

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parm
Formazione e Aggiornamento
Ricerca e Innovazione



Università degli Studi di Parma
Dipartimento di Psicologia



Corso Teorico-Pratico Avanzato di Formazione alla RICERCA PSICOSOCIALE nelle professioni sanitarie -consolidamento di research network-

“La pratica collaborativa nei contesti sanitari”

Monica Bianconcini*, Luca Caricati****, Cinzia Guidi**,
Carmen Prandi***, Rosa Silvano****,
Alfonso Sollami****, Chiara Taffurelli****

Responsabile del Corso: Giovanna Artioli****
Responsabile Scientifico: Tiziana Mancini****

* Azienda USL di Bologna,

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara,

***Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova Reggio Emilia,

****Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma,

***** Università degli Studi di Parma

Parole chiave: *collaborazione interprofessionale,
relazione infermiere/medico, autoefficacia professionale, team commitment*

Premessa

Gli attuali approcci assistenziali riconoscono la multidisciplinarietà come una strategia irrinunciabile per la gestione di problemi di salute complessi, laddove ciascun professionista è incapace in maniera autonoma di fornire assistenza completa. La pratica collaborativa in ambito sanitario, diventa quindi un obiettivo a cui tendere in quanto elemento distintivo e imprescindibile per una assistenza di qualità in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza. Tale considerazione fa emergere come questione di primo piano la collaborazione tra i due protagonisti principali del processo clinico assistenziale: medico e infermiere.

In Italia la collaborazione medico-infermiere può considerarsi un processo in divenire in relazione ai mutamenti sociali ed organizzativi, ma soprattutto in relazione al percorso di crescita della professione infermieristica che si è avuto a partire dall'emanazione del profilo professionale (DM739/94).

Oggi, nei diversi contesti sanitari italiani, quali sono gli atteggiamenti, gli ostacoli, i pregiudizi alla base della pratica collaborativa tra infermieri e medici? Quanto è accettato e condiviso il modello complementare? La collaborazione è davvero un obiettivo condiviso ed esplicito per medici e infermieri? Quanto è stato elaborato il concetto di fondo di una responsabilità condivisa verso i pazienti? Quanto siamo ancora distanti da una pratica collaborativa centrata sull'assistito piuttosto che sulla figura medica o sull'organizzazione? Qual è la relazione tra alcuni fattori psicosociali collegati all'identità professionale e la pratica collaborativa.

Sintesi Analisi critica della letteratura

Pratica Collaborativa

Il concetto di "pratica collaborativa" viene definito da alcuni autori come "Le interazioni tra medico ed infermiere che permettono alla conoscenza ed all'abilità di entrambe le figure professionali di influenzare sinergicamente la cura del paziente"; e ancora "L'interazione prevede una comunicazione aperta e la sinergia implica lavorare insieme per risolvere problemi tra diverse figure professionali" (Weiss e Davis, 1985).

Un'altra definizione ancora più esaustiva di pratica collaborativa viene così espressa "Il riconoscimento ed il rispetto della competenza specifica di ciascun professionista nell'assistenza sanitaria. I medici e gli infermieri lavorano insieme e non gerarchicamente, in merito alle decisioni che riguardano i pazienti. La relazione è caratterizzata dalla fiducia e dalla reciproca comunicazione" (Taylor 1996, p 69). Oltre alla comunicazione aperta ed al problem-solving cooperativo, questa definizione sottolinea il reciproco riconoscimento della competenza professionale dell'altro.

Sebbene la letteratura abbia confermato che la promozione della pratica collaborativa si riflette in un funzionamento organizzativo più efficace e sinergico, anche il punto di vista dei professionisti circa la collaborazione con i colleghi sembra giocare a tal proposito un ruolo importante. In effetti, Liedtka e Whitten (1998) hanno osservato che la collaborazione reale non è un risultato della struttura dell'organizzazione, ma deve invece provenire dalla mente di colui che è chiamato a collaborare. Le percezioni, dunque, sono importanti nel tentativo di capire e migliorare la

collaborazione. Per esempio, la letteratura ha dimostrato differenze nella comprensione tra infermieri e medici di che cosa significhi in realtà pratica collaborativa. Gli infermieri spesso definiscono una buona collaborazione “quando viene rispettato il loro contributo”, mentre i medici descrivono una buona collaborazione con le infermiere “quando anticipano i loro bisogni e seguono bene le istruzioni” (Sexton, Makary et al., 2006).

Dal punto di vista psicosociale, diversi sono i fattori che possono influenzare l’atteggiamento verso la pratica collaborativa. Recentemente uno studio, ha dimostrato il forte potenziale motivazionale di due fattori: la percezione di autoefficacia [efficacy beliefs] (come fattore individuale o risorsa personale) e l’impegno a lavorare in gruppo [team commitment] (come fattore di gruppo o risorsa sociale). Questo studio fornisce prova evidente che questi due fattori psicosociali e la pratica collaborativa hanno reciproci rapporti nel tempo. Inoltre, viene sottolineato il ruolo chiave del team commitment come mediatore tra percezione di autoefficacia e pratica collaborativa (Le Blanc et al., 2010).

Autoefficacia

Secondo la Teoria Cognitiva Sociale (Bandura 1997, 1999, 2001) le persone si differenziano per le loro convinzioni sulle proprie competenze e sul successo nei diversi ambiti della loro stessa vita. Queste “credenze nelle capacità dell’individuo di organizzare e di mettere in atto una serie di azioni necessarie per l’acquisizione di cognizioni” (Bandura 1997, p3) sono sintetizzate nel costrutto di “Auto-efficacia” (Bandura, 1997).

Vi sono notevoli elementi di prova degli effetti positivi dell’auto-efficacia sulle prestazioni e sulla salute in diversi ambiti lavorativi, nella scuola e nello sport (Bandura 1999, 2001).

Esiste in letteratura una specifica misura della “percezione di efficacia professionale” derivato dalla letteratura sul burnout (Maslach e Jackson 1981, Schaufeli et al. 1996). Diversi studiosi ritengono effettivamente il burnout come una “crisi di efficacia professionale” (Cherniss 1980, Leiter, 1992).

Team Commitment

Il Team Commitment è l’attaccamento psicologico che i membri sentono nei confronti della loro squadra (di lavoro) e questo è analogo all’impegno organizzativo, eccetto che l’obiettivo dell’attaccamento è la squadra piuttosto che la più grande organizzazione.

In una meta-analisi degli antecedenti, correlati e consequenziali alle tre sottodimensioni di impegno organizzativo, Meyer et al. (2002) hanno dimostrato che l’impegno affettivo è la più forte correlazione positiva con i comportamenti desiderabili al lavoro (cioè la frequenza, il rendimento sul lavoro ed il comportamento nelle proprie comunità).

Gli individui con un forte impegno affettivo continuano la loro attività nell’organizzazione perché *vogliono* farlo; mentre quelli con un forte impegno normativo o formale continuano nella loro attività con l’organizzazione perché sentono che *devono* farlo (Meyer e Allen, 1991).

Obiettivi

- Esplorare l'atteggiamento verso la pratica collaborativa in un campione di infermieri e medici e la percezione del loro agito professionale.
- Valutare l'impatto che alcuni fattori psicosociali possono avere sull'atteggiamento e la percezione dell'agito professionale, nonché sulla loro congruenza e discrepanza.

Strumenti e Metodi

E' stato predisposto un questionario in due versioni speculari: una per gli infermieri e l'altra per i medici costituito per la maggior parte da scale già validate e in alcuni casi adattate. Le scale introdotte nel questionario vogliono misurare: l'atteggiamento e la percezione verso la collaborazione, la credenza della propria efficacia professionale (*autoefficacia professionale*), l'impegno verso la categoria professionale e con la squadra di lavoro (*team commitment*) e fattori ostacolanti e/o favorevoli la pratica collaborativa.

Atteggiamento nei confronti della pratica collaborativa:

La scala utilizzata è la "Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration" nella sua versione definitiva (Hojat et al. 1999) tradotta ed adattata. La scala tipo Likert a 5 punti (da 5=fortemente d'accordo a 1=fortemente in disaccordo) costituita da 15 item e permette di valutare le seguenti dimensioni (la struttura fattoriale è stata verificata attraverso l'analisi fattoriale confermativa).

- l'atteggiamento verso l'orientamento alla formazione condivisa
- il riconoscimento del ruolo infermieristico
- il coinvolgimento infermieristico nelle decisioni
- la figura medica come figura predominante in tutte le fasi del processo di cura.

Questa scala permette il calcolo di un indice complessivo relativo all'atteggiamento alla collaborazione medico – infermiere ($\alpha=.84$, $M=4.03$, $DS=.62$)

Percezione nei confronti della pratica collaborativa:

La scala utilizzata è una versione tradotta ed adattata della "Nurse – Physician Collaboration" (Hushiro, 2009). La scala è costituita da 20 item su scala tipo Likert a 5 punti (da 1 = sempre a 5 = mai) che permette di rilevare le seguenti dimensioni (la struttura fattoriale è stata verificata attraverso l'analisi fattoriale confermativa):

- condivisione di informazioni sul paziente
- partecipazione congiunta al processo decisionale
- cooperatività.

Anche in questo caso è possibile calcolare un punteggio complessivo relativo alla percezione della pratica collaborativa tra medico e infermiere ($\alpha=.94$, $M=3.04$, $DS=.74$).

Autoefficacia professionale:

E' stata misurata utilizzando la sotto-scala "realizzazione" della Maslach Burnout Inventory (Vanin e Castelli, 2003) che valuta la sensazione relativa alla propria competenza ed al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri, consiste in 5 item a cui rispondere attraverso una scala tipo Likert a 5 punti (1 = ogni giorno a 5 = mai; $\alpha=.83$, $M=3.66$, $DS=.70$)

Team Commitment:

Sarà valutato attraverso due scale, la prima misurerà il group commitment attraverso 5 item (adattati da Cadinu e Reggiori, 2002; vedi anche Ellemers, 1993), a cui sono stati aggiunti 3 item tratti dallo studio di Le Blanc et al. (2009). Gli item utilizzano una scala likert da 1 (per niente) a 5 (completamente). L'analisi fattoriale ha mostrato due fattori distinti: il primo riferito al commitmen professionale ($\alpha=.88$, $M=4.18$, $DS=.83$) e il secondo riferito al commitmen con l'unità operativa ($\alpha=.73$, $M=3.52$, $DS=1.05$)

La seconda misura rileva il grado d'inclusione del Sé nel gruppo, ovvero quanto le persone si percepiscono vicino al gruppo (Shubert e Otten, 2002). Lo strumento utilizza una scala grafica a 7 posizioni con due cerchi (uno rappresenta il sé e l'altro il gruppo) che progressivamente si avvicinano, partendo dalla lontananza di sé dal gruppo (1) fino ad arrivare alla sovrapposizione completa (7).

Criteri di inclusione / esclusione dei partecipanti

L'eleggibilità a questa ricerca richiedeva Medici ed Infermieri provenienti dalla medesima UO / Servizio compresa/o in una delle tre aree identificate (area Critica / Degenza Comune / Lungodegenza)¹, delle Aziende: Az USL di Bologna, Az. SMN di Reggio Emilia, Az. Ospedaliera Universitaria di Parma, Hospice Piccole Figlie di Parma, Az. Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Le Unità Operative entrate a far parte del campione sono state estratte con metodo casuale in ragione del 25% per ogni macro-area di ciascuna Azienda.

RISULTATI

Il campione finale è costituito da 405 professionisti, 289 (71.4%) sono infermieri, e 116 (28.6%) medici. L'età media: 40.69 (DS = 8.91). Rispetto al sesso il campione è così composto: 140 (34.8%) maschi, 262 (65.2%) femmine (3 professionisti non hanno risposto). La media degli anni di esperienza professionale è uguale a 15.97 (DS = 9.21), mentre la media di anzianità di servizio presso l'attuale UO è di 118.37 mesi (DS = 99.18) corrispondente in anni a 9.86 (DS = 8.26). Questi dati sono riportati in dettaglio nella tabella sottostante

¹ Dell'area critica fanno parte: le UUOO di Terapie Intensive, Rianimazione e Terapie Intensive Post- operatorie. Dell'area della Degenza comune fanno parte: UUOO di degenza di chirurgia e medicina (generale e specialistica). Dell'area di Lungodegenza fanno parte: Lungodegenza riabilitative ed estensive, Hospice e Residenze Socio Assistenziali.

Distribuzione degli intervistati per età, anzianità di servizio (totale e nell'UO) in relazione alla professione (* $p < 0.01$)

		N	Media	DS
Età*	Infermieri	268	38,78	7,661
	Medici	111	45,29	10,014
	Totale	379	40,69	8,912
Anni di professione*	Infermieri	277	15,03	8,576
	Medici	113	18,26	10,283
	Totale	390	15,97	9,207
Mesi UO*	Infermieri	267	106,18	85,433
	Medici	111	147,69	121,795
	Totale	378	118,37	99,179

L'analisi delle differenze delle medie relative ad infermieri e medici mostra che non vi sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'autoefficacia, il commitment professionale e il commitment con l'UO.

I medici tuttavia, riportano di percepire il sé più incluso nella propria professione di quanto non facciano gli infermieri ($p < .01$)

Per quanto riguarda le misure relative alla collaborazione gli infermieri mostrano un punteggio medio significativamente superiore a quello dei medici ($p < .01$). Mentre quest'ultimi riportano una percezione di collaborazione maggiore di quanto percepiscano gli infermieri.

Il grafico seguente mostra queste ultime differenze..

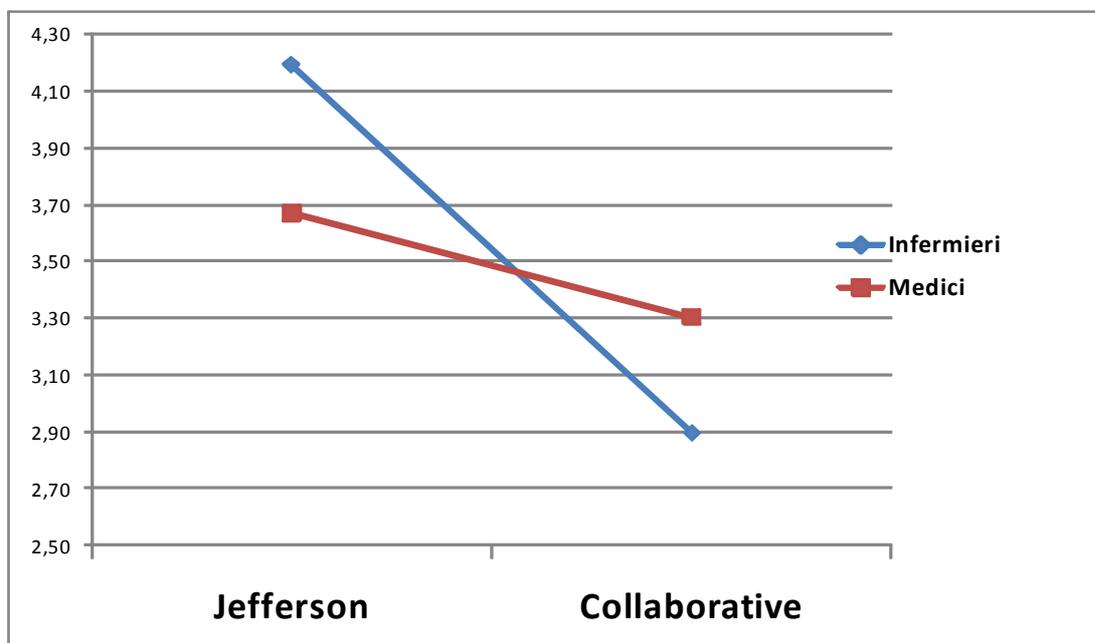


Grafico 1 – Differenze delle medie delle scale Jefferson e Nurse-Physician Collaboration tra medici e infermieri

Professione: $F(1,403) = 1.74, p = .28$

Jefferson vs. Collaborative: $F(1,403) = 304.10, p < .001$

Interazione: $F(1,403) = 94.25, p < .001$

Relazioni fra le variabili

L'analisi di equazioni strutturali, ci ha permesso di definire un modello (sia per la professione infermieristica che per quella medica) che specifica le relazioni significative tra le variabili oggetto di studio. I diagrammi nelle pagine seguenti mostrano i modelli in cui si evidenziano i coefficienti di regressione fra le variabili. I coefficienti riportati sono tutti significativi per $p < .01$.

Come si evince sia per i medici che per gli infermieri l'autoefficacia agisce positivamente sul commitment professionale e con l'Unità operativa. Mentre gli anni di professione hanno un effetto negativo sul commitment professionale (-0.19; -0.24). Ovvero sia medici che infermieri con l'avanzare dell'età professionale meno si sentono legati alla professione. Solo per i medici gli anni di professione hanno un effetto significativo positivo sul commitment dell'unità operativa (.20).

Un'ulteriore similitudine per medici ed infermieri è il fatto che il commitment con l'unità operativa ha un effetto positivo sulla percezione della collaborazione (.33; .30).

Un'aspetto di rilievo è rappresentato dal fatto che per i medici il commitment professionale è quello di unità operativa hanno effetti opposti (uno negativo -.20; e l'altro positivo .32) sull'atteggiamento verso la pratica collaborativa. Per gli infermieri, invece, solo il commitment professionale ha un effetto positivo (.13) sullo stesso atteggiamento.

Si evidenzia che solo per gli infermieri l'autoefficacia ha un effetto positivo sia sull'atteggiamento (.19) che sulla percezione (.20) della pratica collaborativa.

Fit Complessivo Modello: $\chi^2(13) = 16,86, p = .20$; CFI = .985; TLI = .966, RMSEA = .028
 CI = .000-.061, $p = .84$

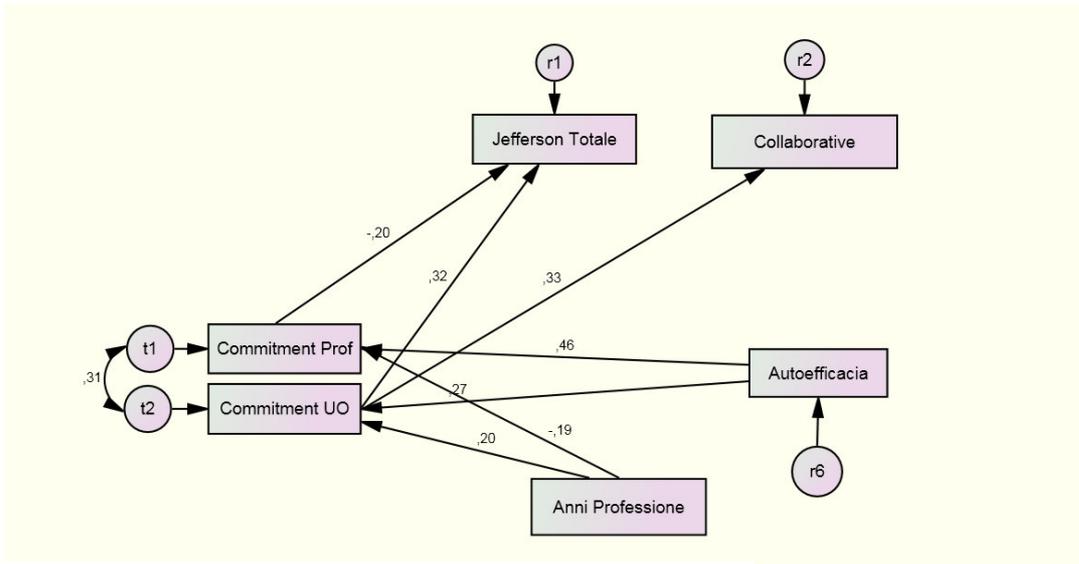


Figura 1– MEDICI (Coeficienti standardizzati)

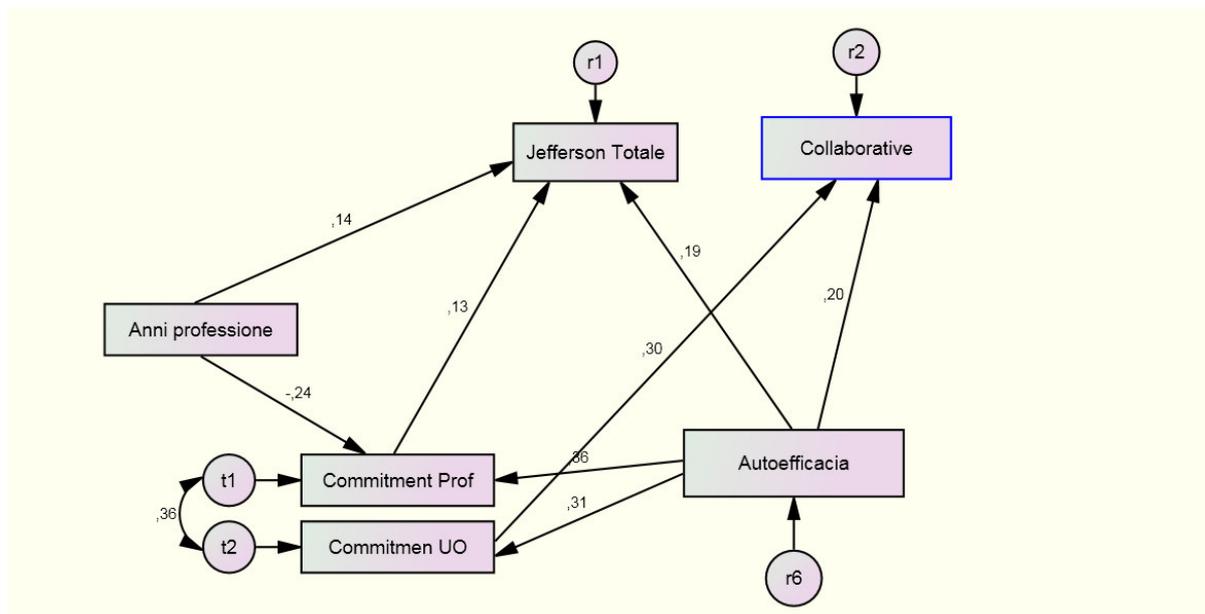


Figura 2– INFERMIERI (Coeficienti standardizzati)