silvia, Ghiglia Manuela, Malerba Paola  
Mancini Federica, Pagani Lorenza, Perniciaro Alessandro,  
Piccioni Leonardo, Spoto Noemi Manuela, Terenziani Stefano

Tutor di ricerca:

Alfonso Sollami

ANNO ACCADEMICO 2016-2017

## Sommario

1. Introduzione .....	3
2. Metodologia della ricerca .....	6
2.1. Materiali e metodi .....	6
2.2. Criteri di inclusione.....	6
2.3. Criteri di esclusione .....	8
2.4. Valutazione della letteratura .....	8
3. Risultati .....	10
3.1. La collaborazione interprofessionale in area critica .....	10
3.2. Fattori che compongono la collaborazione .....	12
3.2.1. Elevata formazione professionale .....	13
3.2.2. Rispetto reciproco tra le figure professionali.....	14
3.2.3. Comunicazione .....	14
3.2.4. Stabilità del personale .....	15
3.3. Le variabili che influenzano in modo positivo o in modo negativo la collaborazione in area critica.....	15
3.4. Gli strumenti .....	25
3.5. Outcomes .....	35
PARTE SECONDA .....	40
LO STUDIO.....	40
INTRODUZIONE.....	41
OBIETTIVI.....	43
METODO .....	44
STRUMENTI.....	44
IPOTESI (alcune): .....	45
Bibliografia revisione.....	46
Bibliografia studio .....	50
6. Appendice - Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione	

## 1. Introduzione

“Vince la squadra non il gruppo”. Si potrebbe partire da questo semplice concetto per definire quella che dovrebbe essere la chiave di volta all’interno di qualsiasi team per il raggiungimento di un obiettivo comune col fine di ottenere il massimo risultato possibile. Nella nostra epoca ci si ritrova in una società complessa, profonda ed organizzata dall’interazione di diverse professioni, e quindi professionisti, che ne fanno parte per mantenere l’ecosistema saldo e funzionale, in cui il singolo soggetto professionale va ad interagire e intersecarsi all’interno di un contesto sempre più ampio e ramificato con altre figure professionali.

Questo concetto lo possiamo ritrovare radicato profondamente all’interno del sistema sanitario, in cui vari professionisti intersecano il proprio operato al fine di raggiungere e garantire l’ottenimento del miglior risultato di salute raggiungibile per il paziente. Infermieri, medici, fisioterapisti, dietologi, operatori socio sanitari, questi sono alcuni dei professionisti che fanno parte di questo sistema e che collaborano insieme regolarmente. Come già detto, anche l’assistenza infermieristica fa parte di questa nuova realtà. L’importanza della collaborazione è tale che possiamo ritrovarla tra i principi etici e morali propri del codice deontologico infermieristico in cui viene affermato testualmente nell’articolo 14 che: “L’infermiere riconosce che l’interazione fra professionisti e l’integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell’assistito”.

Partendo da questo presupposto, all’interno del sistema sanitario gli infermieri collaborano e cooperano con molti professionisti, ma principalmente insieme alla figura del medico, per garantire una corretta gestione interna del reparto, delle sue dinamiche e per produrre un effetto benefico al paziente. Questi due professionisti si intersecano in maniera differente a seconda del contesto lavorativo in cui operano, però, qualsiasi sia quest’ultimo, essi devono basare il proprio operato sulla collaborazione. Tutti i contesti quindi devono essere fondati sul principio della collaborazione intra e inter professionale, in particolare all’interno dell’area critica data la sua complessità e la presenza di situazioni ad alta intensità operativa. All’interno di questi reparti, i pazienti presentano condizioni cliniche ad elevata criticità in cui la loro gestione richiede una profonda conoscenza, prontezza di riflessi, modelli mentali condivisi ed elastici per

saper gestire al meglio l'evoluzione clinica della malattia e non rimanere sopraffatti dalle criticità (Adler-Milstein, 2011). Tuttavia tutti questi aspetti risultano depotenziati e ridotti del loro valore se vengono inglobati all'interno di un contesto lavorativo in cui i professionisti non collaborano tra di loro.

La collaborazione infatti all'interno di un team è fondamentale, poiché rappresenta quel processo interprofessionale basato sulla comunicazione nella quale i singoli, responsabili del proprio lavoro, si percepiscono a sua volta parte di un gruppo definito che opera in maniera interdipendente e funzionale all'obiettivo (Richardson, Team working in intensive care: current evidence and future endeavors, 2010). Queste dovrebbero essere le basi per espletare un processo collaborativo efficace. I vari percorsi formativi, sia dei medici e sia degli infermieri, enfatizzano e promuovono l'importanza della collaborazione e della sua implicazione ordinaria nella relazione con i vari professionisti, ma alla fine, non si ritrova un riscontro netto nella pratica professionale (Richardson, Team working in intensive care: current evidence and future endeavors, 2010).

Ma, perché attualmente tutto ciò si verifica saltuariamente? Quali sono i problemi riscontrati? Molti studi e ricerche hanno evidenziato tale situazione già a partire dagli inizi degli anni 2000 con il report pubblicato dall'Istituto di Medicina intitolato "Errare è umano" (Despins, Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team , 2009). Sfortunatamente questo trend non è andato a scemare con il passare degli anni, anzi, studi recenti della letteratura (HealthGrades Study,2008) attorno al successivo decennio riportano circa 238.300 casi di morti dovuti ad incidenti potenzialmente evitabili proprio all'interno di aree ad alta complessità assistenziale come le terapie intensive. Si è potuto osservare come proprio una scarsa collaborazione e comunicazione siano fattori causali per la manifestazione di molti incidenti clinici, di cui la maggior parte evitabili (Despins, Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team , 2009).

In tutti questi casi si evidenzia come ci sia un fallimento da parte dei professionisti nel lavorare insieme come un team. Le motivazioni dietro questa situazione sono diverse: nella maggior parte dei casi si creano contrasti personali e ostacoli fisici alla collaborazione tra medici e infermieri quando i primi rimangono ancorati a una

concezione dell'essere umano legata alla gestione del malato nella sua dimensione prettamente biologica, rispetto alla visione olistica della professione infermieristica e, inevitabilmente, tutto ciò porta all'assenza di modelli mentali condivisi e all'applicazione di pratiche o attività non condivise pienamente dai due professionisti (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care: interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013). Tutt'oggi in alcuni contesti è presente un rapporto di carattere gerarchico in cui i professionisti sanitari non si trovano sullo stesso piano, come vorrebbe una collaborazione tra pari, ma radicati in un contesto di subordinazione invece che di collaborazione. Ci sono diverse soluzioni per facilitare la comunicazione e risolvere queste problematiche ma il passaggio dal concetto teorico a quello pratico rispetto a come collaborare efficacemente, come mostrato dalla letteratura e dalla pratica clinica, non risulta così immediato (Reader, 2007). Far convivere l'interfaccia individuale con quella collettiva non è affatto semplice dato che ogni persona con cui ci si relaziona è diversa e presenta una propria realtà personale con idee e mentalità proprie, legate anche alla famiglia professionale di appartenenza. Tuttavia queste difficoltà non devono precludere la volontà di ricercare una collaborazione efficace, anzi, tutto ciò deve essere un elemento su cui il professionista deve lavorare per cercare di migliorare in primis l'outcome salute del paziente e successivamente lui stesso come professionista. Questo processo mentale deve perseguire i principi cardine delle professioni sanitarie in cui la ricerca e l'osservazione delle proprie criticità non diventa un elemento di autocommiserazione ma di crescita e sviluppo. Per farci un'idea più attuale e coerente con la nostra visione operativa è necessario analizzare i vari aspetti che definiscono la collaborazione e come questi la influenzano; tutto ciò per riuscire a determinare quale siano le azioni future da conseguire per migliorare questo approccio o per valutarne le criticità.

## 2. Metodologia della ricerca

### 2.1. Materiali e metodi

La ricerca bibliografica dei documenti scientifici è stata condotta elaborando una strategia specifica per le principali banche dati biomediche quali Pubmed, Cochrane, Cinahl, Psychology and Behavioral Collection e Psycinfo. La strategia di ricerca per il reperimento dei documenti ha previsto l'utilizzo di parole chiave/termini MESH per ogni database. La ricerca delle evidenze è stata condotta considerando l'arco temporale di pubblicazione che va dall'anno 2007 al 2017. Nella prima fase della revisione bibliografica, dopo aver inserito le parole chiave nelle banche dati sono stati reperiti 1121 studi. Successivamente, dopo la lettura del titolo e dell'abstract sono stati ottenuti un totale di 165 studi, di cui 100 su Pubmed, 32 su Cinahl, 13 su Cochrane e 20 tra Psycinfo e Psychology and Behavioral Collection. Nella seconda fase di ricerca, sono stati inclusi solo gli articoli che rispondono ai criteri di ricerca sotto elencati.

### 2.2. Criteri di inclusione

La ricerca bibliografica non ha inserito limiti al genere delle fonti, perciò sono state incluse fonti primarie (RCT) e fonti secondarie (revisione sistematica della letteratura, metanalisi). Si è deciso di considerare gli articoli pertinenti all'obiettivo della ricerca considerando una popolazione di soggetti adulti (età > 18 anni), senza distinzione di genere, condizione clinica, tipologia chirurgica, medica ed ospedalizzazione.

La ricerca bibliografica preliminare è stata condotta tra i mesi di maggio 2017 e giugno 2017, consultando le banche dati riportate precedentemente, utilizzando le parole chiave e i limiti indicati esaminando la letteratura internazionale.

Infine, per la natura della tematica, non è stata considerata la letteratura grigia.

Nella Tabella 1 verrà descritto la stringa di ricerca.

DATABAS E	STRINGHE DI RICERCA	LIMITI
<b>PubMed</b>	<p><i>-Interprofessional collaboration AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Teamwork AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Interprofessional collaboration AND Critical care</i></p> <p><i>-Collaboration AND Nurs* AND Physician AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Teamwork AND Emergency room</i></p> <p><i>-Interprofessional collaborative nurs* AND Physician</i></p>	<p>- Human</p> <p>- All adult</p> <p>- Date of publication: from 2007 until 2017</p> <p>- Language: English</p>
<b>Cinahl</b>	<p><i>-Interprofessional collaboration AND Critical Care</i></p> <p><i>-Collaboration AND Nurs* AND Critical care</i></p> <p><i>-Interprofessional collaboration AND Nurs* AND Physician AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Interprofessional collaboration AND Nurs* AND Physician</i></p> <p><i>-Critical care AND Nurs* AND Physician AND Collaboration</i></p> <p><i>-Intensive care unit AND Nurs* AND Physician AND Collaboration</i></p> <p><i>- Collaboration AND Nurs* AND Physician</i></p> <p><i>-Critical care AND Collaboration AND Nurs* AND Physician</i></p> <p><i>- Collaboration AND Nurs* AND Physician AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Teamwork AND Intensive care unit</i></p> <p><i>-Teamwork AND Emergency room</i></p> <p><i>-Interprofessional Collaboration AND Intensive care unit AND Health professional</i></p> <p><i>-Interprofessional collaboration AND Intensive care unit</i></p>	<p>- Human</p> <p>- All adult</p> <p>- Date of publication: from 2007 until 2017</p> <p>- Language: English</p>

<b>Cochrane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Intensive care unit</i></li> <li>-<i>Teamwork AND Intensive care unit</i></li> <li>-<i>Collaboration AND Nurse AND physician</i></li> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Critical Care</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Human</li> <li>- All adult</li> <li>- Date of publication: from 2007 until 2017</li> <li>- Language: English</li> </ul>
<b>Psycinfo e Psychology and Behavioral Collection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Intensive care unit</i></li> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Nurs* AND Intensive care unit AND Health professional</i></li> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Nurs* AND Intensive care unit AND Health professional</i></li> <li>-<i>Interprofessional collaboration AND Nurs* AND Health professional</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Human</li> <li>- All adult</li> <li>- Date of publication: from 2007 until 2017</li> <li>- Language: English</li> </ul>

Figura 1- Stringhe di ricerca

Le parole chiave che hanno permesso di ottenere gli studi selezionati sono state: Collaboration; Nurs\*; Physician; Critical care; Interprofessional; Teamwork; Intensive care unit; Health professional; Emergency room; Equipe.

### 2.3. Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dall'analisi della letteratura gli studi che trattavano la presenza di studenti infermieri e/o medici, di aree specialistiche come la pediatria, l'oncologia o altre aree mediche e studi in altre lingue diverse dall'inglese.

Nella terza fase della ricerca degli articoli, sono stati recuperati 98 "full text" ed analizzati criticamente dopo aver applicato nel dettaglio i criteri di esclusione. Nella quarta ed ultima fase della ricerca dei testi, sono stati inclusi un totale di 39 studi.

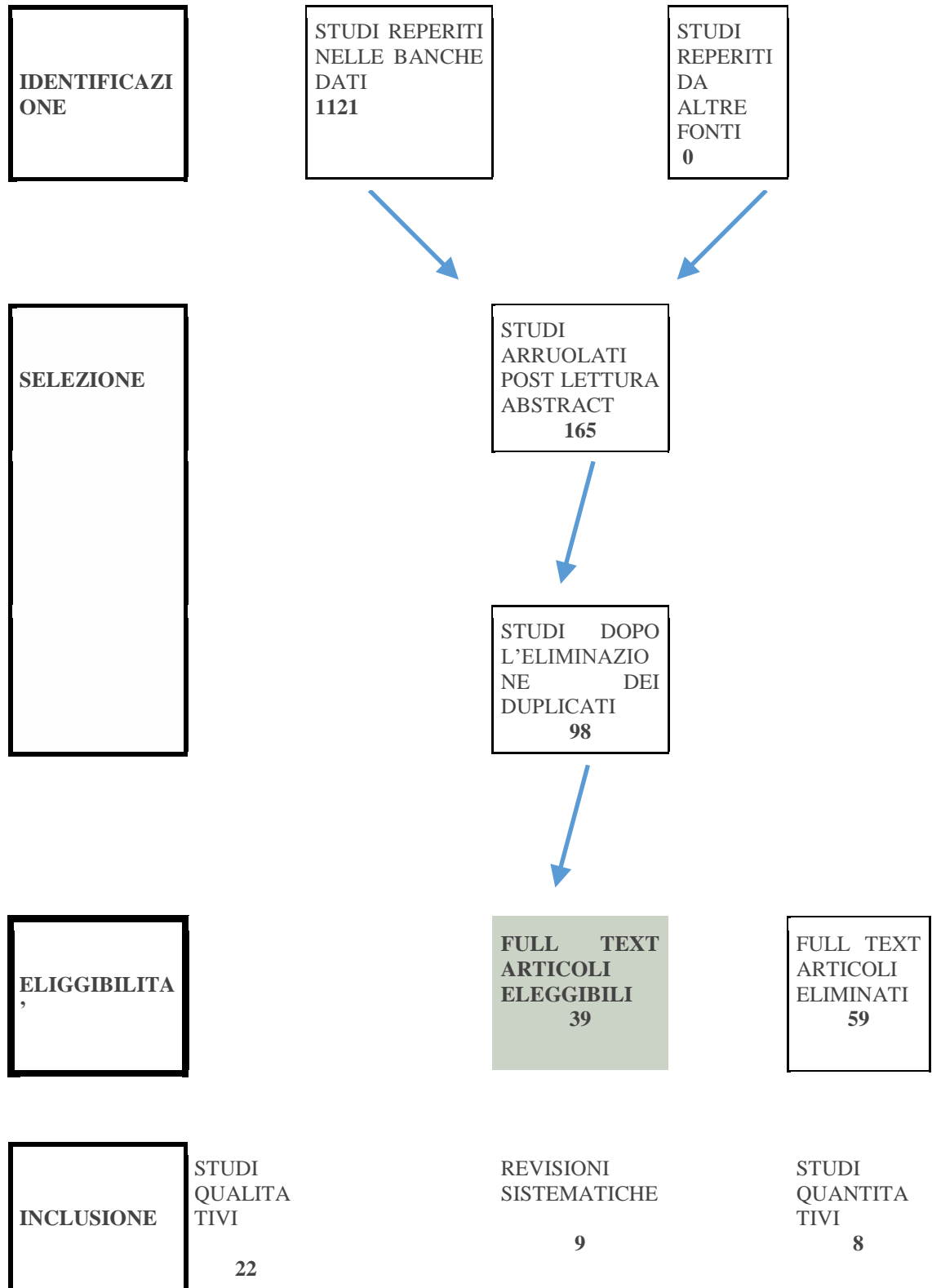
### 2.4. Valutazione della letteratura

La ricerca bibliografica è stata condotta indipendentemente da dieci revisori che hanno esaminato tutte le voci bibliografiche e hanno valutato la potenziale eleggibilità in base alla tipologia di documento e all'argomento descritto. Nel caso in cui la valutazione non



sia stata possibile dal titolo o dall'abstract, si è proceduto alla valutazione del testo integrale. I risultati delle selezioni indipendenti sono poi stati confrontati ed il disaccordo risolto attraverso discussione.

FLOW CHART



## 3. Risultati

### 3.1. La collaborazione interprofessionale in area critica

Il problema della collaborazione interprofessionale tra professionisti sanitari non è un concetto nuovo nella sanità. È quel processo che consente la crescita dei rapporti professionali, ovvero un lavoro di squadra dove i medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari cooperano migliorando le loro prestazioni, il tutto a beneficio del paziente. (Kathleen A. McGrail, 2008).

La collaborazione tra i professionisti di assistenza è necessaria in qualsiasi contesto sanitario, in quanto non esiste un'unica professione in grado di soddisfare tutte le esigenze del paziente (Vasiliki Matziou, Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. , 2014).

È un lavoro di squadra che richiede caratteristiche sociali, come la collettività, la cooperazione, l'impegno e la responsabilità in maniera tale da promuovere, l'interazione, l'armonia, il rispetto reciproco e la comunicazione tra professionisti della salute (José Luís Guedes dos Santos, 2016).

In diversi studi analizzati, si è potuto osservare come nel corso degli ultimi anni in Italia, si è passati da un'organizzazione quasi esclusivamente gerarchica, dove la figura del medico era al vertice e orientava gli infermieri alle loro mansioni, ad una cooperazione più indipendente e responsabile dei ruoli professionali, andando di conseguenza a correggere quelli che erano le relazioni di potere e sostenere l'autonomia degli infermieri, dal momento che il lavoro di squadra e l'autonomia sono diventati gli obiettivi centrali per una cura efficace ed efficiente con lo scopo di portare a meno errori e ritardi e massima sicurezza del paziente stesso. (Elizabeth D.E. Papathanassoglou, 2012) (Kydonas Ch K, 2010).

È così emerso che un'efficace collaborazione medico-infermiere è associata a risultati clinici significativamente migliori. Vengono considerati positivi quegli atteggiamenti che adottano il modello complementare (non gerarchico) che, deve essere promosso fin dalla sua formazione e rinforzato nella pratica quotidiana. (Alessandro Condotta, 2007).

L'unità di terapia intensiva (ICU) è un ambiente di lavoro dinamico, complesso e

a volte estremamente stressante, che coinvolge ad un'esposizione continua a eventuali complessità nel funzionamento del team interprofessionale ((Rose PhD, 2011), difatti, la composizione del team lavorativo delle ICU è in continua evoluzione (DOMINIQUE PIQUETTE, 2009).

In letteratura sono state scritte molte evidenze scientifiche sulla comunicazione e collaborazione interprofessionale in area critica. Le unità di terapia intensiva sono degli esempi di complessità multidisciplinari e necessitanti di un elevato bisogno di comunicazione inter-intra professionale (PAPATHANASSOGLU 2013), che deve essere inteso, come un approfondimento relativo all'argomento dei conflitti tra le varie figure sanitarie al fine di eliminarli e rendere così positivi gli outcomes dei pazienti e delle loro famiglie, come citato in un recente studio "CONFLICTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT" (Maria Wujtewicz, 2015).

Per questo motivo, come emerge dalla revisione sistematica della letteratura, per ridurre il rischio di manifestarsi situazioni potenzialmente fatali, bisogna applicare un efficace strumento interprofessionale, cioè una forte e decisa collaborazione ("Sung Eun Kim, 2015).

Molti articoli affermano in maniera globale che, la collaborazione interprofessionale in un team di professionisti è un processo che si basa sulla comunicazione, se non si comunica non si potrà mai conoscere la storia dell'altro, e il *decision making*, quel processo che porta il professionista sanitario a prendere una decisione da parte di un individuo o di un gruppo. Per espletare una buona collaborazione è necessario avere alla base un buon concetto di team efficace, dove i singoli si percepiscono a sua volta parte di un gruppo definito che opera in maniera interdipendente. Definiamo per team due o più individui che interagiscono tra di loro, possiedono uno o più obiettivi comuni, sono riuniti insieme per compiere richieste pertinenti in modo organizzato, mostrano interdipendenza, hanno obiettivi e risultati condivisi , differenti ruoli e responsabilità, ma sono integrati assieme in un sistema organizzativo tramite legami e rapporti all'interno di un più ampio contesto dove di norma, questi team dovrebbero essere specializzati nella comunicazione chiusa , che garantisce lo scambio di informazioni chiare, provvede all'invio di feedback utili ovvero la

conferma di aver percepito quelle informazioni e di averle comprese. (Papathanassoglou, The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm, 2013); (Richardson, Team working in intensive care: current evidence and future endeavors, 2010).

In conclusione possiamo affermare che requisito fondamentale per garantire una buona assistenza sanitaria è la comunicazione, intesa come collaborazione che avviene tra professionisti, atteggiamenti di condivisione reciproca delle responsabilità e delle conoscenze che ambedue hanno, nel rispetto dei loro ruoli, delle autonomie, nella ricerca di aiuto, ma soprattutto interpretando i campi di sovrapposizione delle competenze come positivi ed opportuni momenti di aggregazione lavorativa.

La collaborazione tra figure professionali è una strategia di fattibile praticabilità negli ambienti sanitari, infatti in tutti questi ambienti di lavoro, vengono a contatto professionisti diversi che però mirano ad ottenere un risultato comune.

Per collaborazione intendiamo quindi, un lavoro di squadra, dove medici, infermieri e professionisti della salute, lavorano insieme, prendono decisioni per migliorare le prestazioni sanitarie.

### 3.2. Fattori che compongono la collaborazione

Dalla revisione della più recente letteratura emerge che, affinché vi sia una positiva collaborazione inter-professionale all'interno dei reparti d'Area Critica, vi sono quattro aspetti fondamentali da tener presente:

- elevata formazione professionale (Monica Kvandea 2016)
- rispetto reciproco delle diverse figure che compongono l'equipe multi-professionale (Medico – Infermiere) (Rei Ushiro 2009)
- comunicazione efficace (Reader 2009) (Simon Kitto 2015) - (Monica Kvandea 2016) (Vasiliki Matziou, et al. 2014) (Bo Van den Bulcke 2016)
- stabilità del personale (Lisbet Meurling 2013) (Deena Kelly Costa 2014) (Sarah A. Collins 2009) (Deena Kelly Costa 2016)

### 3.2.1. Elevata formazione professionale

Per elevata formazione del personale s'intende, non soltanto la formazione strettamente correlata all'ambito professionale specifico (percorso di laurea e studi specialistici), ma anche formazione specifica multidisciplinare al lavoro in team, soprattutto in situazione d'urgenza / emergenza; ciò migliora l'outcome dei pazienti, nonché il clima lavorativo all'interno dell'equipe stessa (Lisbet Meurling 2013).

In relazione alla formazione d'equipe, diversi studi da noi analizzati evidenziano come aspetti chiave:

l'identificazione di un Team-Leader (Reader 2009)

l'Implementazione di una comunicazione che sia precisa ed efficace (Rei Ushiro 2009) - (Monica Kvandea 2016) - (Deena Kelly Costa 2016) - (Simon Kitto 2015)

Periodi d'esercitazione del team per migliorare il livello di coordinazione (Lisbet Meurling 2013)

Team leader = figura del team che si assume il compito di definire gli obiettivi, le aspettative, l'organizzazione delle risorse e di coordinare le varie attività (Reader 2009); la sua identificazione inciderebbe positivamente anche sulla fiducia ed il rispetto tra le figure professionali coinvolte (McMurtry 2010) - (Rei Ushiro 2009) - (Sarah A. Collins 2009) (A.Fox 2014) - (Sung Eun Kim 2015).

L'avere una comunicazione precisa ed efficace incide certamente in maniera significativa riguardo il livello di coordinazione tra i membri dell'equipe (Lisbet Meurling 2013) - (Vasiliki Matziou, et al. 2014) - (Rei Ushiro 2009) - (Monica Kvandea 2016) - (Deena Kelly Costa 2014) - (Simon Kitto 2015) - (Bo Van den Bulcke 2016)

I periodi d'esercitazione del team, oltre a migliorare l'aspetto comunicativo/relazionale e di coordinazione migliorano anche la divisione dei carichi di lavoro, così da avere una miglior gestione delle azioni correlate all'assistenza (Bo Van den Bulcke 2016).

Altro aspetto non meno importante riguardanti la formazione sono i momenti di feedback: risulta utile identificare un momento, successivo ai periodi d'esercitazione ed agli interventi lavorativi in cui i diversi soggetti del team analizzino il proprio operato ed identifichino i punti di forza e le carenze su cui implementare la formazione (Lisbet Meurling 2013) (Deena Kelly Costa 2016) (A.Fox 2014).

### 3.2.2. Rispetto reciproco tra le figure professionali

Altro aspetto fondamentale per poter fornire un'assistenza altamente professionale, si basa sul principio che ogni figura del team sia egualmente utile alla gestione del processo assistenziale, cioè non si verifichino episodi in cui una delle due figure professionali da noi prese in considerazione (Medico ed Infermiere) prevarichi sull'altra (Rei Ushiro 2009) (Kathleen A. McGrail 2008). Affinché vi sia rispetto reciproco, è indispensabile che ogni professionista abbia un alto livello d'autostima professionale, un'elevata formazione (da implementare attraverso i programmi di formazione continua), chiare competenze all'interno dell'equipe e buona capacità comunicativa, sia all'interno del team che con il paziente ed i familiari (Lisbet Meurling 2013) (Sarah A. Collins 2009).

### 3.2.3. Comunicazione

Terzo aspetto chiave, una corretta comunicazione influenza positivamente sia l'aspetto di leadership che l'aspetto di coordinazione del team, nonché i rapporti che l'equipe ha con i familiari delle persone assistite (Rei Ushiro 2009) (Monica Kvandea 2016) (Deena Kelly Costa 2014) (Simon Kitto 2015) (Bo Van den Bulcke 2016).

Dagli articoli analizzati è emerso che, al fine di migliorare l'assistenza e quindi il lavoro in equipe è necessaria la condivisione degli obiettivi assistenziali tra medico ed infermiere, anche attraverso momenti di riunione in cui vengono discussi i piani d'assistenza, gli interventi d'attuare e il feedback successivo agli interventi: (Deena Kelly Costa 2014) è auspicabile dunque che si adotti un sistema di comunicazione aperto, in cui ogni professionista condivida le proprie conoscenze e si confronti con le altre figure professionali (A.Fox 2014). Quest'aspetto di condivisione risulta anche essere particolarmente utile all'affermazione dell'autostima professionale e alla gestione dello stress correlato all'assistenza (condizione che può essere frequente negli ambiti lavorativi da noi presi in considerazione) (Lisbet Meurling 2013) (Vasiliki Matziou, et al. 2014) (Rei Ushiro 2009) (Monica Kvandea 2016) (Sarah A. Collins 2009) (Deena Kelly Costa 2016) (Sung Eun Kim 2015).

### 3.2.4. Stabilità del personale

Ultimo macro-aspetto che emerge dalla revisione della letteratura, si riferisce ad un basso turn-over del personale dei reparti d'area critica.

Un basso turn-over permetterebbe di avere professionisti con più anni d'anzianità lavorativa, quindi maggiormente specializzati e più sicuri delle proprie conoscenze e delle azioni correlate all'assistenza a persone critiche, nonché con maggiori capacità di gestione dello stress assistenza correlato (Unni Krogstad 2004) (A.Fox 2014) (Sung Eun Kim 2015).

Le caratteristiche cui sopra sono sicuramente positive per una migliore cooperazione Medico – Infermiere e permettono in sintesi di poter assistere i pazienti in maniera più sicura, migliorandone certamente gli outcome (Vasiliki Matziou, et al. 2014) (Deena Kelly Costa 2014).

### 3.3. Le variabili che influenzano in modo positivo o in modo negativo la collaborazione in area critica

La collaborazione presenta diverse variabili che la possono influenzare in maniera positiva o negativa, infatti molte ricerche hanno postulato che il futuro della pratica in terapia intensiva si affiderà sull'amministrazione e sul lavoro di squadra e in particolare sulle abilità non tecniche che facilitano l'efficacia, come per esempio, l'ascolto, la comunicazione e l'empatia, le quali saranno delle variabili fondamentali per l'intero lavoro del team. Molti studi si sono concentrati su come migliorare la collaborazione e tanti di questi hanno riscontrato nell'educazione interprofessionale come un elemento di profondo interesse per migliorarne l'efficacia (Papathanassoglou, The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm, 2013) (Despins, Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team, 2009). Uno dei benefici dell'educazione interprofessionale sembra essere l'opportunità di fare un passo indietro e riconsiderare i nostri presupposti in merito alla cura, i ruoli di ciascuno e il modo in cui interagiamo tra di noi per effettuare l'assistenza (Gilbert, 2010). L'educazione interprofessionale (IPE), secondo Papathanassoglou

potrebbe essere l'elemento chiave per smuovere i nostri valori, i nostri paradigmi e conseguentemente di fornire assistenza in ambiti di area critica, passando da una situazione di frammentazione ad una posizione di condivisione delle conoscenze, di forza e impegno reciproco. L'IPE è presa in considerazione al fine migliorare il lavoro di squadra e il processo di cura del paziente, per rafforzare la collaborazione interprofessionale, la comunicazione e per procurare soddisfazione nei professionisti (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013). Molte associazioni, tra cui la *World Federation for Medical Education* insieme all'associazione nazionale dell'*Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, si sono dimostrate desiderose di promuovere la IPE, che si manifesta quando gli studenti di una o più professioni imparano, da una e insieme all'altra, per rendere possibile una collaborazione efficace e per migliorare gli esiti di salute. Però gli studi sull'applicazione dell'IPE in ambito critico, sono scarsi, limitati alle esperienze di laboratori di simulazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto diversi meccanismi per sviluppare l'educazione interprofessionale. Per implementare l'IPE e per raggiungere gli esiti desiderati, deve essere basata su una struttura educativa solida e possibilmente includere una preparazione sia pre e post universitaria, per esempio in ambito specialistico o di Master (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013). Inoltre potrebbero essere messi in atto diversi approcci come il tutoraggio interprofessionale, simulazioni e la ricerca (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013). Bunniss e Kelly (Judith Martine Wagter, 2012) affermano che "i membri del team apprendono naturalmente l'uno dall'altro utilizzando processi di apprendimento esperienziali, evoluti e impliciti, tutti processi relazionali". Le relazioni sono fondamentali per costruire comunità informali di apprendimento. "La gente ama associarsi ad altri simili" (Kilduff, 2003), ciò spiega il grado relativamente ridotto di apprendimento informale tra le professioni. Da uno studio di Piguette è emerso che gli infermieri sono spesso lasciati dopo una situazione d'emergenza con domande senza risposta e reazioni emotive negative che vengono condivise solo attraverso discussioni



informali, spesso intra professionali (Piquette Diminique, 2009). Tra le altre varie ricerche sull'argomento spicca una revisione della letteratura effettuata da Richardson (2010) che suggerisce quattro aree specifiche che possono avere un impatto positivo sia sull'esito del paziente e sulla collaborazione in terapia intensiva: la comunicazione, la coordinazione, la leadership e la capacità decisionale. Tale ricerca ha suggerito che, un modo per facilitare la collaborazione nelle unità di terapia intensiva, consiste nello sviluppare un ambiente di lavoro che fornisca risorse sufficienti per permettere alla squadra di lavorare bene, quindi incrementare le probabilità di successo. Tra le caratteristiche essenziali per la pratica infermieristica spiccano la collaborazione e il lavoro di squadra e quindi la scarsa comunicazione e collaborazione possono essere la causa di errori sanitari, eventi avversi o ritardi di trattamento. Alcuni studi (Chunli Liao Y. Q., 2015) riportano che le scarse interazioni, la mancanza di sostegno alla fonte, di coordinamento, e di autonomia all'interno del suo campo di applicazione sono fattori sfavorevoli alla collaborazione (Chunli Liao Y. Q., 2015). Dallo studio di Richardson (2010) è emerso che l'ambiente delle ICU genera, molto spesso, contrasti e incomprensioni; quindi un buon feeling medico-infermiere è in grado di appianare e gestire tali conflitti. I risultati hanno dimostrato che l'efficacia professionale influenza positivamente l'impegno degli infermieri nel loro lavoro, che a sua volta migliora la qualità della collaborazione tra gli infermieri stessi ed i medici. L'esperienza di una collaborazione di successo promuove un senso d'efficacia negli infermieri, andando così a creare un circolo virtuoso tra efficacia e collaborazione (Richardson., 2010). Un'incrementata efficacia professionale permette agli infermieri di confidare nelle proprie competenze, e probabilmente li può incoraggiare a contribuire più attivamente, piuttosto che rimanere in silenzio durante il processo decisionale multidisciplinare (Richardson., 2010). D'altro canto la dissociazione tra infermieri e medici sulla decisione clinica corretta da mettere in atto e la mancanza di considerazione per altri suggerimenti sono stati menzionati da entrambi i gruppi, ossia lo "scontro di competenza" e la "mancanza di riconoscimento delle competenze dell'altro" (Louise, 2011). Da uno studio è emerso che i medici credevano che le spiegazioni fisiologiche o le diagnosi cliniche finali erano preoccupazioni specifiche per la loro professione, e potrebbero non vedere un vantaggio personale interagire ulteriormente con infermieri

una volta che la crisi si è risolta (Piquette Diminique, 2009). Mentre si può supporre che modelli mentali condivisi tendano a convergere nel tempo, è preferibile che il team di terapia intensiva possieda, all'interno di esso, sin da subito, una stabilità, il quale è necessario per migliorare e stabilizzare la coordinazione del team. Perni essenziali sono la necessità di una comunicazione più aperta, la partecipazione attiva, e un'atmosfera aperta e costruttiva (Bulcke, The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: a single centre intervention study, 2016). La letteratura recente fornisce un approfondimento sul miglioramento della comunicazione e della collaborazione attraverso fasi interprofessionali, discussioni di casi e accesso elettronico alle informazioni interprofessionali (Hripcsak, 2011) (Scheinkestel, 2009) (Rice, 2010) (Zwarenstein, 2009). Per avere successo, gli interventi nella comunicazione e nello scambio di informazioni dovrebbero rispettare la cultura locale e il contesto (Mickan, 2005) (Minvielle, 2005) (Piers, 2011). Recenti scoperte hanno indicato che il turn over dei membri del team ha impatti negativi sull'apprendimento, sull'interazione sociale e sulla flessibilità delle richieste nell'autogestione del team (Reader., 2009). Ulteriormente, la mancanza di stabilità dei membri del team, tra una crisi e la successiva, potrebbe lasciare i medici riluttanti a investire tempo e sforzi nello sviluppo del team (Richardson., 2010). Al contrario, un grado di forte stabilità potrebbe creare un senso di unione e condivisione tra i membri del team, che può facilitarne sia comportamenti positivi, sia la formazione di un'identità condivisa e una coordinazione adeguata (Richardson., 2010) (Reader., 2009). A supporto di quanto detto, recenti ricerche hanno mostrato che se gli infermieri sviluppano un forte legame affettivo con il proprio team, probabilmente saranno più propensi ad investire in relazioni di qualità con i colleghi (Richardson., 2010). Uno dei quattro elementi studiati da Richardson, che compone e influenza la collaborazione nell'unità di terapia intensiva, è la presenza di un team leader stabile. Il suo studio ha suggerito che l'idea di cambiare il team leader blocca la qualità del rapporto tra il leader stesso ed i suoi colleghi, precisamente in merito alla costruzione di un substrato emotivo e ad altre risorse cruciali. Il possesso di una stabilità all'interno del team è un altro fattore cruciale per lo sviluppo di una fiducia reciproca e una partecipazione sicura all'interno dei team, fiducia che sembra abbia un importante impatto sull'attività di presa in carico e collaborazione in terapia intensiva.

Richardson, tramite una revisione sistematica della letteratura, ha mostrato come segni di fiducia erano evidenti nel momento in cui c'era un'elevata cooperazione multidisciplinare durante i giri visite, la quale veniva percepita sotto forma di riconoscimento reciproco delle diverse attività e prospettive professionali dei vari membri del team (Richardson., 2010). I principali elementi che facilitano il processo di formazione della fiducia includono un'assistenza infermieristica che presta ascolto, risponde prontamente alle difficoltà e mostra sensibilità verso il resto dello staff. Inoltre, anche la partecipazione in sicurezza è un elemento cruciale dell'intero processo, il quale incoraggia il coinvolgimento e l'impegno dei membri e ne riduce i conflitti al cambiamento (Richardson., 2010). La sicurezza nel partecipare dipende da quanto i componenti del team si sentano tranquilli ed al sicuro di poter confrontarsi e condividere informazioni apertamente senza paura di creare contrasti o di aver imbarazzo. Tutto ciò risulta particolarmente importante nei team di terapia intensiva con una struttura gerarchica, dove i componenti del team più bassi nella gerarchia, ma anche i membri del team junior con i colleghi senior, potrebbero essere riluttanti a comunicare eventi di entità minore per paura di apparire incompetenti (Rose L. , 2011). Tra gli altri elementi chiave nello studio di Richardson (2010) spicca la fase di valutazione dell'intero processo all'interno del team, la quale stima quanto i componenti riflettano insieme sugli obiettivi in comune, sui processi, sulle strategie d'azione e su come adattarsi alle circostanze previste o impreviste. Recenti studi hanno mostrato che i team in terapia intensiva sono carenti nel valutare i propri progressi e le proprie performance durante la fase di valutazione, suggerendo che ci riflettono poco (Richardson., 2010). In un altro studio Reader (2009), ha potuto osservare come dopo una crisi gli infermieri hanno richiesto delle sessioni di feedback per discutere insieme agli altri professionisti della salute delle situazioni legate all'evento critico, per riflettere sulle proprie azioni, per fare i conti con le risposte emotive negative e per sviluppare modelli mentali condivisi nel team. In merito a ciò, sono stati proposti incontri regolari da usare come momenti di valutazione, per esempio, tramite incontri del team all'interno del turno intra o extra lavorativo, che, sebbene non ci siano ancora dati certi, le ricerche suggeriscono che ciò potrebbe fornire ai team l'opportunità di riflettere in maniera critica e esplicita sulle performance passate e per prendere decisioni su come adattare i propri comportamenti

futuri e processi per migliorare il processo di cura (Reader., 2009) (Richardson., 2010). Un altro aspetto che è emerso tramite la ricerca bibliografica è l'addestramento. L'uso di un programma d'addestramento è un metodo che può essere utilizzato per facilitare la collaborazione all'interno del team. Uno di questi è il CRM, sviluppato nell'aviazione, la cui validità e applicabilità in campo medico è stata osservata e confermata da vari studi (Despins, Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team, 2009). Si è potuto osservare infatti come l'applicazione di questo addestramento comporti un miglioramento della qualità del lavoro di squadra e la definizione dei comportamenti corretti da effettuare all'interno del gruppo. Chi veniva sottoposto a tale addestramento veniva allenato a: sviluppare abilità comunicative in ambito interprofessionale, usare una comunicazione a circolo chiuso, ricevere feedback attivi, ricordarsi il nome di tutti i membri del gruppo, avere un contatto oculare quando si parla con il collega, la ricerca della risoluzione dei conflitti e la capacità di criticare le scelte e le performance del team, non avendo paura delle reazioni dei propri colleghi. Oltre ai corsi di aggiornamento, i membri del team possono usufruire di strumenti gestionali da usare come interventi che, oltre a favorire la comunicazione e la collaborazione chiara e concisa, possono mitigare gli errori prima che quest'ultimi si sviluppino in incidenti o in risultati non desiderati. Tra i vari possiamo trovare: il briefing, il monitoraggio, la checklist incrociata, schede quotidiane, protocolli, il controllo e la modifica dei programmi d'azione, la standardizzazione dei passaggi per la trasmissione dell'informazione, e non per ultimo la tecnologia informatizzata (Kahn, 2014). Negli USA diversi studi hanno proposto varie iniziative volte a migliorare la qualità della collaborazione, tra di esse una in particolare (Reader., 2009) suggeriva l'implementazione di giri visite multidisciplinari guidate dal medico, ciò incoraggiava tutti i membri del team al confronto, alla comunicazione e contribuire al processo decisionale del paziente. L'introduzione di questa azione ha avuto un effetto positivo, infatti è stata associata ad un declino di eventi avversi nel corso dell'anno. Questo studio ha evidenziato quindi come la comunicazione interdisciplinare durante le visite e i passaggi di consegne sia un meccanismo di negoziazione e di accordo delle opinioni tra i vari membri del team e come faciliti la collaborazione. I risultati inoltre hanno evidenziato che obiettivi clinici condivisi che nascono dall'unione degli orientamenti

dei medici e degli infermieri, durante le visite multidisciplinari in corsia, forniscano una migliore comunicazione durante le visite in concomitanza all'apertura e la volontà da parte dei medici di valorizzare e comprendere le osservazioni cliniche degli infermieri (Monica Kvandea, 2016). Santosa e colleghi in un loro recentissimo studio affermano che gli infermieri sono agenti strategici nella promozione del lavoro di squadra nel servizio di emergenza e sono in grado di creare consapevolezza, stimolare e articolare la squadra per un'efficace performance del lavoro integrato. Il non mantenimento di rapporti di cooperazione, del dialogo, dei conflitti e dell'agire responsabile comporta un mancato o non completo raggiungimento del benessere del paziente (Santosa José Luís Guedes dos, 2016). In aggiunta nello suo studio Reader (2009) ha potuto constatare come le varie fasi del processo collaborativo sono influenzate da diversi tipi di input, tra cui la struttura del gruppo, le caratteristiche dei membri ed i carichi di lavoro, insieme alla possibilità di aver uno spazio comune in cui i professionisti possono condividere le proprie preoccupazioni e incertezze, potrebbe migliorare il clima e la comunicazione. Da ciò si evince come molti fattori influenzino positivamente la collaborazione, ma non dobbiamo dimenticare quegli elementi che inficiano negativamente sul processo collaborativo.

In letteratura alcuni studi parlano della comunicazione in area critica tramite l'osservazione dei vari campi di competenza di ciascuna professione. Uno studio etnografico (Papathanassoglou, The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm, 2013) ha esplorato i tipi di conoscenze impiegate nelle problematiche cliniche e ha scoperto che il punto di frattura nella collaborazione scaturisce dalla diversità delle conoscenze applicate dai medici e dagli infermieri (Kim, 2015). I medici tendono a concentrarsi sul processo di cura, che è considerato da loro come un "privilegio", infatti sono scientificamente formati sulla conoscenza della fisiopatologia e della farmacologia rispetto quello dell'infermiere che presenta una visione d'insieme olistica, acquisendo sempre più conoscenze specialistiche e competenze tecniche, intersecando tra di loro la sfera biologica, sociale e psicologica del paziente si concentra sul conoscere quest'ultimo, capire l'esperienza individuale della malattia e la risposta al trattamento (Papathanassoglou, The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-

paradigm, 2013). Quindi la collaborazione collassa quando i medici non prendono in considerazione la valutazione clinica degli infermieri perché, secondo la loro opinione, il loro contributo non c'entra con la conoscenza del caso (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013). Tutto ciò può risultare un fattore ostacolante alla collaborazione e alla comunicazione in area critica per i vari professionisti sanitari, in quanto opinioni disparate possono creare dei conflitti riguardo alla natura delle esigenze del paziente e alle strategie per soddisfarle. Tutto ciò è influenzato dal dialogo tra infermieri e medici riguardo le condizioni cliniche del paziente ed anche dalla capacità di svolgere un dialogo accurato ed efficace sulle opzioni di cura, che comprendono tre sotto-temi: la capacità dell'infermiere di parlare e presentare i cambiamenti clinici, la creazione di un obiettivo condiviso e la comprensione clinica, l'apertura del dialogo, anche se spesso i disaccordi non vengono chiariti, e la volontà di ascoltarsi l'un l'altro (Kvande Monica, 2016). Bassi livelli di apertura alla comunicazione, all'interno delle ICU, tra infermieri e medici possono influenzare anche il grado di comprensione dei compiti di cura del paziente, la comunicazione e il coordinamento della squadra (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the Intensive Care Unit*, 2007). Per gli infermieri, una scarsa collaborazione con i medici è stata una delle cause principali del pensionamento anticipato e ha influenzato negativamente la loro autostima. Questi fattori influenzano le aspettative degli operatori sanitari riguardo la loro collaborazione, ma lo sviluppo e l'implementazione di un quadro di collaborazione interprofessionale sono imposti dalle crescenti esigenze del sistema sanitario per un'efficace assistenza ai pazienti (Vasiliki Matziou, *Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration.*, 2014). La ricerca attitudinale negli Stati Uniti ha indicato che i membri del team dell'unità di terapia intensiva hanno percezioni divergenti dei loro comportamenti di comunicazione: più infermieri che medici hanno segnalato difficoltà nel parlare di problemi con la cura del paziente, mentre meno infermieri riferiscono che il lavoro di squadra tra infermieri e medici è ben coordinato (Thomas EJ, 2003) (Miller, 2001). Tali fattori, non solo aumentano la probabilità che gli errori medici ed assistenziali si verifichino (Sutcliffe KM, 2004), ma il grado di apertura della comunicazione nell'ICU può anche influenzare le dinamiche

di cura del paziente, congestionate dall'aumento dell'acuità e dall'instabilità dello stesso (Louise, 2011) (Sutcliffe, 2004). Attraverso l'utilizzo di interventi di comunicazione prima citati che promuovono il lavoro di squadra attraverso i confini dei ruoli, è stata dimostrata che la comunicazione è più inclusiva ed esplicita per aumentare la comprensione dei piani di assistenza ai pazienti nel team ICU (Pronovost PJ, 2003) (Dodek PM, 2003). Altri fattori che influenzano la collaborazione sono: fattori gerarchici, sesso, pazienti sempre diversi, responsabilità di cura, differenze di percezione degli standard di comunicazione necessari e le differenze nei metodi di formazione di infermieri e medici (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the Intensive Care Unit*, 2007). I conflitti infermiere-medico possono essere raggruppati in quattro categorie: tratti di personalità, aspetti procedurali in materia di lavoro di gruppo, fattori organizzativi che possono contribuire conflitti a livello unitario o ospedaliero, ed infine le condizioni politiche, legali, sociali e culturali che interessano percezioni ed aspettative (Wujtewicz Maria, 2015) (Gonzalo Jed D., 2016). Anche fattori sistemici possono influenzare la collaborazione: sistemi sociali, culturali, professionali ed educativi, ma anche gli stereotipi culturali e sociali. Nella letteratura troviamo un insieme di vari studi che ci conduce in direzioni più o meno simili, con molti elementi in comune, rispetto a quelli che sono i fattori che influenzano negativamente la collaborazione. Infatti possiamo riscontrare come la ricerca confermi che tra gli ostacoli ad un'efficace comunicazione e condivisione di intenti sono inclusi: differenze di status, una carenza di training, un diverso linguaggio, le norme professionali, la pressione del tempo, l'incertezza, lo stress, i rischi elevati e le carenze organizzative, interferiscono con un ambiente in cui lo scopo è prendere le giuste decisioni (Papathanassoglou, *The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm*, 2013), causandone un'incostante adesione del team all'interno delle ICU (Louise, 2011). Un numero crescente di studi (Cooper, 2007) (Deen, 2011) (Towle, 2013) hanno indicato che la collaborazione interprofessionale può essere efficace nel ridurre l'assenteismo del personale, formare gli allievi, creare un ambiente lavorativo più soddisfacente, migliorare la sicurezza del paziente e migliorare la qualità della cura. Freidson (Freidson, 1970) afferma che la tensione è probabile che si verifichi se si percepisce che un membro di una professione

diversa stia violando il proprio settore di competenza. Un certo numero di studi (Booth, 2002) (Reeves, 2010) (Paradis, 2013) supportano tale affermazione e hanno dimostrato che la collaborazione interprofessionale può essere un'attività particolarmente problematica in cui il ruolo si sovrappongono e le tensioni del confine si verificano spesso.

Gerarchie di potere esistenti tra questi gruppi creano attriti e conflitti interprofessionali, e minano le loro capacità di collaborare in modo efficace. Violazioni del confine, da una mancanza di comprensione dei ruoli/responsabilità professionali di un'altra, della comunicazione limitata e del lavoro di squadra poco coordinato (Scott, 2015). Con "condividere" il potere con altre professioni, i medici potrebbero non necessariamente rinunciare al potere, ma piuttosto estendere la loro portata oltre la propria professione. La legislazione che delinea gli ambiti di pratica, gli accordi collettivi che contraddistinguono i termini e le condizioni di lavoro, i protocolli istituzionali di garanzia della qualità, le strategie legali e di gestione del rischio specifiche per le professioni e le differenze significative in remunerazione in tutte le professioni influiscono in modo significativo sulle modalità di svolgimento del loro lavoro e di interazione con i colleghi (Scott, 2015). Inoltre, sebbene da un lato si è riscontrato una positività data dall'impiego di protocolli che appiattiscono le differenze gerarchiche interprofessionali, dove proprio rapporti di carattere gerarchico possono potenzialmente generare conflitti interni, dall'altro i protocolli sono spesso visti, specialmente dal personale infermieristico che presenta in molti casi una forte resistenza, come elementi imposti unilateralmente andando ad inficiare sulla loro autonomia (Paradis, 2013). Proprio questo rapporto gerarchico influisce negativamente sulla qualità della relazione e della cura del paziente, influenzandone la prognosi, le necessità e l'esperienza del paziente e della famiglia (Paradis, 2013). Ritroviamo poi altri fattori che interferiscono con un'efficace collaborazione multidisciplinare, i quali sono: un'inefficace delegazione di responsabilità, poca chiarezza nella definizione dei ruoli, cambi di turno, pressioni lavorative, l'elevato livello di stress (Kim, 2015), *burnout* (Annalena Welp, 2016), informazioni sul paziente non comunicate, infermieri che non partecipano al giro visite, l'aspetto economico ed organizzativo (Kathleen A. McGrail, What is found there?: qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories, 2008) (Kim, 2015), ed anche l'inserimento di nuovi infermieri, non è visto in modo positivo, in quanto le squadre cambiano continuamente a causa di numerosi spostamenti e rotazioni.



Quindi complessivamente ci viene suggerito dalla letteratura che nonostante ci si muova verso un lavoro di equipe, il processo decisionale in ambito clinico è ancora percepito in modo gerarchico, manifestandosi nel momento in cui il personale infermieristico pone domande in merito alle loro decisioni (Richardson., 2010). Una grande barriera all'apertura della comunicazione è il cosiddetto "gioco di medico-infermiere", che si basa sulle tradizionali strutture di potere gerarchico, in cui gli operatori obbediscono in modo fisico (Bulcke, 2016). Alcuni studi (Alexanian, 2015) (Molyneux, 2001) (Richardson., 2010) , al contrario, sostengono la necessità, nelle strutture ICU, di strutture gerarchiche in quanto le decisioni mediche cruciali devono essere prese, e in questo modo si può meglio stabilire un'atmosfera di fiducia che consente una discussione aperta professionale e che incoraggia un'auto-riflessione critica (Bo Van den Bulcke, 2016).

### 3.4. Gli strumenti

All'interno di questa revisione bibliografica sono stati trovati strumenti per misurare la collaborazione tra i professionisti sanitari in ambito di area critica. Negli articoli individuati sono stati usati diversi questionari: *ICU Nurse-Physician Questionnaire* (ICUN-P-Q) (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009) e la *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) (John Sexton, 2006), checklists, protocolli, interviste semi-strutturate, e scale di valutazione come la *Interprofessional Practice and Education Quality Scales* (IPEQS) (Bo Van den Bulcke, 2016), la *Scale collaborative practice* (CPS), (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009) la Scala del comportamento (CBS) (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), *Nurse-Physician collaboration scale* (NPCS) (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), la *Collaboration and satisfaction about care decision* (CSACD) (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), la *Nurse-Nurse Collaboration scale* (NNCS) (Chunli Liao Y. Q., 2015) e la *Bedside interprofessional rounds* (BIR) (Gonzalo, 2016). In ogni articolo esamineremo nello specifico, le scale di valutazione della collaborazione che sono state trovate per questo studio.

In un loro articolo di Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson (2007) (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the intensive care unit.*, 2007), prendendo spunto

da una ricerca sulla sicurezza dei pazienti che ha mostrato come una scarsa comunicazione tra infermieri e medici delle unità di terapia intensiva (ICU) sia un fattore causale fondamentale che sottende gli incidenti critici nella terapia intensiva, si presenta uno studio che esamina se i medici e gli infermieri dell'ICU hanno una percezione condivisa della comunicazione interdisciplinare nell'ICU del Regno Unito. È stato utilizzato un sondaggio trasversale, *Differences in the training methods of nuss*, (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the intensive care unit.*, 2007) per infermieri e medici ICU in quattro ospedali britannici, utilizzando una misura precedentemente stabilita della collaborazione interdisciplinare ICU: 48 medici e 136 infermieri (un tasso di risposta del 47% hanno risposto all'indagine). È emerso che infermieri e medici hanno trovato percezioni diverse della comunicazione interdisciplinare. Gli infermieri hanno dichiarato livelli più bassi di apertura della comunicazione tra infermieri e medici. Rispetto ai medici più anziani, i medici tirocinanti hanno anche riportato minori livelli di apertura nella comunicazione tra i medici. L'analisi dei dati ha rivelato che l'atteggiamento di apertura della comunicazione tra i membri del team ICU era collegato al grado di comprensione dei professionisti rispetto i loro obiettivi assistenziali del paziente e che le percezioni della qualità della leadership unitaria prevedono una comunicazione aperta.

Attraverso l'utilizzo di interventi di comunicazione che promuovono il lavoro di squadra oltre i confini dei ruoli (ad esempio i fogli di obiettivi quotidiani dell'ICU), è stato dimostrato che la comunicazione più inclusiva ed esplicita aumenta la comprensione dei piani di assistenza ai pazienti all'interno dell'ICU.

La misura dell'indagine è stata basata sul questionario *ICU Nurse-Physician Questionnaire* sviluppato da Shortell e colleghi (Shortell, 1994), che contiene una serie di domande sulla comunicazione ICU tra gruppi interdisciplinari (cioè tra infermieri e medici) e all'interno di gruppi monodisciplinari (cioè tra i medici) allo scopo di individuare i modi per gestire in modo più efficiente le unità di terapia intensiva e ridurre la variazione dei risultati dei pazienti. Sulla base dei dati raccolti da 17.440 pazienti di 42 ICU, lo studio esamina i fattori associati alla mortalità, la durata media della degenza, il turn-over degli infermieri, valutata la qualità tecnica

della cura e valutata la capacità di soddisfare le esigenze dei familiari. Utilizzando la metodologia Apache III per l'adeguamento del rischio, i risultati mostrano che: 1) la disponibilità tecnologica è significativamente associata a una riduzione del rischio di mortalità (beta = -.42); 2) la diversità diagnostica è significativamente associata a una maggiore mortalità adeguata al rischio (beta = .46); e 3) l'interazione dei caregiver comprendente la preparazione, la leadership, la coordinazione, la comunicazione e la capacità di gestione del conflitto è significativamente associata a una riduzione della durata del soggiorno dell'unità (beta = .34), il minor turnover dell'infermiera (beta = -.36), una migliore valutazione della qualità tecniche di cura (beta = .81) e una maggiore capacità di soddisfare le esigenze dei familiari (beta = .74).

Per la comunicazione e la leadership sono stati somministrati dodici questionari per lo studio in oggetto (tabella 2) (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the intensive care unit.*, 2007). Un ulteriore questionario in 5 item è stato appositamente sviluppato per l'indagine (Reader F. M., *Interdisciplinary communication in the intensive care unit.*, 2007). Questa scala ha misurato come spesso lo staff dell'ICU percepisce di comprendere i piani di cura del paziente affidato alle proprie cure e i potenziali rischi per la sua sicurezza.

La scala è basata su domande utilizzate negli studi che esaminano la comprensione degli obiettivi di cura del paziente (Pronovost, 2003) (Dodek, 2003). Alcune variabili come l'età e il genere non sono stati richiesti al fine di garantire l'anonimato e aumentare la partecipazione allo studio.

In un articolo di Van den Bulcke e colleghi (Bo Van den Bulcke, 2016), la qualità del lavoro di gruppo prima e dopo l'intervento è stata valutata utilizzando come scala *Interprofessional Practice and Education Quality Scales (IPEQS)*, 60 item suddivisi in 3 sotto-scale (20 elementi ciascuno), utilizzando il sistema di diagnostica e documentazione online di PROSE, che valuta tre aree di lavoro di squadra: fattori organizzativi, processi di assistenza, atteggiamenti dei membri del team, competenze e credenze.

Ad ogni item si poteva rispondere con una scala tipo Likert a 5 punti (1= completamente in disaccordo, 2 = parzialmente in disaccordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = completamente d' accordo). Hanno utilizzato dei questionari di autovalutazione, esaminando fino a che punto l'uso di questo migliorasse il lavoro di squadra all'interno dell'ICU chirurgico dopo 12 settimane. Oltre a rispondere agli elementi IPEQS nella prefase, i membri del team hanno avuto anche l'opportunità di indicare punti di forza e di debolezza su come è stato organizzato il lavoro di squadra presso l'ICU. Sono stati invitati a rispondere a tre domande aperte: "cosa vede eccellente nell'organizzazione per quanto riguarda il lavoro di squadra?", "che cosa potrebbe essere migliorato nel lavoro di squadra presso l'ICU?" e "ha suggerimenti specifici per il miglioramento basato su elementi reali dei questionari? "

Uno studio qualitativo nell'ambito dell'ICU di Piquette e colleghi (Piquette, 2009) per comprendere come variano le interazioni interprofessionali del team di terapia intensiva quando si verificano crisi mediche è stato effettuato attraverso 25 interviste semi-strutturate somministrate a infermieri ICU, personale medico e terapisti respiratori (interviste registrate e trascritte, con approccio tematico induttivo): un mix di domande su emozioni legate a diversi aspetti della crisi (ad esempio: Ho fatto tutto bene? Cosa avrei potuto fare in più?)

I dati hanno indicato che la natura delle interazioni interprofessionali cambia quando i team ICU passano attraverso i tre periodi chiave temporali di una crisi relazionale nel reparto. Durante il "periodo pre-crisi" le interazioni si basano sul reciproco rispetto dell'esperienza di ciascuno. Durante il "periodo di crisi" ci sono interazioni gerarchiche e tolleranza di una certa mancanza di rispetto. Durante il "periodo post-crisi", si percepiscono divergenze tra i professionisti del settore sanitario.

Uno studio per descrivere schemi di relazioni informali interprofessionali di apprendimento, tra il personale in un reparto di terapia intensiva, nato dalla considerazione che la collaborazione quotidiana di dirigenti medici, medici interni e infermieri, comporta un grande potenziale per la condivisione delle conoscenze tra i professionisti. Van de Bunt e colleghi (Van de Bunt, 2012) hanno utilizzato questionari

con quattro domande sulla rete di rapporti stabiliti sul lavoro che sono stati distribuiti ai membri del team dell'unità di terapia intensiva e subintensiva (ICU / MCU) (N=108), di cui il 77% è stato completato e restituito. I dati sono stati analizzati usando analisi di reti sociali e analisi di scala. Sulla base delle analisi è stata formulata una scala di intensità di relazioni informali di apprendimento che può essere utilizzata per comprendere e stimolare l'apprendimento interprofessionale informale. Le quattro domande sono indicatori di tale scala:

1. Quando durante un lavoro in reparto si presenta una mancanza di conoscenza o di competenze, a chi chiederai consigli, aiuto o spiegazioni?
2. Con chi condividi i pensieri sulle tue attività e sviluppi nuove idee per il tuo lavoro?
3. Guardando indietro nei sei mesi scorsi, quali persone hanno dato un contributo tale o ti hanno influenzato tanto da decidere di cambiare un'abitudine / routine di lavoro?
4. Chi osservi mentre usa le competenze legate al lavoro che ti potresti trovare ad applicare nel tuo?

Lo sviluppo e il testing delle proprietà psicometriche della *Nurse-Physician Collaboration Scale* (NPCS), (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), hanno consentito lo studio delle relazioni tra la collaborazione e la qualità della cura ospedaliera e l'analisi dei fattori che promuovono la collaborazione e la pianificazione del sistema collaborativo: condivisione delle informazioni sui pazienti, partecipazione congiunta al processo decisionale della cura / assistenza e cooperazione.

La scala contiene 51 item. Il campionamento casuale è stato utilizzato per identificare i potenziali intervistati provenienti da 27 delle 87 ICU in una città in Giappone nel 2006. Le risposte valide sono state ottenute da 446 medici e 1217 infermieri (tasso di risposta 78,7% per infermieri e 54,4% per i medici). L'analisi fattoriale esplorativa ha identificato tre fattori confermati poi dall'analisi fattoriale confermativa (CFI > 0,9, RMSEA < 0,08). L'analisi simultanea di più gruppi (RMSEA = 0,046, AIC = 3115,888) ha mostrato la stessa struttura fattoriale sia per infermieri che per medici.

L'affidabilità interna della scala è stata di 0,8 ( $\alpha$  di Cronbach). La scala di collaborazione infermiere-medico può essere utilizzata per stabilire standard per la collaborazione tra infermieri e medici, per misurare la frequenza dell'attività collaborativa e per verificare le relazioni specifiche tra la collaborazione e la qualità della cura.

Le ricerche precedenti si sono concentrate sulle interazioni e le relazioni tra infermieri e medici, ma ci sono state poche misure tra queste relazioni e la qualità delle cure del paziente.

Tra le scale di misura della collaborazione prodotte dalla ricerca prima di questo studio c'è la *Collaborative Practice Scale* (CPS) (Weiss, 1985) che si basa sul lavoro di Blake e colleghi (Blake, Mouton 1970, Thomas e Kilmann 1978 e Thomas 1982), teorici che si sono concentrati sui metodi di interazione che utilizzano la gestione dei problemi: per assertività e cooperazione. Sono due distinte misure che valutano il grado di interazione degli infermieri (Scala 1) e dei medici (Scala 2) che permette la sinergia delle cure del paziente. 95 infermieri e 94 medici hanno completato i test delle scale, che misurano gli atteggiamenti verso la responsabilità condivisa e il loro modo di gestire le differenze di opinione. La scala dell'infermiere a 9 item misura l'affermazione diretta dell'esperienza/opinione professionale e il chiarimento attivo delle responsabilità reciproche; la scala del medico, di 10 item, misura il riconoscimento del contributo dell'infermiere alla cura del paziente e lo sviluppo del consenso con gli infermieri. I valori sono stati variati da 1.27 a 4.17. I coefficienti di affidabilità erano rispettivamente di 80 e 84. Le correlazioni con la disponibilità alla responsabilità condivisa e la gestione collaborativa delle differenze sono i fattori che si trovano alla base di ciascuna scala.

La *Collaborative Behavior Scale* (CBS) è stata sviluppata utilizzando un quadro concettuale relativo alla teoria dell'interazione e alla teoria sociale (Stichler, 2011). Lo scopo di questo studio, partendo dalla considerazione che la collaborazione tra infermieri, infermieri e amministratori e tra infermieri e medici ha effetti significativi sulla soddisfazione del lavoro, sullo stress lavorativo, sull'impegno organizzativo, sulla pratica professionale e sui risultati ottimali del paziente, era quello di sviluppare e

testare le proprietà psicometriche di uno strumento per misurare i comportamenti collaborativi degli infermieri nei rapporti con i dirigenti e con i medici.

Da un'analisi concettuale, la collaborazione è stata caratterizzata da tre dimensioni: bilanciamento del potere, integrazione e valorizzazione interpersonale.

Questo studio ha utilizzato un approccio multi-metodo per sviluppare e testare le proprietà psicometriche su un campione di 95 infermieri e 94 medici. Esso utilizza due distinte misure del grado in cui le interazioni degli infermieri (Scala 1) e dei medici (Scala 2) supportano la pratica collaborativa. Lo strumento utilizza la scala Likert a 6 punti che va da mai a sempre.

La scala del medico, che contiene 10 item, ha un punteggio massimo possibile di 60 ed è suddivisa in due sottoscale a 5 elementi con un massimo di 30 punti ciascuna. Il punteggio massimo di scala dell'infermiere è di 54, con sottoscale a 5 e 4 item con un massimo di 30 e 24 punti rispettivamente. I punteggi più elevati implicano un maggiore utilizzo della pratica collaborativa.

I fattori misurati dalla scala dell'infermiere sono due: comportamenti che affermano direttamente l'esperienza, le opinioni professionali dell'infermiere quando interagiscono con i medici riguardo la cura del paziente, mentre il secondo tratta il chiarimento dell'infermiere con il medico sulle aspettative reciproche riguardo la natura delle responsabilità condivise nell'assistenza ai pazienti. Anche i fattori della scala del medico sono due: il primo tratta i comportamenti del medico che stabiliscono un consenso con gli infermieri in merito alle responsabilità reciproche e agli obiettivi di cura del paziente, mentre il secondo riguarda la capacità del medico di condividere la responsabilità.

I coefficienti Spearman per l'affidabilità del test-retest dell'infermiere sono stati  $r = 0,79$ , e quella del medico  $r = 0,60$  dopo 6 settimane.

L'affidabilità interna delle scale rilevata nelle due somministrazioni (test e riesame) sono state rispettivamente di 0.80 e 0.83 per la scala dell'infermiere, di 0.84 e di 0.85 per quella del medico.

I punti di forza di questa scala consistono nel mettere in evidenza gli aspetti della collaborazione più necessari da parte di medici e/o infermieri per migliorare la collaborazione; i punti di debolezza nel misurare la dimensione di collaborazione della collaborazione, sviluppare/testare item relativi alla negoziazione delle soluzioni del consenso da parte degli infermieri e contributi assertivi da parte dei medici.

La *Collaboration and Satisfaction About Care Decisions* (CSACD) è stata sviluppata da Baggs (Baggs, 2014) per misurare la collaborazione tra infermiere e medico nel prendere decisioni specifiche per la cura del paziente e la soddisfazione del processo decisionale. Originariamente è stato sviluppato per l'uso nella ICU. La sua base concettuale è la teoria di coordinamento di Thompson (1967) (Baggs, 2014) e Thomas (1976) (Baggs, 2014) per organizzazioni complesse che hanno ampliato gli attributi di collaborazione a quattro categorie: per la pianificazione, il processo decisionale condiviso, la comunicazione aperta e il coordinamento. Lo strumento ha 9 item su una scala di Likert a 7 punti, da 1 - fortemente in disaccordo a 7 - fortemente d'accordo. Ha due sottoscale: la collaborazione e la soddisfazione.

Per ciascun item il punteggio varia da 1 a 7 punti (punteggio totale 7-49 per i 7 item della sottoscala della collaborazione e da 2 a 14 punti per i 2 item della sotto scala della soddisfazione).

Validità legata al criterio: il punteggio medio di collaborazione per gli intervistati correlato con la *Scala Collaborative Practice* è stato di 0.27, ( $p < 0.05$ ) Mentre il punteggio di soddisfazione correlato con l'indice di scala di soddisfazione del lavoro è risultato di 0.24, ( $p < 0.05$ ).

Lo strumento è stato sviluppato attraverso la revisione degli strumenti esistenti, la revisione della letteratura, la revisione da parte di esperti infermieri e medici.



La *ICU Nurse–Physician Questionnaire* (ICUN-P-Q) (Shortell, 1994) sviluppata da Shortell e colleghi e la Scala di Coordinamento Relazionale sviluppato Gittell et al. (2000) sono strumenti simili per la misurazione della cooperazione. La ICUN-P-Q misura il clima organizzativo (o aziendale, cioè il processo di quantificazione della "cultura" di un'organizzazione; esso è un insieme di proprietà dell'ambiente di lavoro, percepito direttamente o indirettamente dai dipendenti, che si presume essere una forza importante per influenzare il comportamento dei dipendenti), con particolare attenzione alla leadership, alla comunicazione, al coordinamento, al *problem solving* e alla gestione dei conflitti. La Scala di coordinamento relazionale misura la collaborazione tra medici, infermieri, fisioterapisti e operatori sociali, e comprende quattro dimensioni di comunicazione: frequenza, tempestività, accuratezza, e *problem solving*, e tre dimensioni di relazione: obiettivi condivisi, conoscenza condivisa e rispetto reciproco.

Tre di queste scale, il CPS (Ushiro, Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), CSACD (Ushiro, Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009) e ICUN-P-Q (Bo Van den Bulcke, 2016), sono state sviluppate per misurare l'atteggiamento verso la cooperazione tra gli operatori sanitari, specialmente tra infermieri e medici in situazioni cliniche. Al contrario, il CBS (Ushiro, Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009) si concentra sui rapporti tra infermieri e medici misurando la frequenza delle azioni cooperative. La scala di coordinamento relazionale sottolinea l'efficacia della comunicazione tra gli operatori sanitari chiedendo domande dettagliate, ma non misura i comportamenti specifici associati alle relazioni medico-infermiere nel processo di cura del paziente.

Georgiou, Papathanassoglou e Pavlakis (Georgiou, 2017), partendo dalla considerazione che l'aumento della collaborazione tra infermieri e medici è un fattore di miglioramento dei risultati per il paziente, hanno effettuato uno studio nelle unità di terapia intensiva adulte (ICU) a Cipro per esplorare se una diminuzione dell'autonomia degli infermieri incidesse sulla collaborazione.

Partendo dalla considerazione che l'aumento della collaborazione tra infermieri e medici è un fattore di miglioramento dei risultati per il paziente, hanno effettuato uno studio nelle unità di terapia intensiva adulte a Cipro per esplorare se una diminuzione dell'autonomia degli infermieri incidesse sulla collaborazione. I risultati indicano bassi livelli di collaborazione medico/infermiere e di soddisfazione nelle decisioni di cura in presenza di un moderato grado di autonomia negli infermieri ICU a Cipro. La scala di misurazione sviluppata da Chunli e colleghi (Chunli Liao Y. Q., 2015), la *Nurse-Nurse Collaboration Behavior Scale* (NNCBS), misura le interazioni comportamentali associate con i rapporti infermiere-infermiere durante tutto il processo di cura del paziente. La scala è composta da 51 item. Il campionamento casuale è stato utilizzato per identificare i potenziali intervistati provenienti da 27 delle 87 unità di terapia intensiva in una città in Giappone nel 2006. Le risposte valide sono state ottenute da 446 medici e 1217 infermieri (tasso di risposta 78,7% per infermieri e 54,4% per i medici). La validità della struttura è stata prima confermata da un'analisi esplorativa e poi confermativa. Infine, è stata eseguita un'analisi simultanea di più gruppi. Il metodo test-retest e i coefficienti  $\alpha$  di Cronbach sono stati usati per valutare l'affidabilità.

Nell'articolo di Gonzalo e colleghi (Gonzalo, 2016), *Bedside Interprofessional Rounds* (BIR), dove sono compresi i medici e il personale infermieristico, viene usato un metodo di promozione della collaborazione in ospedali per fornire impostazioni ed identificazione di fattori basati sui sistemi che promuovono o diminuiscono la frequenza della collaborazione. BIR è vitale per fornire un potenziale miglioramento degli obiettivi per questa attività centrata sul paziente.

I ricercatori Meurling, Hedman, Sandhal, Fellander-Tsai, Wallin (Meurling H. S.-T., 2013), nei loro studi sull'esame dei rapporti tra la formazione basata sulla simulazione (SBTT) e l'autosufficienza delle diverse professioni, la qualità della collaborazione e della comunicazione, la percezione del lavoro di squadra e della sicurezza, hanno utilizzato come strumento di analisi il *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ), per misurare la qualità della collaborazione e comunicazione all'interno della squadra, le condizioni lavorative dei singoli componenti del team ed il complessivo grado di sicurezza lavorativa.

I test condotti hanno evidenziato che la percezione della sicurezza differisce tra le professioni prima della formazione. Il punteggio di auto-efficacia degli infermieri e dei medici è migliorato e che la qualità della collaborazione e la comunicazione con gli specialisti del medico migliorano dopo l'addestramento. La percezione degli infermieri dei fattori SAQ per il clima di lavoro di squadra, la sicurezza e le condizioni di lavoro è migliorata dopo il progetto così come la percezione degli infermieri sulla sicurezza.

I risultati per i fattori SAQ devono essere interpretati con cautela, dato che le  $\alpha$  e le interrelazioni di Cronbach per i fattori SAQ hanno mostrato bassi valori.

### 3.5. Outcomes

Un buon lavoro di squadra interprofessionale è vantaggioso per gli operatori sanitari in quanto è correlato positivamente alla soddisfazione del lavoro stesso (Bo Van den Bulcke, 2016). Attraverso il lavoro di squadra, gli infermieri condividono la responsabilità di fornire assistenza ai pazienti clinicamente instabili. La collaborazione nel lavoro di squadra è stato principalmente osservato in Triage. Durante questi interventi, i professionisti svolgono un lavoro collettivo che consta di cooperazione, complicità e solidarietà (Santosa, 2016).

L'utilizzo di facilitatori culturali e strutturali sono risultati fondamentali per creare un'efficace collaborazione interprofessionale al fine di migliorare la cura dei pazienti e l'efficacia del team (Kahn., 2014). La "comunicazione aperta" (Flin, 2007), parametro di riferimento per una leadership valida e unitaria (Kvande, 2017), focalizza l'attenzione sul dialogo, la conoscenza e l'abilità di voler facilitare l'integrazione del team (Suter, 2009). Affinché ci sia collaborazione tra i membri del team è necessario il possesso di conoscenze, questo determina anche la formazione di una squadra più autonoma, in quanto il professionista preso singolarmente gode di poca autonomia (Louise, 2011). A tutto ciò si aggiunge un'altra funzione associata al connubio comunicazione-collaborazione, ovvero il miglioramento dell'*outcome* del paziente, la sua sicurezza (BOEV, 2015) (Ushiro, Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, 2009), una netta riduzione delle giornate di degenza (Meurling L., 2013) e un'importante riduzione della mortalità dello stesso.

Va tenuta in considerazione anche la formazione “sul campo” o “apprendimento interprofessionale non pianificato”, molto influente tanto da essere richiesta una sua ufficialità (Wagter, 2012).

La collaborazione intra e inter professionale deve essere anche presente tra gli enti e nel sistema sanitario in senso lato perché esiti ottimali delle cure dei pazienti richiedono un coordinamento stabile e conoscenze condivise tra i professionisti della salute (Papathanassoglou K. , 2013).

Matziou (Matziou, 2014) e Dietz (Dietz, 2014) sostengono che non sempre infermieri e medici condividono le stesse idee in merito al processo decisionale terapeutico, questo a causa della mancanza di riconoscimento del ruolo professionale dell’infermiere da parte dei medici, andando così ad aumentare il rischio di errori e di omissioni nella pratica quotidiana. A sostegno di tale studio, (Kydon, 2010) afferma che il medico, ricoprendo un ruolo superiore nella scala gerarchica, è pronto, per mancanza di fiducia, a mettere in discussione le azioni dell’infermiere. Come forma di difesa in queste circostanze l’infermiere ha a sua disposizione la formazione, essenziale per valutare le osservazioni cliniche, l’interpretare le variazioni fisiologiche e monitorare criticamente i parametri vitali (Kvande, 2017).

Gli infermieri di ICU hanno riferito una maggiore soddisfazione nella comunicazione infermiere-medico rispetto agli infermieri che lavorano in aree di cura generale (BOEV, 2015). Altrettanto significativi sono i risultati riportati da Hussein (Hussein, 2014), sviluppati in una terapia intensiva in un ospedale universitario dell’Arabia Saudita, riportando che i partecipanti, hanno riconosciuto che il loro ospedale è un’organizzazione sana, dove i punteggi dei questionari di infermieri e medici, in materia di cambiamento e volontà di effettuarlo, erano quasi equivalenti. Di conseguenza squadre che creano un’atmosfera amichevole tra i membri del team possono stimolare i professionisti della salute ad accettare il cambiamento nel loro ambiente di lavoro riducendo i livelli di stress correlato.

Di pari passo con la soddisfazione lavorativa emergono anche i rischi collegati all’insoddisfazione. Nello studio effettuato da (PIQUETTE, 2009) si prendono in considerazione episodi di criticità, questi sono eventi che richiedono l’immediato intervento di più membri della squadra ICU per rispondere all’instabilità del paziente.

Le interviste emerse hanno rivelato che ogni professionista sanitario ha riconosciuto la necessità di una tipologia più strutturata di collaborazione, quindi gerarchica, allo scopo di risolvere la crisi. Sono state così effettuate delle sessioni, in cui i professionisti si sono confrontati in merito all'urgenza affrontata sfogando tutte le loro emozioni, impedendo l'emersione di sentimenti negativi come la colpa e le strategie di *coping*, ignorando qualsiasi reazione negativa legata alla crisi.

Riassumendo, la soddisfazione lavorativa porta ad un miglioramento del clima lavorativo e del morale dei professionisti riducendo il rischio di *burnout* (Bulcke, The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study, 2009) e di affiliazione morale come strategia globale (Papathanassoglou., 2012). La stessa tesi è confermata da uno studio condotto in cui si evidenzia come, una mancanza di lavoro di squadra, di collaborazione e di comunicazione, portino ad elevati livelli di stress con conseguente aumento del pericolo per il paziente (Kathleen A. McGrail, 2008).

#### 4. CONCLUSIONI

La presenza di una collaborazione interprofessionale inefficace da parte dei professionisti sanitari all'interno di molte unità operative, è una questione ancora in stallo che necessita di ulteriori studi, ancor più approfonditi, per valutare quali azioni mettere in atto per migliorare la sua attuazione. Questa problematica è visibile in maniera ancor più evidente all'interno delle unità di terapia intensiva, in cui il carico di lavoro molto elevato e l'elevata complessità assistenziale accentuano il bisogno di comunicazione e collaborazione inter ed intra professionale. La letteratura riporta pochi studi inerenti a quest'argomento, specialmente quelli sul suolo italiano, ed ancor meno in merito alle unità di terapia intensiva. La letteratura mette alla luce i risultati che derivano da una collaborazione interprofessionale efficace, tra cui ritroviamo: la riduzione del rischio di errori potenzialmente fatali per il paziente, la riduzione del *burnout*, la riduzione delle infezioni correlate, una maggior soddisfazione dei pazienti, una maggiore efficacia delle cure, una riduzione delle giornate di degenza. Questi sono solamente alcuni degli effetti riportati che, seppur con un numero di studi limitato,

mettono in evidenza la necessità da parte delle aziende di governare questo aspetto relazionale tra i gruppi professionali. Diversi studi hanno riportato l'importanza di effettuare sezioni di addestramento mirato per educare i professionisti sanitari alla cooperazione, in particolar modo facendo riferimento all'educazione interprofessionale (IPE) poiché è stato dimostrato che, specialmente le attività formative di laboratorio durante e dopo i corsi universitari, sono fattori predittivi di un incremento della collaborazione interprofessionale.

Comunque la letteratura ha fatto emergere le criticità su cui lavorare per migliorare l'efficacia della collaborazione, infatti proprio in merito alla formazione, la carenza di forme di training risultano un fattore prognostico negativo. Invece andando ad osservare l'ambito relazionale, risulta che i conflitti tra la figura medica e infermieristica siano dovuti a diversi elementi tra cui: tratti di personalità differenti, aspetti procedurali diversi in materia di lavoro di gruppo e la presenza di fattori organizzativi ostacolanti. Un aspetto che è stato messo in risalto dagli studi internazionali è la paura dei professionisti dell'avere i propri confini professionali violati, ciò è dovuto ad una mancanza di comprensione rispetto quali siano le proprie responsabilità e il proprio ambito di competenza, il tutto quindi comporta una serie di contrasti professionali. Questo aspetto viene messo in evidenza specialmente nella realtà italiana, ma non solo, in quanto si assiste ad un perdurare di un rapporto gerarchico, legato alle origini storiche delle professioni sanitarie, dove la dominanza medica rappresenta il paradigma di riferimento ed i professionisti sanitari non si trovano sullo stesso piano ma si ritrovano radicati in un contesto di subordinazione invece che di collaborazione. Queste considerazioni, seppur brevi, mettono alla luce la necessità di poter effettuare studi esplorativi circa la percezione e l'atteggiamento dei professionisti sanitari, nello specifico di questo corso in ambito delle Terapie Intensive, allo scopo di valutare non solo tali misure nei professionisti ma anche per poter effettuare un'analisi comportamentale ed osservativa per stabilire quali azioni possono essere intraprese per incrementare la collaborazione interprofessionale.

La complessità del costrutto della collaborazione induce ad una progettazione quali-quantitativa degli studi, in cui oltre all'uso dei numerosi strumenti per la misura quantitativa si possono utilizzare strumenti più analitici come Focus Group in cui i

professionisti possano confrontarsi sulla tematica e condividere eventuali azioni correttive che possono prevedere strumenti operativi, documenti per la condivisione delle informazioni, oppure metodologie e strategie organizzative in cui si evidenziano i fattori propri della collaborazione come la fiducia e la comunicazione.

# PARTE SECONDA

## LO STUDIO

### LA COLLABORAZIONE IN TERAPIA

#### INTENSIVA: studio esplorativo



## INTRODUZIONE

Dalla letteratura si evince che la collaborazione tra medico ed infermiere è un aspetto fondamentale per garantire al paziente un'assistenza completa.

Negli Stati Uniti, circa 100.000 pazienti muoiono ogni anno per errori medici (Ross, 2008) dovuti ad una scarsa comunicazione tra il personale sanitario (Siegele, 2009; Tschannen et al., 2011). Da questo drammatico dato emerge quindi che la collaborazione, la cooperazione e la coordinazione dei trattamenti e degli interventi sono aspetti essenziali che diminuiscono gli errori e garantiscono la sicurezza del paziente (Lancaster et al., 2015). Il gruppo di lavoro di Liao (2015) evidenzia gli errori durante la somministrazione di farmaci causati da un inadeguato lavoro di squadra. Inoltre gli autori riportano come la collaborazione tra medico ed infermiere è associata ad una riduzione di errori, soddisfazione personale e sicurezza del paziente.

La collaborazione presenta variabili che la influenzano in modo positivo. Dalla letteratura emerge che in Terapia Intensiva gioca un ruolo fondamentale il lavoro di squadra tra medici ed infermieri e, in particolare, l'ascolto, la comunicazione e l'empatia sono abilità non tecniche fondamentali.

Kvande e collaboratori (2016) sottolineano l'importanza del lavoro di squadra tra medico ed infermiere nel reparto di Terapia Intensiva, sebbene queste due figure professionali abbiano e mantengano ruoli e competenze diverse. Le linee guida della Società Europea della Medicina di Terapia Intensiva (ESICM, European Society of Intensive Care Medicine) affermano che: "la Medicina di Terapia Intensiva è il risultato di una stretta cooperazione tra medici, infermieri e altro personale sanitario" (Valentine & Ferdinande, 2011). La collaborazione tra tutte le figure professionali si traduce in un'elevata qualità di assistenza al malato nonché la sua sicurezza (Dietz et al., 2014; Douglas et al., 2013; Hartog et al., 2015).

Il concetto di collaborazione è stato più volte interpretato da diversi autori tra la fine degli anni 80 e la prima metà degli anni 90. Ad Esempio, nel 1988 Baggs e Schmitt definiscono la collaborazione come la condivisione delle decisioni, la cooperazione, la comunicazione e la coordinazione del piano terapeutico. Nel 1995, Henneman interpreta il concetto di collaborazione come un'impresa cooperativa, in cui l'importante è la condivisione di alcuni valori, come il rispetto degli altri, il

raggiungimento degli obiettivi e il coinvolgimento delle parti.

Data la natura dell'assistenza sanitaria, si potrebbe pensare che la collaborazione sia prassi consolidata invece, quella che viviamo oggi è una realtà costituita da frequenti fallimenti causati proprio da incomprensioni, contrasti e conflitti fra diversi professionisti (Someoni & De Santi, 2009). Nell'ambito della letteratura psicosociale attenzione è stata data, se e come le differenze di status, influenzano le relazioni tra gruppi e quindi anche la collaborazione può essere influenzata dalla posizione gerarchica tra i gruppi di medici ed infermieri. Inoltre è interessante sottolineare come la dominanza medica influenzi le relazioni tra i gruppi di medici ed infermieri.

La dominanza medica è stata definita la prima volta da Freidson, che la identifica come il connubio di due fattori: l'autonomia nell'esercizio della professione e la posizione gerarchica superiore nei confronti degli altri professionisti che hanno i medici nell'esercitare le proprie attività (Freidson, 2002). È interessante sottolineare come i fattori identificati da Freidson siano quelli che identificano in parte il costrutto di collaborazione.

Dagli studi è emerso che la formazione comune rappresenta un elemento caratterizzante la collaborazione interpersonale, in questo senso è interessante uno studio effettuato da Wagter e colleghi (Wagter, van de Bunt, Scherpbier, 2012) dove attraverso uno studio qualitativo hanno messo in evidenza la correlazione tra la collaborazione e l'apprendimento informale.

La letteratura ha evidenziato una molteplicità di studi quantitativi sulla misura della collaborazione. Le misure effettuate in questi studi si riferiscono a percezione e atteggiamento dei professionisti e degli studenti sulla IPC.

L'implicazione più importante di una meta-analisi riguarda la differenza nella comprensione e senso di collaborazione tra infermieri e medici (Sollami et al., 2014). I risultati indicano che, nel complesso, gli infermieri hanno mostrato una maggiore predisposizione verso l'IPC dei medici, indipendentemente dal paese in cui lo studio è stato condotto. Questa scoperta, anche se di moderata intensità, indica che i medici sarebbero più riluttanti a impegnarsi in una pratica collaborativa efficace.

I risultati della meta-analisi hanno messo in evidenza, inoltre, che considerando l'atteggiamento verso la IPC, questa ha un forte effetto sistematico a favore degli

infermieri, ovvero gli infermieri posseggono un atteggiamento più favorevole alla IPC rispetto ai medici (Sollami et al., 2014). I dati però della meta analisi mostrano come questi valori si invertono nei reparti di terapia intensiva (Sollami et al, 2014)

In letteratura però non esistono studi in ambito italiano, delle percezioni e degli atteggiamenti di medici ed infermieri nelle terapie intensive.

Alcuni studi hanno dimostrato che un accentuato team commitment<sup>1</sup> predice fortemente la collaborazione tra i membri della squadra (Morgan & Hunt, 1994). Nel settore sanitario, Le Blanc et al. (2009) hanno rilevato che il team commitment ha predetto positivamente e contemporaneamente implementato la percezione di ICP.

Anche Richardson e colleghi (2010) rilevano come gli infermieri che sviluppano un forte legame affettivo con il gruppo, sono più facilitati ad investire relazioni di qualità con i colleghi.

## OBIETTIVI

Il nostro studio vuole indagare la percezione e l'atteggiamento di medici ed infermieri in alcune UU.OO di Terapia Intensiva.

Gli obiettivi dello studio si possono così sintetizzare:

- Qual è la percezione e l'atteggiamento dei medici e infermieri delle TI?
- In che misura le seguenti variabili modificano tali misure:
  - La professione
  - La percezione della gerarchia dei ruoli
  - L'attaccamento all'UO (*team commitment*)

Inoltre si vuole indagare l'intensità delle relazioni informali di apprendimento che può essere utilizzata per comprendere e stimolare l'apprendimento interprofessionale (informale) che rappresenta un elemento che contribuisce alla collaborazione.

---

<sup>1</sup> inteso come "l'attaccamento emotivo individuale verso... (identificazione con) e coinvolgimento nell'organizzazione" (Meyer e Allen 1991)

## METODO

Sarà realizzato uno studio esplorativo di tipo quantitativo multicentrico attraverso la somministrazione volontaria di un questionario a medici ed infermieri di reparti facenti parte dell'Area Critica/Terapie Intensive (Rianimazione, Terapia Intensiva Post Operatoria, Pronto Soccorso e 118-Emergenza Territorio) di alcune aziende del Nord Italia: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Nuovo Ospedale di Baggiovara, Modena (???)

## STRUMENTI

Per misurare la collaborazione in termini di percezione, abbiamo scelto la *scala ICU Nurse-Physician Questionnaire* (Shortell, 1991). Questo strumento rileva alcuni aspetti dell'ambiente di lavoro, come ad esempio, la leadership, la comunicazione, il coordinamento, la gestione dei conflitti e del *problem-solving*, la coesione e l'efficacia percepita dai membri del gruppo. La scala è composta da 48 item con risposta da 1 “completamente in disaccordo” a 5 “completamente d'accordo”.

Per quantificare l'atteggiamento di medici ed infermieri, abbiamo scelto la *scala Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician Nurse Collaboration*, che riconosce al suo interno i seguenti fattori: autorità, autonomia, responsabilità nell'assistenza/cura di pazienti, condivisione delle decisioni, aspettative del ruolo e la formazione collaborativa (Hojat et al., 1999). Questo strumento è formato da 15 item che prevedono una risposta attraverso 4 – 5 punti (da 1 “completamente in disaccordo” a 5 “completamente d'accordo”).

Le persone reclutate saranno medici ed infermieri di ambo i sessi che lavorano da almeno un anno presso i reparti facenti parte dell'Area Critica/Terapie Intensive.

Per misurare il team commitment, ovvero l'attaccamento dei professionisti alla propria UO abbiamo convenuto di valutare tale variabile attraverso 3 item tratti dallo studio di Le Blanc et al. (2009). Gli item utilizzano una scala Likert da 1 (fortemente in accordo) a 6 (fortemente d'accordo). (es: Sento di essere parte di questa U.O).

Per valutare come la gerarchia tra i gruppi professionali sia percepita dai professionisti all'inizio del questionario sono stati proposti tre item (uno per ogni professione)

attraverso i quali è stato chiesto di giudicare lo status di ciascun gruppo su una scala tipo Likert da 1=poco prestigioso a 6=molto prestigioso (Es.: Nella società italiana medici, infermieri differiscono per quanto riguarda il loro status sociale, indichi il prestigio che secondo lei viene attribuito a ciascuna professione).

Per valutare l'apprendimento informale, infine, saranno utilizzate 4 domande utilizzate nello studio di Wagter e colleghi (Wagter, van de Bunt, Scherpbier, 2012). (es.: Quando durante un lavoro in reparto si presenta una mancanza di conoscenza o di competenze, a chi chiederai consigli, aiuto o spiegazioni?)

Lo strumento verrà completato con altre misure di carattere socio anagrafico quali: età, anzianità di servizio (globale e d nel reparto di TI), formazione professionale.....

#### **IPOTESI (alcune):**

Percezione: misura media maggiore negli infermieri rispetto ai medici.

Atteggiamento: misura media maggiore nei medici rispetto agli infermieri.

Correlazione positiva tra la media della percezione e il valore del *team commitment*.

## Bibliografia revisione

- "Sung Eun Kim, C. W. (2015). "A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. *BMJ Open*
- (Rose PhD, M. R. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*.
- Adler-Milstein, J. (2011). Resident's and nurse's perceptions of team function in the medical intensive care unit. *Journal of Critical Care*, p. 104.e7-104.e15.
- Alessandro Condotta, M. B. (2007). la collaborazione medico. infermiere, una ricerca bibliografica. *scenario*.
- Baggs, J. G. (2014, Giugno 2). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Resource Center*, p. 20(1):176-82.
- Bo Van den Bulcke, A. V. (2016, Gennaio 23). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study. *Journal of Interprofessional Care*, p. Volume 30, 2016 - Issue 3- Pages 301-308.
- BOEV, C. (2015). Nurse-Physician Collaboration and Hospital-Acquired Infections in Critical Care. *American Association of Critical-Care Nurses*.
- Booth, J. &. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during inpatient stroke rehabilitation: An exploratory study. . *Journal of Interprofessional Care*, p. 31-41.
- Bulcke, B. V. (2009). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study.
- Bulcke, B. V. (2016, Maggio 6). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: a single centre intervention study. *Journal of Interprofessional Care*, p. 301-308.
- Chunli Liao, Y. Q. (2015, Dicembre). The Nurse Collaboration Behavior Scale:Development and psychometric testing. *international journal of nursing sciences*, p. Volume 2, Issue 4, Pages 334-339.
- Chunli Liao, Y. Q. (2015, Dicembre). The Nurse–Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, p. Volume 2, Issue 4, Pages 334-339.
- Cooper, S. O. (2007). Collaborative practices in unscheduled emergency care: Role and impact of the emergency care practitioner – Quantitative findings. . *Emergency Medicine Journal*, p. 630-633.
- D.E., E. (2012). PROFESSIONAL AUTONOMY, COLLABORATION WITH PHYSICIANS, AND MORAL DISTRESS AMONG EUROPEAN INTENSIVE CARE NURSES.
- Deen, T. F. (2011). Relationship between satisfaction, patient-centred care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. . *Administration and Policy in Mental Health*, p. 345-355.
- Despins. (2009, aprile). Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team. *American Association of Critical-Care Nurses*, p. vol. 29 no. 2 85-91 .
- Despins. (2009). Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team . *Critical Care Nurse*, p. Vol 29, No.2.
- Dietz, A. S. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork.
- Dodek PM, R. J. (2003). Explicit approach to rounds in an ICU improves communication and satisfaction of providers. *Intensive Care Med*, p. 1584-8.
- Dodek, R. (2003, Settembre). Explicit approach to rounds in an ICU improves

- communication and satisfaction of providers. *Intensive Care Med.* , p. 29(9):1584-8.
- DOMINIQUE PIQUETTE, S. R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care.*
- Elizabeth D.E. Papathanassoglou, R. M. (2012). PROFESSIONAL AUTONOMY, COLLABORATION WITH PHYSICIANS, AND MORAL DISTRESS AMONG EUROPEAN INTENSIVE CARE NURSES. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE.*
- Flin, M. C. (2007). Interdisciplinary communication in the Intensive Care Unit.
- Freidson. (1970, Ottobre 12). Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. *New York: Harper and Row*, p. 214(2):376.
- Georgiou, P. P. (2017, Gennaio). Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *Nurs Crit Care*, p. 22(1):29-39.
- Gilbert, Y. H. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and collaborative practice. *WHO (world health organization)*, p. 39(3 pt 2): 196-197.
- Gonzalo Jed D., J. H. (2016, Settembre 1). Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. *BMC Health Service Research*, p. 16:459.
- Gonzalo, H. M. (2016, Settembre). Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.*, p. 16:459.
- Hripcsak, G. V. (2011). Use of electronic clinical documentation: Time spent and team interactions. . *Journal of the American Medical Informatics Association.*, p. 112–117.
- Hussein, A. (2014). RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' AND PHYSICIANS' PERCEPTIONS OF ORGANIZATIONAL HEALTH AND QUALITY OF PATIENT CARE.
- John Sexton, R. T. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, p. 6:44.
- José Luís Guedes dos Santos, M. A. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev Gaúcha Enferm.*
- Judith Martine Wagter, G. v. (2012, Maggio). Informal interprofessional learning: Visualizing the clinical workplace. *Journal of Interprofessional Care*, p. 26(3):173-82.
- Kahn, D. K. (2014, Agosto). Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: A Multicenter Qualitative Study. *Res Nurs Health*, p. 37(4):326-35.
- Kahn., J. D. (2014). Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: A Multicenter Qualitative Study.
- Kathleen A. McGrail, D. S. (2008). “What is Found There”: Qualitative Analysis of Physician–Nurse Collaboration Stories . *Journal of General Internal Medicine.*
- Kilduff, M. &. (2003). Social networks and organizations. *SAGE Publications Ltd.*, p. 172 pages .
- Kim, S. E. (2015, Giugno). A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. *BMJ Open*, p. 5(7).
- Kvande, M. (2017). ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options—a focus group study.
- Kvande Monica, E. L. (2016). ICU nurse and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options-a focus group study. *International journal of qualitative study on healt and well-being*, p. 12(1):1267346.
- Kydona. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance.

- Hippokratia General Hospital, Thessaloniki, Greece.*
- Kydona Ch K, M. G.-G. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance . *Hippokratia General Hospital, Thessaloniki, Greece.*
- Louise, R. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*, p. 5-10.
- Maria Wujtewicz, M. A. (2015). Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy.*
- Matziou, V. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care.*
- Meurling, H. S.-T. (2013, Giugno). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. *BMJ Qual Saf.* , p. 22(6):485-94.
- Meurling, L. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions.
- Mickan, S. M. (2005). Effective health care teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. . *Journal of Interprofessional Care.*,, p. 358–370.
- Miller. (2001). Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *American J Crit Care*, p. 341-50.
- Minvielle, E. D. (2005). Culture, organization, and management in intensive care: Construction and validation of a multidimensional questionnaire. . *Journal of Critical Care*, p. 126–138.
- Monica Kvandea, E. L. (2016, Dicembre). ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options—a focus group study. *International journal of qualitative study on healt and well-being*, p. 12(1):1267346.
- Papathanassoglou. (2013). The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm. *Nursing in critical care.*
- Papathanassoglou. (2013, marzo-aprile). The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm. *Nurs Crit Care*, p. 18(2):57-60.
- Papathanassoglou. (2013). The corpus callosum of critical care: interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm. *Nursing in Critical Care*, p. Vol 18, No.2.
- Papathanassoglou, K. (2013, Aprile). The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm. *Nurs Crit Care*, p. 18(2):57-60.
- Papathanassoglou., K. K. (2012, Marzo). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care*, p. 21(2):41-52.
- Paradis. (2013, Dicembre). Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it. Results from a scoping review of ethnographic studies. *J Crit Care*, p. 1062-1067.
- Piers, R. D. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. . *Journal of the American Medical Association*, p. 2694–2703. .
- Piquette Diminique, S. r. (2009, may). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, p. 273-285.
- PIQUETTE, D. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study.
- Piquette, R. L. (2009, Maggio). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: a qualitative study. *J Interprof Care*, p. 23(3):273-85.
- Pronovost PJ, B. S. (2003). Improving communications in the ICU using daily goals. *J Crit*



- Care, p. 71-75.
- Pronovost, B. D. (2003, Gennaio). Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*, p. 18(2):71-5.
- Reader. (2007). Communication skills and errors in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, p. 732-736.
- Reader, F. M. (2007). Interdisciplinary communication in the Intensive Care Unit. *British Journal of Anaesthesia*, p. 347-352.
- Reader, F. M. (2007, Marzo). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *Br J Anaesth*, p. 98(3):347-52.
- Reader. (2009, Maggio). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med*, p. Vol 37 (5):1787-93.
- Reeves, L. E. (2010, luglio 2). Interprofessional teamwork for health and social care. *The Centre for the Advancement of Interprofessional Education*, p. 208 pages.
- Rice, K. Z. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, p. 350–361.
- Richardson. (2010). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Current Opinion in Critical Care*, p. 643-648.
- Richardson. (2010). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Current Opinion in Critical Care*.
- Richardson. (2010, Dicembre). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Curr Opin Crit Care*, p. 16(6):643-8.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*, p. 5-10.
- Rose, L. S. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?
- Santosa José Luís Guedes dos, M. A. (2016, Marzo). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev Gaúcha Enferm*, p. 37(1).
- Santosa, J. L. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room.
- Scheinkestel, L. J. (2009). Uni- and interdisciplinary effects on round and handover content in intensive care units. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, p. 339–353.
- Scott, R. A. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*, p. 113-118.
- Shortell, Z. R. (1994, Maggio). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care*., p. 32(5):508-25.
- Stichler, J. (2011, Ottobre). Psychometric Testing of a Collaborative Behavior Scale . *Virginia Henderson International Nursing e-Repository* .
- Sutcliffe KM, L. E. (2004). Communication failures: An incidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*, p. 186-94.
- Sutcliffe, L. . (2004). Communication failures: An incidious contributor to medical mishaps. . *Acad Med*, p. 186-94.
- Suter, E. (2009). Role under standing and effective communication as core competencies for collaborative practices. *Journal of Interprofessional Care*.
- Thomas EJ, S. J. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. . *Crit Care Med* , p. 956-9.
- Towle, A. &. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. . *Medical Teacher*, p. 219-225.
- Ushiro, R. (2009, luglio). Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*, p. 65(7): 1497–1508.
- Ushiro, R. (2009). Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing.

- Van de Bunt, W. H. (2012, Maggio). Informal interprofessional learning: visualizing the clinical workplace. *J Interprof Care*, p. 26(3):173-82.
- Vasiliki Matziou, E. V. (2014, Novembre). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*, p. 28(6):526-33.
- Vasiliki Matziou, E. V. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. . *J Interprof Care*.
- Wagter, J. M. (2012). Informal interprofessional learning: Visualizing the clinical workplace.
- Weiss, D. (1985, Ottobre). Validity and reliability of the Collaborative Practice Scales. *Nurs Res*, p. 34(5):299-305.
- Wujtewicz Maria, M. A. (2015). Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, p. 47(4):360-2. .
- Zwarenstein, M. G. (2009, Luglio 8). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Reviews*, p. Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2. .

## Bibliografia studio

- Chunli Liao, Ying Qin, Yue He, Yu Gou. *The Nurse-Nurse Collaboration Behavior Scale: development and psychometric testing*. International Journal of Nursing Sciences 2 (2015) 334-339.
- Dietz, A.S., Pronovost, P.J., Mendez-Tellez, P.A., Wyskiel, R., Marsteller, J.A., Thompson, D.A., & Rosen, M.A. (2014). *A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What we do know about teamwork, team tasks, and improvement strategies?* Journal of critical Care, 29 (6), 908-914.
- Douglas, S., Cartmill, R., Brown, R., Hoonakker, P., Slagle, J., Van Roy, K.S., ... Carayon, P., (2013). *The work of adult and pediatric intensive care unit nurses*. Nursing Research, 62 (1), 50-58.
- Freidson, E. (2002). *La dominanza medica* Milano: F. Angeli.
- Hartog, C.S., & Benbenishty, J., (2015). *Understanding nurse-physician conflicts in the ICU*. Intensive Care Medicine, 41 (2), 331-333.
- Hojat, M., Fields, S.K., Velosky, J.J., Griffiths, M., Cohen, M.J., Plumb, J.D. (1999). *Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration*. Evaluation & the Health Professions 01 jun 1999, 22 (2): 208-220.
- Kvande, M., Lykkeslet, E., Storli, S.L., (2016). *ICU nurse and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options-a focus group study*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being (2017), VOL. 12 NO.1, 1267346.

- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N., (2015). *Interdisciplinary communication and collaborative among physicians nurses and unlicensed assistive personnel*. *Journal of nursing scholarship*; 47:3, 275-284.
- Le Blanc, P., Schaufeli, W. B., Salanova, M., Llorens, S., & Nap R.E. (2009) *Efficacy beliefs predict collaborative practice among intensive care unit nurses*. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 583–594.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). *A three-component conceptualization of organizational commitment*. *Human Resources Management Review*, 1 (1), 61-89.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). *The commitment-trust theory of relationship marketing*. *The journal of marketing* 20-38.
- Richardson (2010, dicembre). *Team working in intensive care: current evidence and future endeavors*. *Curr Opin Crit Care*, 16 (6): 643-8.
- Ross, J. (2008). *Collaboration: Integrating Pharmacy and information technology into a barcode medication administration system implementation*. *Caring Newsletter*, 23 (1), 1-9.
- Shortell, S.M., Rousseau, D., Gillies, R., Devers, K.J., Simons, T.L. *Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, validity of the ICU nursephysician collaboration*. *Med Care* 1991; 29 (8): 709-23.
- Siegele, P. (2009). *Enhancing outcomes in a surgical intensive care unit by implementing daily goals*. *Critical Care Nurse*, 29 (6), 58-69.
- Simeoni, I., & De Santi, A. M. (2009). *Comunicazione in medicina: collaborazione tra professionisti sanitari*. Torino: Seed.
- Sollami, A., Caricati, L. & Sarli, L. (2014) Nurse–physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Collaboration*. DOI: 10.3109/13561820.2014.955912.
- Tschannen, D., Keenan, G., Aebersold, M., Kocan, M.J., Lundy, F., & Averhart, V. (2011). *Implications of nurse-physician relations: Report of successful intervention*. *Nursing Economics*, 29 (3), 127-135.
- Valentin, A., & Ferdinande, P., (2011). *Raccomendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. *Intensive Care Medicine*, 37 (10), 1575-1587.

## 6. Appendice n. 1 - Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione

	<b>Autore/i anno</b>	<b>Titolo</b>	<b>Ambito in cui è stato realizzato</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Principali azioni realizzate</b>	<b>Principali risultati</b>
1	Vasiliki Matziou, et al. 2014	<b>Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration</b>	Ogni singolo reparto presente in due ospedali pubblici, ATENE.	Studio descrittivo Quantitativo	Lo scopo dello studio era studiare le percezioni mediche e infermieristiche in materia di comunicazione e collaborazione, nonché i fattori che possono influenzare queste attività.	Un questionario è stato inviato ad un campione casuale di 93 medici e 197 infermieri che si trovano in due grandi ospedali pubblici di Atene, in Grecia.	Lo studio ha indicato che l'assenza di collaborazione interprofessionale può comportare una maggiore possibilità di errori e omissioni nell'assistenza ai pazienti.
2	Christin E boev and Inglin Xia, 2015	<b>Nurse-Physician Collaboration and Hospital-Acquired Infections in Critical Care</b>	Quattro terapie intensive specializzate in ambito chirurgico, medico, grandi ustioni e vascolare)	Studio descrittivo Quantitativo	Esaminare se la relazione di collaborazione tra medici e infermieri e l'assistenza sanitaria fornita nei pazienti adulti in area critica incide o meno sull'aumento delle infezioni.	671 interviste fatte in 4 terapie intensive in 5 anni. Pneumonia da ventilazione meccanica e catetere venoso centrale sono state le infezioni esaminate in questo studio. La collaborazione tra infermiere e medico è stata misurata utilizzando la scala <b>CSACD</b> .	La collaborazione infermiere medico è significativamente correlata alle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

3	Laurel A. Despins, 2009	<b>Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team</b>	Ambito terapia intensiva	Revisione Letteratura	Lo scopo dello studio era valutare gli elementi che facilitavano o ostacolavano la collaborazione medico infermiere insieme alla possibile applicazione di metodiche d'addestramento	Ricerca nelle banche dati	Lo studio ha valutato l'implementazione di modalità di allenamento mirato ai professionisti
4	Joanne Richardson et al, 2010	<b>Team working in intensive care: current evidence and future endeavors</b>	Ambito terapia intensiva	Revisione letteratura	L'obiettivo dello studio era descrivere tramite un'osservazione della letteratura i fattori che caratterizzano la collaborazione	Ricerca nelle banche dati	Si sono osservati come e quali sono i fattori e le variabili che possono influenzare il processo collaborativo come la comunicazione e la leadership
5	Julia Adler-Milstein et al, 2011	<b>Resident's and nurse's perceptions of team function in the medical intensive care unit</b>	All'interno di 6 terapie intensive per adulti a Boston	Studio qualitativo con somministrazione di questionari	Valutare le diverse percezioni dei medici e degli infermieri rispetto al funzionamento del team	Somministrati 46 questionari agli infermieri e 94 ai medici	Si è potuto osservare come l'applicazione di un modello mentale condiviso sia un elemento chiave per la collaborazione e quali sono i fattori che differenziano i medici e gli infermieri

6	Elise Paradis et al, 2013	<b>Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it. Results from a scoping review of ethnographic studies</b>	Ricerca effettuata su studi che trattavano dell'area intensiva	Revisione delle letterature	Identificare i fattori che influenzano la collaborazione interprofessionale	Analisi di 16 articoli risultanti dalla selezione finale	Sono stati identificati come alcuni fattori influenzino la collaborazione, tra i quali troviamo quelli processuali, contestuali, organizzativi e relazionali
7	Tom W. Reader, 2007	<b>Communication skills and error in the intensive care unit</b>	Ambito terapia intensiva	Revisione Letteratura	Lo scopo dello studio era valutare come la comunicazione vada ad influenzare la collaborazione e quali sono i fattori che possono influenzarla positivamente o negativamente.	Ricerca della letteratura	Lo studio ha evidenziato come una scarsa collaborazione e lavoro di squadra produca errori all'interno delle terapie intensive
8	Elizabeth DE Papathanassoglou, 2013	<b>The corpus callosum of critical care. Interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm</b>	Ambito area critica	Revisione letterature	Analizzare la collaborazione in area critica, mettendo in evidenza l'importanza ed i benefici dell'educazione interprofessionale.	Ricerca letteratura	Lo studio ha riportato come ci siano dei miglioramenti del lavoro di squadra insieme ad una riduzione degli errori clinici grazie all'applicazione di metodiche di educazione interprofessionale

9	Tom W. Reader et al, 2009	<b>Developing a team performance framework for the intensive care unit</b>	Ricerca di articoli riguardanti la terapia intensiva	Revisione di 35 studi trovati in letteratura	Analizzare la relazione tra lavoro di squadra e lo stato di salute del paziente per consolidare quanto attualmente scoperto in letteratura	Ricerca nei principali database scientifici	Lo studio ha messo in luce gli input e come la comunicazione sia definita dalla leadership, dalla coordinazione, dalla comunicazione e dal processo decisionale
10	Maria Wujtewicz, Magdalena Anna Wujtewicz, Radosław Owczuk. 2015	<b>Conflicts in the intensive care unit</b>	323 ICU provenienti da 24 regioni della Polonia	Studio qualitativo	L'obiettivo è dare un approfondimento sull'argomento "conflitti" tra le varie figure sanitarie (medico, infermiere, assistenti, familiari)	Interviste a medici ed infermieri di ICU	I conflitti dell' ICU possono avere conseguenze gravi non solo per le famiglie ma anche per i pazienti, i medici, gli infermieri e la società più vasta. La mancanza di comunicazione tra le squadre ICU rischia di compromettere la cooperazione e i contatti della famiglia-teamwork ICU. I conflitti più comuni si verificano tra infermieri e medici, seguiti da quelli all'interno delle squadre infermieristiche e tra il personale ICU e i membri della famiglia.

11	Bo Van den Bulcke et al. 2016	<b>The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study</b>	Unità chirurgica intensiva	Studio qualitativo	Valutare la qualità del lavoro di se il lavoro di squadra potrebbe essere migliorato significativamente attraverso un intervento su misura.	La Scala di Qualità Interprofessionale e di Istruzione (IPEQS), e 3 domande aperte.	Si è scoperto che l'intervento ha avuto un impatto significativo sui fattori organizzativi e sui processi di assistenza legati al lavoro di gruppo interprofessionale per il gruppo totale e in tutti i sottogruppi.
12	DOMINIQUÉ PIQUETTE et al, 2009	<b>Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study</b>	Unità di terapia intensiva (ICU)	Studio qualitativo	Acquisire una comprensione più approfondita della natura e della qualità delle interazioni professionali durante le crisi mediche, che sono definite come eventi che richiedono l'immediato intervento di più membri della squadra ICU per rispondere a un paziente con Instabilità acuta ed una comprensione comune di ciò che è avvenuto durante la crisi.	Intervista con domande aperte: " puoi descrivere una recente crisi medica acuta o un'emergenza che hai incontrato nell'ICU? ", "quando si incontra una situazione acutamente stressante, come pensa che interessa le tue interazioni con altri membri del team ICU??"	In primo luogo, durante i periodi pre-crisi o quelli di crisi, i professionisti sanitari hanno riferito obiettivi condivisi, una comune percezione della necessità di efficaci interazioni interprofessionali per raggiungere questi obiettivi, i ruoli espliciti e complementari, nonché il rispetto reciproco delle competenze degli altri. In generale, questi fattori hanno contribuito a soddisfare interazioni interprofessionali. Inoltre, la transizione dal periodo pre-crisi ai periodi di crisi, sebbene caratterizzata da diverse strutture e processi internazionali, non è stata descritta come problematica.



13	Judith Martine Wagter et al, 2012	<b>Informal interprofessional learning: Visualizing the clinical workplace</b>	ICU e MCU	Studio quantitativo	Visualizzare e descrivere schemi di relazioni informali interprofessionali di apprendimento tra il personale in una cura complessa. In questo studio ci concentriamo in modo più specifico su "tra chi" parte dell'apprendimento informale.	questionari con quattro domande di rete - riconosciuti come indicatori di apprendimento informale nel posto di lavoro clinico	Per visualizzare e descrivere schemi di relazioni di apprendimento interprofessionale (ILR) informali tra il personale in una cura altamente complessa, può essere utilizzato l'analisi della rete sociale (SNA). Si è analizzato la rete degli ILR e si è formulato una scala di IILR, che può essere utilizzata per comprendere e stimolare l'apprendimento interprofessionale informale.
14	Ann Fox and Scott Reeve, 2015	<b>Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses</b>	Ricerca di articoli riguardanti la terapia intensiva	Revisione	Stimolare il dibattito che porta a migliori opportunità pratiche per gli operatori sanitari e per una migliore assistenza ai pazienti.	Ricerca nei principali database scientifici	Mentre i discorsi di cura collaborativi e pazienti, e la loro moltitudine di modelli correlati, vengono adottati con le migliori intenzioni, non servono mai alcuni gruppi più di altri e hanno il potenziale di rafforzare piuttosto che sfidare i paradigmi medici convenzionali. Sono necessari ulteriori dibattiti e discussioni attorno alle gerarchie professionali che esistono nell'assistenza sanitaria.

15	Tom W. Reader et al., 2007	<b>Interdisciplinary communication in the Intensive Care Unit</b>	ICU di quattro ospedali britannici	Letteratura grigia	Esaminare se gli infermieri e i medici che lavorano nelle ICU hanno diverse percezioni della loro comunicazione interdisciplinare, e se gli individui che segnalano livelli più elevati di comunicazione aperta all'interno dell'ICU indicano anche una migliore comprensione dei loro obiettivi di cura del paziente e se la coordinatrice della terapia intensiva sia importante per favorire una percezione dell'apertura della comunicazione.	La misura dell'indagine è stata adeguata dal questionario "collaborazione interdisciplinare", dal quale sono state tratte dodici scale per la comunicazione e la leadership e infine una scala con 5 item.	Infermieri e medici hanno trovato percezioni diverse della collaborazione interdisciplinare, con infermieri che segnalano livelli più bassi di apertura della comunicazione tra infermieri e medici. Rispetto ai medici anziani, i medici di addestramento hanno anche riportato minori livelli di apertura della comunicazione tra i medici. Inoltre, un'analisi del percorso di regressione ha rivelato che l'apertura della comunicazione tra i membri del team ICU prevedeva il grado a cui gli individui hanno riferito di comprendere i loro obiettivi di cura del paziente. Ha anche mostrato che le percezioni della qualità della leadership unitaria prevedono una comunicazione aperta.
16	Elise Paradise et al., 2014	<b>Exploring the nature of interprofessional collaboration and family member involvement in an intensive care context</b>	ICU di un ospedale degli Stati Uniti e due ospedali in Canada	Qualitativo	Esaminare, esplorando attraverso un metodo etnografico, il livello della cultura della collaborazione e il livello di accordo nel prendere decisioni inerenti la cura del paziente.	Sono state somministrate delle domande ed in base alle risposte si è provveduto a delineare l'esistenza del concetto di collaborazione nelle varie ICU	Incrementare la conoscenza della relazione interprofessionale e conoscere le dinamiche nelle specifiche ICU

17	Simon Kitto et al., 2015	<b>Rapid response systems and collective (in)competence: An exploratory analysis of intraprofessional and interprofessional activation factors</b>	10 focus group di 4 ospedali australiani.	Qualitativo, intervista libera, descrittivo	Istituire un sistema di rapida risposta (RRS) alle chiamate di aiuto degli stati di deterioramento dei pazienti	Si è convenzionalmente analizzato il contesto lavorativo che ha permesso di codificare, all'interno dei focus group, l'apertura del processo di identificazione dei temi chiave, attraverso interviste aperte.	I risultati possono essere concettualizzati come una forma di collettiva incompetenza che ha importanti implicazioni per il disegno di presa in carico del paziente. Vi è uno scarso supporto da parte dei medici nei confronti degli infermieri, durante la gestione delle criticità, gli infermieri non hanno la stessa autonomia decisionale e si sentono frustrati e non considerati.
18	Esther Suter et al., 2009	<b>Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice</b>	60 partecipanti di vari ambiti sanitari età (18-55 anni)	Interviste qualitative.	Capire il livello di competenze per una buona pratica collaborativa	Utilizzo di interviste semi-strutturate rivolte a infermieri (43%), medici (1%) altri operatori (56%)	Si evidenzia l'importanza di due fattori responsabili per la riuscita di una buona gestione del paziente critico, essi sono la centralità di quest'ultimo e una buona pratica collaborativa. Un altro aspetto rilevato è stata l'abilità di risolvere conflitti da parte dei professionisti assumendo un'atteggiamento positivo nei confronti del problema.

19	Shelanne L. Hepp et al, 2015	<b>Using an Interprofessional competency framework to examine collaborative practice</b>	113 professionisti intervistati, di diverse professioni, in 3 ospedali in Canada.	Qualitativo	Sono stati proposti 6 obiettivi principali : modello di cura, scopo della pratica, collaborazione, centralità della cura del paziente, comunicazione e leadership, ai quali i professionisti hanno espresso le loro considerazioni per la gestione dei conflitti tra colleghi .	Interviste semi strutturate	La risoluzione dei conflitti non sono ben gestite in queste unità di cura ed il team ha delle carenze, anche se vi è un'idea di miglioramento.
20	Jane Stein-Parbury and Joan Liaschenko 2017	<b>Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work</b>	Prima fase: medici e infermieri di ICU seconda fase: 12 infermieri di ICU	Studio qualitativo	L'obiettivo è di analizzare profondamente i risultati dell'indagine relativi a come la cultura delle unità di cura intensiva, espressa tramite la pratica giornaliera, ha influenzato la cura dei pazienti i quali sono diventati confusi.	Interviste da 30 min a max 2 ore sia a medici che a infermieri specializzati in terapia intensiva	La rottura della collaborazione è avvenuta in quanto medici ed infermieri hanno diversi tipi di conoscenze. I medici si sono concentrati maggiormente sul problema clinico, mentre gli infermieri hanno tenuto in considerazione variabili soggettive al di là della patologia stessa.

21	Deena Kelly Costa et al., 2014	<b>Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: A Multicenter Qualitative Study</b>	64 professionisti di terapia intensiva in 7 ospedali diversi: Medici 7 Caposala 9 Infermieri 22 Terapisti respiratori 15 Farmacisti 5 Dietisti 6	Studio qualitativo	L'obiettivo di questo studio era quello di esaminare come una varietà di medici ICU - infermieri, terapisti respiratori, farmacisti, gestori dell'infermiera e dietisti - guardano la collaborazione interprofessionale nell'unità di terapia intensiva e individuano gli elementi che facilitano la collaborazione interprofessionale.	Interviste semi-strutturate ad infermieri ICU, medici, terapisti respiratori, gestori infermieristici, farmacisti clinici e dietisti.	Nell'ambiente di assistenza critica, l'utilizzo di facilitatori culturali e strutturali sono risultati fondamentali per creare una efficace collaborazione interprofessionale al fine di migliorare la cura dei pazienti e l'efficacia del team.
----	--------------------------------------	--	--	--------------------	---	---	--

22	Kathleen A. McGrail et al., 2008	<b>“What is found there”:</b> qualitative analysis of physician–nurse collaboration stories	Il workshop dedicato alla collaborazione medico-infermiera di successo è stato sviluppato e frequentato da residenti medici e infermieri ospedalieri in un ospedale di insegnamento della comunità	Qualitativo, metodo narrativo con approccio fenomenologico	Venticinque medici, 32 infermieri, 5 medici e 5 infermieri hanno scritto narrazioni di successo sulla collaborazione; Le narrazioni sono state poi analizzate qualitativamente. L'analisi narrativa è stata utilizzata inizialmente per identificare le immagini. Successivamente è stato utilizzato un approccio fenomenologico per sviluppare un quadro per la competenza collaborativa	Tutti i partecipanti hanno presentato le loro narrazioni e hanno acconsentito al loro utilizzo per scopi di ricerca. Lo studio è stato approvato dal consiglio di revisione istituzionale dell'ospedale. Le narrazioni sono state analizzate e codificate da quattro ricercatori	Medici e infermieri hanno avuto una reazione alla gestione dell'affettività diversa, emerge che l'infermiere ha saputo trarre più soddisfazione dalla consapevolezza di aver svolto un lavoro ottimo grazie alla gratitudine del paziente
----	----------------------------------	---	--	--	---	--	---

23	Annalena Welp et al., 2016	<b>The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study</b>	Studio longitudinale in 55 unità di terapia intensiva.	Studio qualitativo	Questo studio mette in evidenza l'importanza di approcci di ricerca longitudinali per esaminare le complesse correlazioni causali tra il lavoro di squadra, l'esaurimento emotivo del medico e la sicurezza del paziente nelle impostazioni di terapia intensiva.	I partecipanti erano 2100 infermieri e medici che lavorano in 55 unità di terapia intensiva. Hanno risposto a un questionario online su aspetti interpersonali e cognitivi-comportamentali del lavoro di squadra, l'esaurimento emotivo e la sicurezza dei pazienti.	Lo studio attuale dimostra che le interrelazioni tra il lavoro di squadra, il burnout clinico e la sicurezza del paziente con rating clinico si sviluppano nel tempo. I clinici emozionalmente esausti sono meno in grado di impegnarsi in un lavoro di squadra interpersonale positivo, che potrebbe mettere in moto un ciclo vizioso: le interazioni interpersonali negative del team influenzano negativamente il lavoro di squadra cognitivo-comportamentale e viceversa.
24	Sung Eun Kim et al., 2015	<b>A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in south korea</b>	Ambito terapia intensiva	Qualitativo	Valutare la collaborazione dei medici e infermieri nelle icu della korea del sud in relazione alla sicurezza del paziente	592 infermieri e 160 medici , questionario composto di 9 item	Il personale del sud corea e' abbastanza riluttante nel divulgare gli errori e nel condividere le conoscenze, non c'è un attento controllo dei livelli di stress e la gestione degli erori e' inadeguata. sicuramente pero' l'esperienza lavorativa può essere usata come formazione base.

25	Kydonas, Chalkas, et al., 2010	<b>The level of teamwork as an index of quality in icu performance</b>	Ambito terapia intensiva	Qualitativo	L'obiettivo era valutare la percezione personale della qualità della collaborazione e della comunicazione che hanno sperimentato	Questionario con 14 "dichiarazioni"	Lo studio ha rivelato un basso consenso relativo al livello di lavoro di gruppo all'interno di ciascuna unità e la collaborazione inadeguata tra alcuni dipartimenti e icu.
26	Monica Kvande, et al., 2017	<b>Icu nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options—a focus group study</b>	Ambito di terapia intensiva	Studio con approccio qualitativo, condotto tre discussioni di focus group	Questo studio ha esplorato il dialogo degli infermieri con i medici riguardanti lo stato clinico dei pazienti e i presupposti per uno scambio efficace e preciso di informazioni	Tre discussioni di focus group con cinque o sei infermieri e medici ciascuno (14 totale). Due temi sono emersi. Il primo tema ha evidenziato i contributi delle infermiere ai dialoghi con i medici, Il secondo tema ha affrontato i presupposti di un dialogo accurato ed efficace sulle opzioni di cura.	Questo studio sottolinea la necessità di rafforzare la capacità dell'infermiere di reperire le osservazioni cliniche e l'interpretazione del fisiologico cambiamento. questa esigenza aumenta l'enfasi nell'ambito della formazione. un dialogo accurato ed efficace tra infermieri e medici sullo spostamento richiede una leadership capace di organizzare riunioni interdisciplinari di routine



27	A.H.M. Hussein 2014	<b>relationship between nurses' and physicians' perceptions of organizational health and quality of patient care</b>	Ambito di terapia intensiva	Progetto comparativo e correlativo	Questo studio ha analizzato il rapporto tra le percezioni infermieristiche e mediche della salute organizzativa di un ospedale e la qualità della cura del paziente	Due questionari di auto-segnalazione da 75 infermieri e 49 medici che lavorano in 4 unità di terapia intensiva in un ospedale universitario affiliato in Arabia Saudita.	I partecipanti, hanno riconosciuto che il loro ospedale e' un'organizzazione sana, dove i punteggi di infermieri e medici in materia di cambiamento e volonta' di effettuarlo erano quasi equivalenti , il livello di esaurimento emotivo e il grado di intensita' del lavoro sono risultati piu elevati per i medici . buone squadre che creano un'atmosfera amichevole tra i membri del team possono stimolare i professionisti della salute a accettare il cambiamento nel loro ambiente di lavoro.
----	------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------	---	--	--

28	Lancaster et al., 2015	<b>Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel</b>	Ambito di area critica	Studio qualitativo	Esplora il potenziale di assistenza interdisciplinare ospedaliera fornita da medici, infermieri e personale non autorizzato (UAP).	Interviste individuali semistrutturate qualitative, faccia a faccia.	Medici, infermieri e gli UAP forniscono ciascuno delle porzioni di cura del paziente, con diversi trattamenti e interventi. é pertanto fondamentale per prevenire errori e frammentazione delle cure che non vi siano tensioni, incomprensioni, e conflitti causati da differenze di opinioni e interessi, garantendo così una comunicazione efficace e una buona collaborazione interdisciplinare.
29	Chunli Liao et al., 2015	<b>The Nurse-Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing</b>	Ambito area critica	Studio quantitativo	Sviluppare e verificare l'affidabilità e la validità di un nuovo strumento, Scala di comportamento di collaborazione e Nurse (NNCBS)	Nurse e Nurse Collaboration Scale è stata sviluppata con 46-item utilizzando un processo di progettazione, perfezionamento e il test, affidabilità e validità.	La scala NNCB sviluppata in questo studio dimostra la sua affidabilità accettabile e validità nel misurare il livello di collaborazione tra infermieri. La sua implementazione su scala più ampia servirebbe come guida per la promozione di relazioni collaborative tra infermieri coinvolti cura del paziente.

30	Jed D. Gonzalo et al., 2016	<b>Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis</b>	Reparto terapia intensiva (ICU)	Studio quantitativo	Individuazione di fattori basati su sistemi che promuovono o diminuiscono la collaborazione interprofessionale, quindi la qualità della cure mediche.	Valutazione prospettica e trasversale dei dati ottenuti da audit infermieristici.	La variazione interprofessionale è più attribuibile al tipo di unità e al supporto percepito piuttosto che le caratteristiche spaziali o di relazione.
31	Deena Kelly Costa et al., 2016	<b>Interprofessional team interactions about complex care in the ICU: pilot development of an observational rating tool</b>	Unità terapia intensiva (ICU)	Studio quantitativo	Esaminare l'affidabilità in un rating osservazionale per valutare le interazioni del team in una singola ICU.	E' stata valutato l'affidabilità attraverso un inter-rate di valutazione osservazionale per valutare le interazioni del team	affidabilità di uno strumento di valutazione osservazionale per valutare l'interprofessionalità e le interazioni di gruppo

32	Rei Ushiro et al., 2009	<b>Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing</b>	Ambito critica area	Studio quantitativo	Relazione di uno studio condotto per sviluppare e testare la psicomtria proprietà della scala di collaborazione infermiere-medico.	La scala di collaborazione infermiere-medico di 51 articoli è stata sviluppata utilizzando un processo di progettazione di oggetti e raffinamento degli oggetti per test di affidabilità e validità. campione 446 medici e 1217 infermieri.	La scala di collaborazione infermiere-medica può essere usata per stabilire Standard per la collaborazione tra infermiere e medici, per misurare la frequenza della collaborazione, attività e per verificare le relazioni specifiche di unità tra collaborazione e qualità della cura.
33	UNNI KROGSTAD et Al. 2004	<b>Doctor and nurse perception of inter-professional cooperation in hospitals</b>	Ambito critica area	Studio quantitativo	Esplorare la percezione del medico e dell'infermiere della cooperazione interprofessionale negli ospedali. Discussione tra professionisti sulle differenze come riflessioni della diversità culturale nella prospettiva del miglioramento della qualità.	Sondaggi trasversali di un campione stratificato.	I medici e gli infermieri non solo hanno valutato diversamente la loro collaborazione interprofessionale, ma sembrano anche definire il concetto in modo diversi. I dirigenti ospedalieri dovrebbero capire la diversità di questa visione culturale per garantire un miglioramento della qualità.

34	Klara Friberg et al., 2016	<b>Interprofessional trust in emergency department – as experienced by nurses in charge and doctors on call</b>	Dipartimento di emergenza-urgenza	Studio qualitativo	Lo scopo di questo studio era quello di descrivere quello che caratterizza la fiducia interprofessionale in un reparto di emergenza norvegese.	I dati sono stati raccolti da settembre-novembre 2013 attraverso quattro focus group e l'analisi dei contenuti qualitativi.	Dai risultati sono emerse due tematiche molto importanti : "avere delle buone conoscenze relazionali" e "essere parte di un contesto.
35	Maria N.K. Karamikola, et al, 2014	<b>Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy</b>	Unità di terapia intensiva	Qualitativo	La scarsa collaborazione tra infermiere e medici e la bassa autonomia possono limitare la capacità dell'infermiere delle terapie intensive di agire sulle proprie decisioni morali.	L'analisi è stata effettuata tramite questionari semi strutturati	Lo stress morale è un fattore negativo per la collaborazione del team di lavoro.
36	Chris Kenaszchuk et al., 2010	<b>Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration</b>	15 aziende ospedaliero-universitarie di Toronto	Studio qualitativo	Progettare una scala per misurare la collaborazione interprofessionale affinché venga usata da infermieri, medici e altre figure professionali che lavorano in area critica.	Le tre scale analizzate dagli autori in quest'articolo sono: <u>NOQ scale</u> (Nurses' Opinion Questionnaire), <u>NWI</u> (Nursing Work Index), <u>NPRS</u> (Nurse-Physician Relation Scale), <u>ATHCTS</u> (Attitudes toward health cares teams scale).	Le scale confrontate hanno dato origine a tre fattori nella scala elaborata: comunicazione, collocazione e isolamento. Quest'ultimo è stato permesso di essere definito esclusivamente da voci negative espresse che esistevano nell'originale NOQ. E' stata fatta questa indennità per riconoscere che aspetti negativi della cura interprofessionale possono esistere e dovrebbero essere misurati in modo appropriato.

37	Lisbet Meurling et al., 2013	<b>Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions</b>	Terapia Intensiva	Studio qualitativo	Implementare l'attitudine al lavoro in equipe del personale di Terapia Intensiva dell'ospedale di Stoccolma	Incontri formativi teorici e simulazioni pratiche in team	In seguito al programma d'esercitazione si è notato un miglioramento sia della comunicazione che della coordinazione ed efficacia dei team di lavoro (soprattutto in situazioni d'emergenza)
38	Evanthia Georgiou et al., 2017	<b>Nurse-Physician collaboration and association with perceived autonomy in cipriota critical care nurse.</b>	5 unità di terapia intensiva di 4 ospedali pubblici di Cipro.	Studio descrittivo quantitativo	L'obiettivo dello studio è quello di comprendere la collaborazione infermiere-medico ed esplorare le possibili associazioni con l'autonomia infermieristica.	Per questo studio è stata utilizzata la "Collaboration and Satisfaction About Care Decisions Scale" (CSACD).	Dallo studio è emerso che sono bassi livelli di collaborazione infermiere-medico e che la soddisfazione infermieristica è correlata alla possibilità di assumere decisioni per quanto riguarda la cura dei pazienti e quindi la possibilità di lavorare con un 'autonomia decisionale
39	José Luís Guedes dos Santos et al., 2016	<b>Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room</b>	20 infermieri nell'unità di emergenza di un ospedale universitario nel sud del Brasile	Studio qualitativo	Analizzare le strategie utilizzate dagli infermieri per promuovere il lavoro di squadra in sala emergenze	I dati sono stati raccolti tra giugno e settembre 2009 attraverso l'osservazione dei partecipanti e le interviste semi-strutturate e analizzate usando analisi tematica.	E' emerso che le strategie utilizzate dagli infermieri per promuovere il lavoro di squadra nell'unità di emergenza si articolano in azioni professionali, quali: stabilire rapporti di cooperazione, costruire e mantenere legami amichevoli, gestire il conflitto.