

Monica Bianchi

Docente-ricercatrice al Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale. Ha conseguito un dottorato in Metodologia della Ricerca Infermieristica presso l'Università degli

studi di Genova, durante il quale ha approfondito il tema della collaborazione interprofessionale, anche attraverso un periodo come Visiting Lecturer presso la Ingram

School of Nursing, McGill University di Montreal e il Bouvé College of Health Science, Northeastern University di Boston. Durante il suo percorso professionale è stata

Direttore Infermieristico in Italia e in Svizzera. Nel 2008 ha ricevuto l'EONS (European Oncology Nursing Society) Excellence in Management Award.

L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura e nelle relative formazioni

Dall'analisi della letteratura sull'ampio tema dell'interprofessionalità si evince che il lavoro in team interprofessionali aiuta a massimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, migliorare l'efficienza, garantire la continuità delle cure ed un loro maggior coordinamento, nonché coinvolgere il paziente e/o la famiglia nel processo decisionale.

Collaborazione interprofessionale

Il termine collaborazione interprofessionale (IPC – Interprofessional Collaboration) non è un nuovo concetto nel panorama internazionale. Già nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)^[1] ha riconosciuto l'IPC nella formazione e nella pratica come una strategia innovativa con un ruolo importante nel mitigare la crisi globale della *workforce* nell'area sanitaria.

Punto cardine dell'IPC è l'incontro con l'alterità professionale che deve essere attuato quotidianamente nella pratica professionale. Incontrare l'altro professionista, dopo una iniziale conoscenza, significa confrontarsi e valorizzare le competenze che questi può esprimere nel processo di cura condiviso. Ancora, significa andare oltre il rifiuto della collaborazione che può venire dall'altro, avendo chiari e al centro gli obiettivi della persona assistita. Non in tutti i contesti la collaborazione risulta essere facile: in alcuni ci sono difficoltà a riconoscere il diritto di essere "altro da me", in altri ci sono difficoltà insormontabili ed oggettive ed è qui che più che mai serve il pensiero divergente per cercare di trovare nuove soluzioni di cura e per cercare di andare oltre la non collaborazione, magari provando a costruire fiducia tra e con quanti più possibili "altri" si incontrano.

Riguardo a ciò McCallin e Bamford^[2] hanno osservato, nella loro Grounded Theory sul lavoro in équipe interprofessionali, che la fiducia nei colleghi della propria e/o di altre professioni è basata inizialmente sulla competenza ma che, una volta che questa è stata confermata, i colleghi cominciano ad ascoltarsi con attenzione e a discutere tra loro le situazioni più apertamente e onestamente. Sentendosi al sicuro e vivendo un rapporto di comfort con i colleghi, essi sono stati in grado di definire ipotesi sfidanti e sperimentare nuove idee in team. Dal momento in cui essi si sono sentiti emotivamente sicuri con l'altro si è visto che hanno offerto e ricevuto più facilmente input e sono riusciti a mettere da parte i giudizi di valore personali e gli atteggiamenti difensivi: tutto questo ha portato ad una maggiore focalizzazione sugli interessi dei pazienti. Partendo da queste premesse e prendendo spunto dalle diverse definizioni di IPC, che nel corso degli anni si sono susseguite e via via arricchite, si riesce a delineare un'idea di IPC in cui non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito anche il paziente. Il ruolo attivo del paziente permette ai professionisti di definire obiettivi comuni, di dividerli con lui e di chiedere anche il suo impegno per raggiungerli.

In questa visione sono contenuti concetti importanti tra i quali quello del *team-based care*, al fine di garantire una cura sicura, efficace, centrata sul paziente, tempestiva, efficiente ed equa, e quello delle cure centrate sul paziente e la famiglia nell'ottica di: rispettare i valori, le preferenze ed i bisogni espressi dal paziente; coordinare ed integrare le cure; informare, educare e comunicare con il paziente; assicurargli un comfort fisico ed un supporto emotivo; coinvolgere la famiglia e le persone di riferimento.^[3]

[1] WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Disponibile da: www.who.int/hrh/resources/framework_action/en

[2] McCallin, A. & Bamford, A. (2007). *Interdisciplinary teamwork: Is the influence of emotional intelligence fully appreciated?* *Journal of Nursing Management*, 15, 386-391.

[3] Barnsteiner, J. H., Disch, J. & Walton, M. K. (2014). *Person and Family Centered Care*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

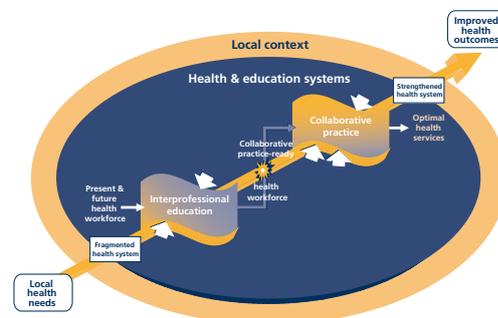
[Fig. 1]
Panoramica dell'azione
sull'Educazione inter-
professionale e la pratica
collaborativa. Ginevra:
Organizzazione Mondiale
della Sanità (OMS), 2010.

Collaborazione interprofessionale e Organizzazioni

L'ambiente organizzativo presenta, per coloro che vi operano, non solo opportunità ma anche una serie di vincoli che vanno ad aumentare il livello di complessità nelle relazioni tra i professionisti. Infatti, combinando fattori diversi, l'organizzazione può favorire oppure ostacolare la collaborazione, può garantire le risorse umane e quelle economiche, oltre al tempo per permettere una cura centrata su paziente e famiglia ed anche una cura integrata attraverso la collaborazione dei diversi professionisti. I fattori dell'organizzazione che maggiormente vengono identificati come influenti sull'IPC sono legati alla sua struttura ed in particolare alla necessità di passare da un modello di struttura gerarchica tradizionale ad una struttura orizzontale, che crea le condizioni migliori per una comunicazione aperta e chiara tra i membri del team, e una condivisione del processo decisionale. All'interno di questo fattore si inserisce anche tutto ciò che riguarda la presenza di asimmetria di potere, definita da aspetti quali autorità, status, gerarchia, oltre all'influenza che in alcuni contesti hanno elementi quali il genere, la razza e la classe sociale.

“ Punto cardine dell'IPC è l'incontro con l'alterità professionale che deve essere attuato quotidianamente nella pratica professionale. (...) un'idea di IPC in cui non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito anche il paziente. ”

Anche la filosofia ed i valori propri dell'organizzazione hanno un impatto sul livello di collaborazione tra i professionisti. Una filosofia i cui valori si fondano su partecipazione, equità, libertà di espressione, interdipendenza oltre che su un clima di apertura, assunzione di rischi e fiducia, facilita e sviluppa la collaborazione. In tutte le organizzazioni si dovrebbe lavorare attivamente per sensibilizzare, favorire, implementare ed attuare l'IPC. Ne consegue che l'impegno dovrà essere tanto nelle organizzazioni ospedaliere, nelle case anziani, nei centri di cura, quanto a livello domiciliare e nei servizi territoriali.



Collaborazione interprofessionale e Educazione interprofessionale

Al concetto di IPC viene spesso affiancato quello di Educazione interprofessionale (dall'inglese, IPE), vedendo il percorso formativo di base e la formazione post-base come momenti fondamentali per sensibilizzare, formare e aiutare ad implementare l'IPC. L'importanza dell'IPE si evidenzia anche con la finalità di riuscire a rompere i silos monoprofessionali, al fine di migliorare i rapporti di collaborazione, senza relazioni gerarchiche tra le diverse professioni che quotidianamente si trovano fianco a fianco nella cura dei pazienti.

Il legame tra IPE ed IPC è rappresentato con chiarezza nel *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* [Fig. 1] della OMS^[1] che esprime l'importanza di partire dai bisogni di salute che si manifestano nelle situazioni locali, per intervenire attraverso l'IPE sia nei percorsi di formazione di nuovi professionisti sia in quelli dedicati a coloro che già lavorano, al fine di costruire solidi team che agiscono costantemente in forma collaborativa. Il percorso che dalla formazione conduce verso la collaborazione dei professionisti nella pratica clinica non si arresta a tal punto ma va oltre e conduce verso l'ottenimento di almeno due importanti outcome: aumentare i punti di forza del sistema sanitario e migliorare i risultati in termini di salute. È importante tenere presente che il raggiungimento di questi obiettivi è influenzato da tutta una serie di fattori che si possono sintetizzare in: fattori legati all'individuo, rappresentati ad esempio dalla velocità (diversa da individuo a individuo), del tempo che passa dal momento in cui le conoscenze, le competenze e le attitudini vengono apprese, al momento in cui esse si modificano; fattori legati alla pratica clinica ed al fatto che è più facile osservare cambiamenti nei processi rispetto che nei risultati; fattori legati all'organizzazione, come descritto in precedenza.

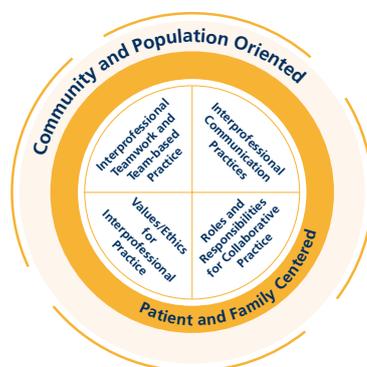
Molteplici sono state le indicazioni date all'ambito formativo nel corso degli anni per favorire la costruzione di IPC durante i percorsi formativi. Le più note e maggiormente seguite sono quelle definite a livello internazionale da "Interprofessional Education Collaborative"^[4] [Fig. 2] che ha indicato quattro competenze "core" orientate da due principi fondamentali: la centralità del paziente e della famiglia; l'orientamento alla comunità ed alla popolazione. La lettura delle competenze permette di comprendere il percorso compiuto dalle diverse istituzioni formative a livello nazionale ed internazionale:

- **Competenza 1 – Valori/Etica per la pratica interprofessionale:** lavorare con individui di altre professioni mantenendo un clima di mutuo rispetto e condividendo i valori.
- **Competenza 2 – Ruoli/Responsabilità:** utilizzare le conoscenze del proprio ruolo e quelle di altre professioni per valutare e affrontare adeguatamente le esigenze sanitarie dei pazienti e promuovere e migliorare la salute delle popolazioni.
- **Competenza 3 – Comunicazione interprofessionale:** comunicare con pazienti, famiglie, comunità e professionisti in ambito sanitario e/o in altri campi in modo responsabile, al fine di sostenere un approccio di squadra volto alla promozione e al mantenimento della salute e alla prevenzione e trattamento delle malattie.
- **Competenza 4 – Team e Teamwork:** costruire relazioni e gestire le dinamiche di gruppo per assumere i diversi ruoli nel team, pianificare, fornire e valutare cure centrate sulla persona/popolazione e policy che siano sicure, tempestive, efficienti, efficaci ed eque.

Uno sguardo nazionale

In Svizzera questi temi stanno acquisendo un valore sempre maggiore, tanto che nell'anno 2014 l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) ha pubblicato una "Carta per la collaborazione tra i professionisti in ambito sanitario"^[5] con gli obiettivi di: ottimizzare il trattamento dei pazienti; garantire l'assistenza sanitaria a fronte di una crescente penuria di professionisti nel settore; supportare il lavoro di chi opera in questo comparto.

Sia gli outcome individuati dall'OMS^[1] riportati in precedenza, sia gli obiettivi definiti dall'ASSM^[5], sembrano distanti dalla tematica dell'IPC ma sono ancorati ad essa da numerosa letteratura scientifica, che ribadisce l'importanza dell'IPC per



The Learning Continuum pre-licensure through practice trajectory

migliorare i risultati di salute, ottimizzare il trattamento dei pazienti e supportare il lavoro di chi opera in sanità. È stato documentato infatti che un'insufficiente collaborazione e comunicazione tra i professionisti della sanità determina un impatto negativo sulla qualità delle cure, sugli outcome di salute dei pazienti nonché sulla loro sicurezza. La mancanza di collaborazione e comunicazione determina stress e frustrazione nei professionisti e, a seguire, i risultati che ne derivano possono trasformarsi in eventi avversi, errori di terapia, fallimento di interventi di rianimazione, aumento delle complicanze e conseguente aumento della durata dell'ospedalizzazione. Al contrario, la presa di decisioni condivisa da parte di tutto il team assistenziale determina una migliore qualità delle cure, una maggiore soddisfazione del paziente, una riduzione della durata media di degenza ed una conseguente riduzione dei costi. La presa di decisioni condivisa, la discussione tra "pari", la partecipazione a programmi di formazione pensati e creati per i team interprofessionali rappresentano un insieme di fattori che determinano la fidelizzazione dei collaboratori, diminuiscono il turnover delle risorse, contribuendo di conseguenza alla riduzione della penuria di mano d'opera.

Ritengo che questa riflessione possa consolidare in ognuno di noi, appartenente a discipline e professioni diverse, l'impegno personale alla collaborazione interprofessionale e alla sensibilizzazione di studenti e/o professionisti con cui ci troviamo ad interagire.

[Fig. 2]

Le principali competenze per una pratica collaborativa interprofessionale. Washington: Comitato di esperti della pratica collaborativa interprofessionale, 2011.

[4] Interprofessional Education Collaborative (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington: Interprofessional Education Collaborative.

[5] ASSM, Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (2014). Carta Collaborazione dei professionisti del settore sanitario.