

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Psicologia

Ciclo XXVIII

LA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE IN
SANITA': UN'ANALISI ATTRAVERSO LA TEORIA
DELL'IDENTITA' SOCIALE

Coordinatore:

Chiar.ma Prof.ssa Tiziana Mancini

Tutor:

Chiar.mo Prof. Leopoldo Sarli

Co-tutor

Chiar.ma Prof.ssa Tiziana Mancini

Chiar.mo Prof. Luca Caricati

Dottorando: Alfonso Sollami

INDICE

INTRODUZIONE

PAG 1

PARTE PRIMA

CAPITOLO I LA RELAZIONE TRA LE PROFESSIONI SANITARIE

§ 1.0	GENERALITÀ.....	PAG 07
§ 1.1	L'OSPEDALE - RICOVERO E L'INFERMIERE GUARDIA-MALATI.....	PAG. 08
§ 1.2	L'OSPEDALE- FAMIGLIA E L'INFERMIERA MOGLIE - MADRE.....	PAG. 09
§ 1.3	L'OSPEDALE ISTITUZIONE E L'INFERMIERA PROFESSIONISTA.....	PAG. 13
§ 1.4	IL DECENTRAMENTO ASSISTENZIALE E L'INFERMIERE SPECIALISTA.....	PAG. 19
§ 1.5	L'INFERMIERE E L'OPERATORE SOCIO SANITARIO.....	PAG. 21
§1.6	CONCLUSIONI	PAG. 24

CAPITOLO II ANALISI DEL CONCETTO DI COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

§ 2.0	GENERALITÀ.....	PAG 28
§ 2.1	CARATTERISTICHE DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE.....	PAG. 31
§ 2.2	ANTECEDENTI DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE.....	PAG. 33
§ 2.3	CONSEGUENZE DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE.....	PAG. 36
§ 2.4	CONCETTI SURROGATI E TERMINI CORRELATI ALLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE.....	PAG. 38
§ 2.5	DEFINIZIONE TEORICA.....	PAG. 39

CAPITOLO II LA COLLABORAZIONE TRA INFERMIERI E MEDICI: UNA META-ANALISI

§ 3.0	INTRODUZIONE.....	PAG 42
§ 3.0.1	LE SCALE UTILIZZATE	PAG. 43
§ 3.1	OBIETTIVI.....	PAG. 49
§ 3.2	METODOLOGIA	
§ 3.2.1	CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.....	PAG. 49
§ 3.2.2	REVISIONE DELLA LETTERATURA	PAG. 50
§ 3.2.3	SELEZIONE DEGLI STUDI	PAG. 50
§ 3.2.4	RACCOLTA DATI	PAG. 50
§ 3.2.5	VALUTAZIONE DEGLI STUDI	PAG. 51
§ 3.2.6	ANALISI DEI DATI	PAG. 52
§ 3.3	RISULTATI	
§ 3.3.1	CARATTERISTICHE DEI CAMPIONI DELLO STUDIO.....	PAG. 52
§ 3.3.2	CARATTERISTICHE DEGLI STUDI	PAG. 53
§ 3.3.3	RISULTATI AGGREGATI	PAG. 53
§ 3.3.4	ULTERIORI ANALISI	PAG. 57

§ 3.3.5	<i>BIAS DI PUBBLICAZIONE</i>	PAG. 57
§ 3.4	<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 57
§ 3.5	<i>LIMITI</i>	PAG. 60
§ 3.6	<i>CONCLUSIONI</i>	PAG. 60

PARTE SECONDA

GLI STUDI

CAPITOLO IV LE TEORIE PSICOSOCIALI CHIAVE DI LETTURA DELLA RELAZIONE INTERPROFESSIONALE

§ 4.0	<i>INTRODUZIONE</i>	PAG. 65
§ 4.1	<i>IL PARADIGMA TEORICO DI RIFERIMENTO</i>	PAG. 66
§ 4.2	<i>IL CONTESTO DI RICERCA</i>	PAG. 67
§ 5.3	<i>OBIETTIVI E DISEGNO DI RICERCA</i>	PAG. 74

CAPITOLO V STEREOTIPI, IDENTITA' PROFESSIONALE E ATTEGGIAMENTO VERSO LA FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE (IPE) NEGLI STUDENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

§ 5.0	<i>INTRODUZIONE / BACKGROUND</i>	
§ 5.0.1	<i>STEREOTIPI ASSOCIATI ALLE PROFESSIONI SANITARIE</i>	PAG. 76
§ 5.0.2	<i>L'EDUCAZIONE INTERPROFESSIONALE IN SANITA: IL CONTATTO INTEGRUPPI</i>	PAG. 78
§ 5.0.3	<i>STEREOTIPI AMBIVALENTI E REAZIONI INTERGRUPPI NEI CONTESTI SANITARI</i>	PAG. 83
§ 5.0.4	<i>STUDIO SUGLI STUDENTI UNIVERSITARI: OBIETTIVI E IPOTESI</i>	PAG. 87
§ 5.1	<i>STUDIO PILOTA: VALIDAZIONE DELLE SCALE</i>	
§ 5.1.1	<i>OBIETTIVO</i>	PAG. 89
§ 5.1.2	<i>DISEGNO DI RICERCA</i>	PAG. 89
§ 5.1.3	<i>STRUMENTO</i>	PAG. 90
§ 5.1.4	<i>MODALITÀ DI RACCOLTA DATI</i>	PAG. 92
§ 5.1.5	<i>CAMPIONE</i>	PAG. 93
§ 5.1.6	<i>RISULTATI: STATISTICHE E PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELLE SCALE</i>	PAG. 93
§ 5.1.7	<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 100
§ 5.2	<i>STUDIO I</i>	
§ 5.2.1	<i>DISEGNO DI RICERCA</i>	PAG. 103
§ 5.2.2	<i>STRUMENTI</i>	PAG. 104
§ 5.2.3	<i>MODALITÀ DI RACCOLTA DATI</i>	PAG. 105
§ 5.2.4	<i>CAMPIONE</i>	PAG. 105
§ 5.2.5	<i>RISULTATI</i>	PAG. 106
§ 5.2.6	<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 112

STABILITÀ E INSTABILITÀ DELLO STATUS TRA I GRUPPI DI PROFESSIONISTI SANITARI: RELAZIONE CON LA MINACCIA IDENTITARIA E LA PRATICA COLLABORATIVA	
CAPITOLO VI	
§ 6.0	<i>INTRODUZIONE / BACKGROUND</i> PAG. 116
§ 6.1	<i>OBIETTIVI E IPOTESI DELLO STUDIO</i> PAG. 122
§ 6.2	<i>STUDIO PILOTA: LA VERIFICA DELLE CONDIZIONI STRUMENTALI</i>
§ 6.2.1	<i>OBIETTIVO</i> PAG. 123
§ 6.2.2	<i>METODO</i> PAG. 124
§ 6.2.3	<i>MISURE</i> PAG. 127
§ 6.2.4	<i>CAMPIONE</i> PAG. 129
§ 6.2.5	<i>RISULTATI</i> PAG. 130
§ 6.2.6	<i>DISCUSSIONE / CONCLUSIONI</i> PAG. 136
§ 6.3	<i>STUDIO 2</i>
§ 6.3.1	<i>METODO</i> PAG. 138
§ 6.3.2	<i>MISURE</i> PAG. 140
§ 6.3.3	<i>PARTECIPANTI</i> PAG. 142
§ 6.3.4	<i>RISULTATI</i> PAG. 143
§ 6.3.5	<i>VERIFICHE DELLE IPOTESI</i> PAG. 145
§ 6.3.6	<i>ULTERIORI ANALISI</i> PAG. 149
§ 6.3.7	<i>ANALISI RELATIVE AL SOLO GRUPPO DI STATUS INTERMEDIO (INFERMIERI)</i> PAG. 154
§ 6.3.8	<i>DISCUSSIONE</i> PAG.160
	<i>CONCLUSIONI</i> PAG. 166

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI 1 – 2 – 3

APPENDICI 1 – 2 – 3

Ringraziamenti

Questo elaborato è il frutto di un lungo cammino, che mi ha fatto incontrare persone competenti e capaci, che hanno condiviso con me le loro competenze: di questo sarò loro riconoscente per sempre.

Il Prof. Sarli, promotore di diverse iniziative che hanno portato alla costituzione di questo dottorato, che ha aperto, e continua a ad aprire nell'Università di Parma nuovi orizzonti per la professione infermieristica.

Alla Prof.ssa Mancini che con il Prof. Sarli ha reso possibile questo percorso di Dottorato, per me e per tutti coloro che mi hanno preceduto ed è stato un punto di riferimento per questo elaborato

Al Dr. Caricati, professionista ed uomo che ammiro e che rappresenterà sempre uno dei miei punti di riferimento, poiché ha reso possibile questo mio percorso indicandomi la via, muovendo critiche costruttive, ascoltandomi ed accogliendo le mie paure.

Alla Dr.ssa Artioli che con il Prof Sarli e la Prof ssa Mancini ha avuto il coraggio di rompere gli schemi, aprendosi ad altre discipline per poter attivare questo percorso di Dottorato.

A tutti coloro che con me in questi anni hanno condiviso il mio percorso, accogliendomi nel territorio della loro disciplina, aiutandomi a comprendere.

Parma, 2017

A. Sollami

INTRODUZIONE

La vera natura dell'assistenza sanitaria comporta l'instaurarsi di relazioni collaborative tra gli operatori, i pazienti e le loro famiglie, in quanto, nessuna singola disciplina o specializzazione risponde, da sola, ai "bisogni di salute" di un individuo. Infatti, la varietà dei fattori che influenzano lo stato di salute della persona, la crescente complessità degli interventi sanitari e la maggiore prevalenza di patologie croniche e/o multiple in pazienti mediamente più anziani, richiedono l'intervento di professionisti capaci di lavorare insieme in maniera sinergica.

La combinazione delle conoscenze e delle capacità tecniche- relazionali, peculiari di ogni disciplina sanitaria, rappresenta oggi il più efficace meccanismo di raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

"Collaborare" vuol dire lavorare tutti i giorni insieme ad altri professionisti (medici di diverse specialità, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ecc.) per ottenere un beneficio condiviso e raggiungere un obiettivo comune. In sanità questo concetto è quasi del tutto inseparabile da quello di miglioramento e non può essere interpretato solamente in termini di altruismo, ma piuttosto come un modo di raggiungere obiettivi comuni in un sistema di interdipendenza. "Collaborazione" significa, quindi, soluzione di problemi attraverso decisioni e responsabilità condivise e coordinamento di azioni individuali per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Data la natura dell'assistenza sanitaria, si potrebbe pensare che la collaborazione sia fondamentale per ogni professionista coinvolto. Invece, quella che viviamo oggi, è una realtà costituita da frequenti fallimenti causati proprio da incomprensioni, contrasti e conflitti. Può accadere che le informazioni non siano condivise e che non venga richiesto l'aiuto quando necessario. In generale, le capacità comunicative sono scarse, mentre molto diffusi sono i sentimenti negativi che derivano dall'assenza di dialogo tra professionisti (Simeoni e De Santi, 2009). Gli operatori sanitari tendono, inoltre, ad identificarsi fortemente nella propria disciplina, nel suo linguaggio, nei suoi valori e nelle sue pratiche, rendendo così molto complessa la comunicazione professionale. Lo sviluppo dell'identità professionale, che parte dal processo di socializzazione degli operatori sanitari, comincia già durante il periodo degli studi e continua sul posto di lavoro. Il riconoscimento e il sentimento di appartenenza ad un gruppo professionale fa parte del "concetto di sé" e questo aiuta a spiegare perché all'interno dei vari gruppi si sviluppino comportamenti

stereotipati, remunerativi, tribalismi e perché ogni minaccia percepita verso il proprio gruppo o verso l'appartenenza ad esso causi ansia ostilità verso "gli altri".

Questo basso livello di collaborazione è ulteriormente peggiorato nell'ambiente sanitario in cui l'urgenza, la competizione tra i professionisti, le pressioni verso una maggiore produttività e minori costi forniscono sempre meno opportunità ai professionisti di incontrarsi su un comune terreno clinico. È stato dimostrato, infatti, che sono proprio le caratteristiche sociali e organizzative dell'ambiente di lavoro a creare i presupposti per l'instaurarsi di relazioni collaborative efficaci (Axelrod, 1984). Nell'ambiente di lavoro a tutto ciò si aggiungono altre barriere generate da differenze in termini di accreditamento, regolamenti autorizzativi, sistemi retributivi, distribuzione di potere e organizzazione gerarchica.

A tutto questo si aggiunga il fatto che ogni disciplina scientifica ha coltivato nel tempo l'attenzione esclusiva verso il proprio campo semantico e di azione. Ogni gruppo scientifico si è così sviluppato attorno ad un sistema di simboli, ad un suo specifico modo di pensare, di riflettere e riportare i propri studi, con delle proprie modalità di comunicazione (verbale e non), e un proprio lessico specialistico in cui spesso abbondano acronimi, abbreviazioni, segni e simboli che sono familiari solo agli appartenenti al gruppo. Ogni professione, ed ancora di più nei gruppi iperspecializzati, ha quindi sviluppato un proprio peculiare modo di pensare, osservare, misurare, giudicare e valutare situazioni, eventi, organismi, persone e comportamenti. Al di là delle differenze di linguaggio e di status, l'ostacolo principale alla collaborazione è quindi rappresentato dal diverso schema mentale che ogni disciplina utilizza nel proprio lavoro, e nel modo di pensare/comunicare, ovvero nei concetti, nei presupposti e nei criteri di credibilità su cui ogni professionista basa la propria attività e le proprie modalità comunicative. Questi presupposti, quasi mai formulati esplicitamente, perché dati per scontati tra membri dello stesso gruppo, comportano, quando si comunica con altri professionisti, interpretazioni dei messaggi distorte o parziali. Quindi in un gruppo di individui appartenenti a diverse professioni o discipline, il più delle volte ogni persona parla e agisce per sé stessa.

Tutti questi fattori fanno in modo che ogni professionista sanitario impari, nel tempo, a pensare, parlare agire entro i confini che la propria professione ha sviluppato, identificandolo come il modo più appropriato di operare e comunicare.

Dall'altro lato è / dovrebbe essere il benessere dei pazienti, l'obiettivo primario delle attività assistenziali, la ragione principale dell'interdipendenza dei professionisti sanitari. Nella pratica di tutti i giorni succede, invece, che affrontando problemi urgenti e complessi e che sorgono in contesti multidimensionali, la collaborazione resta intrappolata in barriere organizzative delimitata, come abbiamo già sottolineato, dai schemi mentali e linguaggi specialistici. Questo fa sì che l'attenzione ai bisogni dei pazienti rimanga una condizione necessaria, ma non sufficiente perché gli operatori collaborino in maniera efficace. Per capire questo fenomeno bisogna partire, in primo luogo dalla comprensione del significato della parola "collaborazione". Rimandando al II capitolo una più attenta analisi del concetto di collaborazione, qui accenniamo al fatto che la collaborazione può essere definita come il processo decisionale congiunto tra parti indipendenti, dal quale deriva una responsabilità collettiva sui risultati (D'Amour et al, 2005).

Questo lavoro di ricerca vuole focalizzarsi proprio sulla collaborazione interprofessionale all'interno dei contesti sanitari, con l'obiettivo di analizzare le dinamiche psicosociali che tendono a favorirla, oppure ad ostacolarla. Per farlo, in modo innovativo rispetto alla letteratura esistente, prevalentemente orientata al a degli studi descrittivi, abbiamo cercato di applicare al contesto sanitario un approccio teorico importante della psicologia sociale: la teoria delle relazioni intergruppi.

Il primo capitolo ("*La relazione tra le professioni sanitarie*") sarà dedicato ad una ricognizione storica della relazione tra le professioni sanitarie, con particolare attenzione a quella tra la professione medica e quella infermieristica. Tale ricognizione permette di chiarire gli attuali processi di relazione-conflitto che spesso si osservano nei contesti sanitari e che rappresentano una delle motivazioni di questo lavoro.

Lo scopo del secondo capitolo ("*Analisi del concetto di collaborazione interprofessionale*") è quello di esporre, sebbene in maniera sintetica, il concetto di collaborazione interprofessionale attraverso la lettura di alcune revisioni che ne hanno messo in rilievo alcune caratteristiche, gli antecedenti, e le conseguenze che

hanno favorito lo sviluppo di una definizione teorica di collaborazione interprofessionale.

Il terzo capitolo ("*La collaborazione tra medici ed infermieri: una meta-analisi*") illustra la meta-analisi condotta e parte del progetto di ricerca. Essa si propone di indagare in che misura infermieri e medici si differenziano per le loro valutazioni rispetto alla collaborazione interprofessionale (IPC) e di valutare i potenziali moderatori di eventuali differenze osservate.

Il quarto capitolo ("*La relazione interprofessionale una lettura attraverso alcune teorie psicosociali*") riassume brevemente alcune teorie psicosociali utilizzate come chiave di lettura della collaborazione.

Il quinto capitolo ("*Stereotipi, identità professionale e atteggiamento verso la formazione interprofessionale (IPE) degli studenti delle professioni sanitarie*") ed il sesto capitolo ("*Stabilità e instabilità dello status tra i gruppi di professionisti sanitari: relazione con la minaccia identitaria e la pratica collaborativa*") illustrano gli studi effettuati e i relativi studi pilota condotti.

L' ultima parte è invece dedicata alla discussione e conclusione dei dati complessivi.

CAPITOLO I

LA RELAZIONE TRA
LE PROFESSIONI SANITARIE

§1.0 - GENERALITÀ

Per tutta la prima metà del 900, nel settore sanitario sostanzialmente sono state occupate tre categorie professionali, che tipicamente nelle strutture ospedaliere operavano (e in parte operano tutt'ora) secondo una struttura gerarchica: medici, infermieri e ausiliari (oggi OSS¹). Negli anni diverse condizioni sono cambiate, molte altre professioni - non mediche - sono state costituite (oggi se ne contano ventidue), ma le figure maggiormente presenti restano medici e infermieri che oggi contano diverse centinaia di migliaia di unità (Tousijn, 2000). Rispetto all'evoluzione di queste figure, Tousijn, in un suo studio del 2000, considera due dimensioni: una che prende in considerazione il “processo di professionalizzazione” delle professioni sanitarie non mediche (nel nostro specifico gli infermieri); l'altra la capacità dei medici di mantenere il controllo di obiettivi e risultati, riconosciuta in letteratura come la c.d. “dominanza medica”. Da questa visione emergono due polarità: una quella dei medici arroccati a difesa dei propri privilegi, l'altra quella delle professioni sanitarie non mediche alla ricerca di una difficile identità professionale. E', infatti, in concomitanza con la proliferazione delle professioni sanitarie, intorno agli anni '50, che la professione medica ha cominciato a “delegare” diversi compiti assistenziali, tecnici e organizzativi ritenuti sgradevoli. Dal canto loro, però, le professioni sanitarie non mediche sono state interessate da un processo di professionalizzazione sostenuto, anche, da una formazione universitaria; condizioni che hanno fatto sì che le professioni sanitarie non mediche potessero acquisire autonomia e maggiore qualificazione.

Date queste premesse, in questo capitolo ci si propone l'obiettivo di tracciare una lettura “storico-processuale” dello storico rapporto tra i medici e gli infermieri (in ambito ospedaliero), inserendolo nel più ampio sistema sanitario italiano. Tale lettura è scandita da tre periodi salienti. Il primo, lo potremmo definire neo-assistenziale poiché vede lo sviluppo della tutela della salute collettiva in un contesto economico, politico e sociale in rapido cambiamento nella nuova società borghese e industriale. Il secondo periodo corrisponde allo sviluppo del SSN da una forma mutualistica volontaria e per alcune aree di lavoro, ad una modalità di

¹ OSS= Operatore Socio Sanitario

tutela sanitaria per tutta la popolazione anche non professionale. Il terzo periodo, invece, corrisponde allo sviluppo del SSN in una fase avanzata di modernizzazione, cioè in una società caratterizzata da vincoli economici e culturali e in cui la crescita dei bisogni di salute si trova in contraddizione con le risorse ad essi destinate.

§1.1 - L'OSPEDALE-RICOVERO E L'INFERMIERE GUARDIA-MALATI

In questa prima fase di certo non si può parlare di relazioni tra professionisti, ma è personale convinzione che alcuni aspetti fondano le proprie radici in questo primo periodo di costituzione dei luoghi di cura e delle figure che in esso operano.

Verso la fine del XIX secolo, quelli che possiamo definire ospedali, si connotano come ricoveri per cronici e per poveri la cui gestione è affidata agli ordinamenti delle Opere Pie. Di essi le autorità municipali se ne servono per controllare le classi più povere e pericolose.

D'altra parte l'ospedale non era ancora inteso come luogo di cura "medico" come lo intendiamo adesso. Come Vicarelli (1997a) scrive in un suo saggio i pazienti dei nosocomi in quel tempo entravano ed uscivano senza controllo, le sale rimanevano aperte al va e vieni dei pazienti e dei loro familiari a tutte le ore del giorno e della notte, le associazioni e gli enti caritativi si contendevano le funzioni di distribuire i pasti o "offrire una morte in grazia di Dio". L'ospedale era un luogo in cui il malato era un'anima da salvare piuttosto che un soggetto da curare. In alcuni saggi dell'epoca, le figure che oggi definiamo come infermieri erano pochissime, in gran parte analfabete e prese qua e là come donne di servizio impegnate in ospedale dopo un brevissimo periodo di preparazione per lo più svolto in lavanderia.

Nella cultura del tempo, essere infermiera voleva quindi dire essere donna rozza e ignorante, e ad essa si contrapponeva la figura della suora che rappresentava la figura di controllo del personale ospedaliero, in quanto ritenuta figura moralmente integra, disciplinata e soprattutto "economica"². Le persone che ricoprivano la funzione infermieristica erano di origine contadina, disoccupati che trovavano

² Nel 1904 la retribuzione media dell'operaio dell'industria era di L. 5 giornaliera, mentre essa ammontava a L. 1,9 per gli infermieri uomini e 1,4 per le donne

nell'occupazione infermieristica un'ancora di salvezza in mancanza (o in attesa) di un posto migliore (Vicarelli,1997b).

Questo scenario si sviluppa però solo in Italia. Infatti, nei paesi anglosassoni già quarant'anni prima erano state istituite le prime scuole per infermieri. Pertanto la figura con doti morali e competenze tecniche delineata oltremarina non si sviluppa in Italia dove rimane ancorata alla figura di guardia-malati. L'ospedale per come è concepito in questo periodo in Italia, dà la priorità alla cura dello spirito, mentre l'accudimento del corpo è lasciato alle donne (ma anche agli uomini) con funzioni di vigilanza piuttosto che di cura. In questo contesto anche la figura medica non è ancora protagonista, ma impegnata nelle cure domiciliari delle famiglie piccolo-medio borghesi o nell'assistenza dei meno abbienti.

§1.2 - L'OSPEDALE-FAMIGLIA E L'INFERMIERA MOGLIE-MADRE

All'inizio del secolo scorso, il contributo di scoperte scientifiche (specialmente nel campo dell'asepsi e della sterilizzazione), alcuni regolamenti comunali e una legge Nazionale spingono alla ristrutturazione degli Ospedali. La concezione dell'ospedale cambia, progredendo da luogo di custodia a luogo di attività medica. Anche alcuni cambiamenti strutturali, come per esempio l'erogazione di acqua calda e/o la diffusione delle reti elettriche determinano una evoluzione che incide sulla diminuzione della pericolosità dei nosocomi e sulla acquisita capacità di intervento terapeutico dei medici-chirurghi. L'Ospedale è visto più sicuro anche dai ceti più facoltosi che con il ricorso a camere separate dal resto dei pazienti contribuiscono ad un incremento economico di cui i medici si fanno subito titolari della gestione. Gli ospedali diventano luoghi di cura in alternativa all'impossibilità di erogare cure impossibili da sostenere in famiglia, e pertanto vengono visti come "una casa lontano da casa", un luogo in cui si ricompono la stessa strutturazione di ruoli e funzioni dell'ambiente domestico (Kushe, 2000).

Questi mutamenti organizzativo - strutturali non determinano però un incremento del personale impegnato nell'assistenza infermieristica a causa del conflitto che si

instaura tra la classe medica e il clero “ausiliario”. Le infermiere nel 1919 non hanno ancora un percorso formativo chiaro e delineato, nonostante in questo periodo venga rafforzata la campagna da parte delle associazioni femminili e dei sindacati che essere infermiera è una vera e propria occupazione di natura prettamente femminile. Le metafore utilizzate “ospedale - famiglia” e “infermiera - moglie e madre” portano, infatti, ad una naturale associazione delle funzioni naturali delle donne con quelle delle infermiere. Sono considerate qualità desiderabili nelle donne e quindi nelle infermiere, l’attitudine alla sottomissione, la devozione, la passività intellettuale. Le infermiere devono essere subordinate ai medici, diventano le “loro mani che si allungano fino a provvedere al malato” e devono dimostrare lealtà e obbedienza verso i superiori (Kushe, 2000, p. 37).

Lo spirito vocazionale della suora non è negato, ma anzi indirizzato ed adattato alla nuova figura infermieristica emergente. L’infermiera laica, ha una “religiosità” rivolta alla professione, vissuta come una vera e propria missione. L’assistenza infermieristica diventa un lavoro onorato, cui possono accedere le donne della piccola borghesia, accostando il lavoro infermieristico ad un “apostolato laico”. La divisa non è bianca per caso, rappresenta il simbolo della sacralità della missione, la nuova religione all’interno dell’ospedale (Fiumi, 1993). E’ in questo frangente che l’appellativo utilizzato dai medici per rivolgersi alle infermiere diviene “sorella”. La donna infermiera è l’aiuto naturale del medico, come sostenuto all’epoca dall’Associazione dei medici ospedalieri³, “la donna medico è una presunzione contraria alla natura” (Kushe, 2000, p. 43).

Se da un lato tutto ciò enfatizza la femminilizzazione della professione infermieristica, di contro l’attribuzione agli uomini dell’attività terapeutica/medica viene sancita dall’istituzione dell’Ordine dei Medici (1910) che riconosce la pratica professionale a chi dopo un preciso percorso formativo professionale, viene valutato da propri pari e si iscrive all’apposito Albo Professionale. Tali prospettive identificano negli uomini gli unici soggetti abilitati a praticare la

³ Nel 1913 così si afferma al congresso dei medici Ospedalieri «le donne possiedono maggior dolcezza, attività, pazienza, attenzione e disciplina, tanto che non si può pensare a un servizio benefatto se non disimpegnato da donne» [Dimonte, 1993; p104].

medicina, lasciando al palo tutto il sapere di cura (femminile) espresso fino ad allora dalle infermiere.

Le scuole di stampo anglosassone, istituite a macchia di leopardo in Italia, presto chiudono e non risolvono il problema della formazione infermieristica. La formazione infermieristica si renderà più strutturata nell'immediato dopo guerra, evidenziando l'assoluta impreparazione del personale nell'assistere i soldati, al punto che le autorità militari impegnarono nei servizi sanitari uomini provenienti da bassi ceti sociali incrementando, secondo gli studiosi di allora, il numero di malattie, lesioni permanenti e morti. Notevole resta comunque la forza di volontariato femminile (se ne contano 10.000) proveniente dai ceti medio borghesi e aristocratici, dimostrando un notevole potenziale di addette all'assistenza infermieristica (Dimonte, 1993). Questa situazione porta alla costituzione di una Commissione Ministeriale (1918) che riprendendo il modello organizzativo inglese sancisce che l'assistenza infermieristica venga affidata "esclusivamente" a figure femminili provenienti da buone classi sociali, nubili o vedove senza prole. La formazione delle stesse viene affidata alle scuole-convitto annesse ai grandi ospedali in cui viene espletato un tirocinio pratico centrato direttamente sull'assistenza ai malati ricoverati.

Nasce però, in questo contesto, una controversia in quanto i medici rivendicano la possibilità di amministrare e gestire tali scuole, forti della convinzione ribadita in uno dei verbali della commissione che "il medico non si adatterà a subire giudizi di chi scientificamente e professionalmente egli sente, e lo è, a sé inferiore" (Dimonte, 1993, p 111).

L'entrata a regime delle scuole comunque tarderà: dal 1925 anno di emanazione del Regio Decreto della Commissione, solo nel 1929 si ebbero i primi regolamenti e solo nel 1940 i primi programmi di formazione e la definizione dei compiti della infermiera. Secondo Dimonte, questi interventi avevano non solo l'intento di sostituire il personale poco formato con le infermiere diplomate, ma anche quello di "...formare donne colte, ben preparate e ubbidienti ..." (p. 112).

Resta irrisolta, in questo contesto, la questione della formazione del personale ausiliario che rimane identificato nel personale maschile proveniente ceti sociali di basso livello. La formazione per gli infermieri di sesso maschile si realizzerà, i

fatti, solo nel 1954 (L.29/11/1954, n.1046) quando verranno istituite le “scuole per infermiere e infermieri generici”. Nello stesso 1954 vengono istituiti i Collegi Professionali a riprova di un riconoscimento della professionalità espressa negli ospedali e due anni più tardi la licenza di scuola media inferiore diventerà requisito di ammissione alle scuole convitto. Venti anni più tardi, il requisito di ammissione verrà alzato al terzo anno di scuola media superiore e il corso di formazione passerà a tre anni con un monte ore pari a 4600 di cui almeno i 1600 di tirocinio (Accordo di Strasburgo 1973). Nonostante questi cambiamenti, il diploma conseguito nelle scuole professionali non costituirà ancora negli anni Settanta un titolo obbligatorio per l’assunzione in servizi di assistenza infermieristica (lo diverrà nel 1982). Nel 1974 viene anche aggiornato il mansionario (emanato negli anni ‘40), mentre già nel 1971 (Legge n.124) era stata data la possibilità agli uomini di entrare nelle scuole per infermieri professionali e abolito l’obbligo del convitto. Da questo quadro si evince, quindi, il notevole ritardo con cui in Italia il personale infermieristico qualificato è stato di fatto inserito nelle organizzazioni sanitarie

Sebbene il personale infermieristico presente negli ospedali triplichi negli anni ’70 (passando da 35.215 a 92.913, ma con due terzi non diplomate), rimane invariato il numero delle religiose presenti nelle stesse strutture, dimostrando che le amministrazioni preferiscono affidare le mansioni direttive al personale religioso, così come non rinunciano ad affidare a personale non qualificato le mansioni di inservienti (Vicarelli, 2001). Anche la bassa percentuale di infermiere diplomate indica che veniva privilegiata l’economicità e il basso costo sulla qualità dei servizi offerti, anche quando l’organizzazione medico-sanitaria diventa prevalente e gli obiettivi di cura sostituiscono quelli di controllo sociale (Vicarelli, 2001). Sulle difficoltà finanziarie del sistema mutualistico di allora pesavano gli interessi della corporazione medica, volta a mantenere la propria sicurezza economica e a preservare la propria autonomia e dominanza professionale. Le religiose mantengono una forte azione di controllo e di guida verso le infermiere, che sperimentano così una distanza sociale e professionale con la componente medica. La questione del genere, si fa sentire anche nel campo medico. Le poche donne-medico si laureavano in ambiti come psichiatria e pediatria, dimostrando di

aspirare a diventare “al massimo buone assistenti” e comunque all’interno di servizi ospedalieri finalizzati alla cura dei bambini o dei malati di mente che evidenzia aspetti “assistenziali” più che di cura, spesso a discapito di una vita familiare. Da una intervista dell’epoca, raccolta da Vicarelli in un suo saggio si legge: “«Non c’era molto spazio per formarsi una famiglia – dice una donna medico – e soprattutto gli uomini non volevano una donna troppo colta o che era arrivata troppo in là con la professione» (Vicarelli, 2001).

Questo quadro, delinea quindi un rapporto gerarchico tra medico e infermiera legato prevalentemente al genere.

§1.3 - L’OSPEDALE ISTITUZIONE E L’INFERMIERE PROFESSIONISTA

Negli anni settanta in Italia vi è una forte domanda di cambiamento del servizio assistenziale, ormai basato sui principi di universalismo ed egualitarismo della copertura assistenziale. Si avvia così la riforma sanitaria (L. 132/1968), in cui agli ospedali viene riconosciuta un’autonomia amministrativa e i medici ottengono, sebbene con un tempo “definito” (quello che oggi viene chiamato part-time), la possibilità di entrare numerosi nel servizio pubblico ed avere uno stipendio garantito. La garanzia dello stipendio è garantita anche agli infermieri a cui vengono riconosciuti due profili occupazionali (operatori di I e II livello), di cui il primo con funzioni di coordinamento.

Vengono a mutare, quindi, le condizioni organizzative e con esse le vecchie metafore centrate su virtù quali obbedienza e remissività (delle infermiere) nei confronti di chi comandava. Si inizia così a delineare una nuova concezione dell’assistenza caratterizzata da una “fedeltà” non più verso il medico, ma verso il malato, la figura infermieristica inizia ad avere una connotazione professionale propria, il suo operato acquista valenza sulle dimensioni tecniche e relazionali⁴. Anche se siamo ancora ben lontani dall’attuale concetto di “patient centred”,

⁴ «L’infermiere – come citano Borsato e Tessadori (2002) in un loro ricerca condotta su tre ospedali dell’area milanese – risulta l’attore che appare più sensibile alle richieste dell’utente, non solo perché attraverso l’assistenza quotidianamente e in maniera diretta si relaziona ai suoi bisogni, ma anche perché proprio come l’utente nella strutturazione delle relazioni si trova a dipendere e quindi a doversi affermare di fronte ai medici. Inoltre, poiché la mancata risposta ai bisogni dell’assistito contribuisce all’aumento del proprio carico di lavoro, egli risulta più interessato a sollecitare sia una globale e maggiore attenzione nei confronti del paziente che il suo coinvolgimento nella strutturazione e modifica delle relazioni» (p.43)

emerge la prima distinzione di due distinti ambiti di competenza “la cura” e “il prendersi cura”, il primo centrato sul risanamento del male, il secondo inteso come attenzione, sollecitudine e intervento olistico. Questa visione pone di nuovo l’accento sulle differenze tra medici e infermieri (professionisti sanitari in genere), creando possibili visioni diverse sull’obiettivo assistenziale. In uno studio sulla differenza di genere tra medici e professioni sanitarie, veniva messo in evidenza come le donne medico si sforzassero di «pensare come medico e non come ostetrica», perché «le ostetriche sono donne, sono gerarchicamente sotto, si identificano con le pazienti, sono più spassionate» non hanno «le responsabilità e la ponderatezza del medico» (Colombo, 1989; p: 6). Tali affermazioni mettono quindi in risalto il persistere di un atteggiamento gerarchico tra medici e professioni sanitarie, in questo caso legato al genere prevalentemente femminile delle professioni sanitarie e maschile dei medici.

Una decina di anni più tardi viene avviata una nuova riforma sanitaria (L.833/78) che mette in evidenza alcune nuove contraddizioni. Il punto cardine sulla prevenzione del testo di legge entra in contrasto con il crescente tecnicismo ospedaliero e con il potenziamento delle attività ambulatoriali intra-ospedaliere, decretando, nei fatti, la centralità delle strutture ospedaliere, della medicina specialistica e dei medici che consolidano il proprio ruolo accentratore nell’organizzazione sanitaria, enfatizzando l’aspetto biologico sul piano scientifico-curativo (Vicarelli, 1997a). In questo contesto le figure infermieristiche (ma non solo) che avevano visto negli obiettivi del nuovo SSN le basi della propria identità professionale, si trovano adesso a dover salvaguardare la propria posizione lavorativa in un nuovo assetto istituzionale che accentra nelle posizioni mediche la gestione del servizio stesso. L’attività infermieristica si configura come un’attività pressoché priva di opportunità di carriera e di contenuti operativi legata come è a un mansionario rigido e a un forte controllo di carattere gerarchico. Le condizioni lavorative determinano insoddisfazioni soggettive che rafforzano negli operatori sanitari la consapevolezza che si debbano rivedere alcuni elementi costitutivi del SSN che devono essere indirizzati verso criteri di efficacia ed efficienza (Guidicini, Pieretti, 1989).

Queste tendenze portano a nuovi orientamenti del Servizio Sanitario, orientandolo verso il valore etico della “qualità” del servizio, intesa come efficacia dell’assistenza erogata, ma anche come umanizzazione. L’attenzione al paziente, la qualità dell’assistenza, l’ordine gestionale ed organizzativo sono i caratteri fondanti del nuovo modello sanitario. Viene istituito infatti un nuovo SSN, (Decreti 502/92 e 517/93) in cui l’idea di Azienda (ospedaliera vs territoriale) diviene il fulcro dei nuovi assetti organizzativi all’interno di una logica di “competizione controllata e di quasi mercato” e nella prospettiva aziendale di rendicontazione delle spese, in termini soprattutto di efficienza gestionale (Vicarelli, 2002). Una ulteriore spinta verso questa nuova visione del SSN è data qualche anno più tardi dalla L.229 improntata non solo alla valorizzazione della professionalità, ma anche alla responsabilità di tutti i soggetti coinvolti che debbono tendere verso mete condivise e buone pratiche per raggiungere obiettivi soddisfacenti di governo della sanità e di benessere della popolazione.

La spinta verso una maggiore professionalizzazione si realizza in parte con l’abolizione del mansionario (del 1974), l’istituzione del Diploma Universitario e l’emanazione del profilo professionale (1994) e dopo qualche anno anche con l’approvazione della L.42 del 1999. Elemento di notevole evidenza per le professioni sanitarie è la cancellazione dell’aggettivazione “ausiliarie”⁵, così da evidenziare l’intenzione del legislatore di sottolineare sia la posizione non più ancillare nei confronti del medico, sia il riconoscimento di una modalità assistenziale non più gerarchica ma fondata sul positivo apporto di diverse professionalità per la realizzazione dell’obiettivo primario, rappresentato dalla tutela globale della salute del paziente. Nell’abrogazione dei mansionari la stessa legge 42/99⁶ ha sancito l’individuazione del campo delle attività secondo i criteri definiti dai profili professionali istituiti da lì a breve, gli obiettivi degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e le indicazioni degli specifici

⁵ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) (GU 2 marzo n. 50/1999).

Art. 1. (Definizione delle professioni sanitarie): «1. La denominazione “professione sanitaria ausiliaria” nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione “professione sanitaria”(…)».

⁶ Legge n. 42/1999. Art. 1: «(...)2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l’articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni (...)».

codici deontologici⁷. Sebbene offrano una valida indicazione per il riconoscimento dei vari ambiti⁸, per la loro genericità tali indicazioni fanno sorgere perplessità nel delineare i confini dell'ambito di competenza, confini che rischiano di allargarsi o stringersi sulla base di "abitudini" (più o meno giustificate) nelle singole realtà operative.

Gli anni 90 hanno visto, quindi, svilupparsi diverse tappe nel processo di revisione della formazione e dell'organizzazione delle professioni sanitarie (in particolare qui si fa riferimento a quella infermieristica) che possiamo così riassumere:

- decreto legislativo 502/1992 (all'articolo 6 sancisce l'unificazione dei percorsi formativi);
- decreto ministeriale 24 luglio 1996 "Approvazione della tabella XVIII ter recante gli ordinamenti universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento all'art. 9 della legge 19-11-1990 n. 381;
- provvedimento di revisione dei settori scientifico- disciplinari universitari con l'inserimento del settore F23A prima e del MED45 oggi, disciplinante le scienze infermieristiche generali cliniche e pediatriche;
- previsione e copertura di cattedre universitarie di scienze infermieristiche;
- decreto 3-11-1999 n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei";
- decreto 2-4-2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" e "determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie".

Quanto evidenziato, non è avvenuto per una risposta a delle istanze professionali, ma piuttosto per l'identificazione di precisi bisogni / domande sanitari e la progressiva e conseguente modifica dell'organizzazione sanitaria. Da un quadro così riassunto diverse sono state le ricadute per la professione infermieristica:

- a) possesso di un titolo di studio spendibile anche in altri percorsi universitari;

⁷ Legge n. 42/1999. Art. 1: «(...) 2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici (...)».

⁸ Legge n. 42/1999. Art. 1: «(...) 2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (...) è determinato dai (...) fatte salve le competenze previste per le professioni mediche, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali (...)».

- b) possibilità di percorsi formativi post base;
- c) acquisizione di uno status di più elevato consenso sociale;
- d) facilitato slittamento alle fasce retributive superiori nell'ambito dei contratti di lavoro;
- e) emanazione del profilo professionale che riconosce la specificità (disciplina) e la competenza di individuazione di un bisogno (diagnosi), oltre che il possesso di un metodo (processo infermieristico);
- f) riconoscimento dell'autonomia e attivazione di una dirigenza capace di governare i diversi processi assistenziali contribuenti alla prevenzione, alla salvaguardia della salute, alla cura, alla riabilitazione, tramite l'emanazione della legge 251/2001.

La legge 251/2000 rappresenta, infatti, una tappa determinante per legittimare e rafforzare l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico assistenziale ma anche a livello gestionale organizzativo e informativo (Mangiacavalli, 2002). La prima parte dell'articolo uno della legge ribadisce sostanzialmente i contenuti della legge 42 / 1999 nei termini dell'autonomia professionale attribuita all'infermiere nel complesso delle norme vigenti, allontanando definitivamente gli antichi vincoli di subordinazione dell'infermiere nei confronti del medico. Tale autonomia è ribadita nel testo di legge dove si fa riferimento al fatto che l'infermiere deve utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi di assistenza. Proprio quest'affermazione diventa elemento qualificante dell'autonomia che "prescinde da prescrizioni mediche e deve essere realizzata per iniziativa personale" (Rodriguez e Aprile, 2004).

Interessante è l'analisi fatta da Benci (2008) secondo cui questa indicazione alla "metodologia di lavoro" può essere intesa come una contraddizione rispetto al concetto stesso di autonomia. Ovvero se da un lato si afferma l'autonomia, dall'altro potrebbe sembrare in antitesi l'indicazione normativa di "precisa metodologia di lavoro". In realtà si vuole dare evidenza a come deve essere la comunità professionale e al fatto che non sia il legislatore a decidere la metodologia più opportuna; è in tal modo che si evidenzia che l'infermiere deve operare in modo autonomo. Tale concetto rappresenta, come definito da Ambrosetti (2003), una "meta-autonomia" , "Il significato dell'autonomia

professionale sta a dimostrare che l'infermiere è una figura professionale indipendente rispetto al medico, con specifiche competenze sulle proprie e con una proprietaria di competenza responsabilità dove il medico non può intromettersi" (Ambrosetti, Piccinelli e Piccinelli,2003). Il medico, non dovrà quindi intromettersi nell'assistenza infermieristica e, quindi, non potrà imporre all'infermiere le modalità di un intervento di competenza di quest'ultimo, e ancora, non potrà mai indicare all'infermiere quale attività compiere per la soddisfazione dei bisogni assistenziali del paziente.

Queste osservazioni vogliono mettere in evidenza (almeno da un punto di vista normativo), come vi sia stata una evoluzione profonda della professione infermieristica, che implica non solo una revisione delle proprie funzioni assistenziali, ma che modifica i rapporti con le altre professioni sanitarie (in primis quella medica) con cui ridefinire le responsabilità rispetto ai processi sanitari. E' interessante a riguardo sottolineare come nel profilo professionale dell'infermiere venga esplicitato il livello di autonomia, definito in primo luogo nel primo articolo, nella parte in cui si precisa che l'infermiere "è responsabile dell'assistenza infermieristica". L'attività collaborante viene invece sottolineata dal terzo comma, punto a) dove si sottolinea la funzione integrante medico-infermiere, specificando che l'infermiere "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività"; per "partecipare" si intende un'attività non autonoma, ma svolta in collaborazione e in equipe. Inoltre, il punto d) stabilisce che l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche – terapeutiche" poste in essere dal medico (Benci, 2002).

Queste specifiche indicazioni definiscono in seno allo stesso profilo dell'infermiere (oltre che nelle altre norme sopra citate), l'implicita indicazione alla collaborazione interprofessionale, ma nello stesso tempo implicano labili confini tra le stesse professioni, contribuendo in tal modo ad una visione conflittuale delle relazioni tra medici ed infermieri.

§1.4 - IL DECENTRAMENTO ASSISTENZIALE E L'INFERMIERE SPECIALISTA

In questi ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento epidemiologico nei paesi occidentali (sono aumentate le patologie croniche) e ad una modifica del trend demografico (la popolazione “anziana” è in aumento) e se ha questo aggiungiamo la crisi economica, con la necessità di utilizzare al meglio le risorse economiche disponibili, si comprende l'imposizione di una revisione dei Sistemi Sanitari (Bertin e Cipolla, 2013). In un sistema in cui l'economicità si basa sulla non dispersione delle risorse e la concorrenza sulla qualità delle prestazioni (non solo le guarigioni) sono infatti necessarie più professionalità; inoltre, quando la cronicità diventa un fatto diffuso le persone esprimono domanda di personalizzazione, di coinvolgimento nel percorso di cura, di accettabilità degli interventi terapeutici e di olismo. Tutto ciò comporta aggiustamenti per individuare il bisogno vero ed elargire un più ampio ventaglio di possibili risposte, ma anche una responsabilità più diffusa e, quindi, lo sviluppo di un ottica di cura integrata e multidisciplinare.

In questo contesto nel 2006 viene emanata la legge 43 che risulta essere di grande rilievo in quanto delinea una classificazione dei professionisti sanitari in quattro categorie: laureati (o con titolo equipollente), professionisti coordinatori, specialisti e professionisti dirigenti. Tale classificazione ribadisce il ruolo fondamentale dei percorsi formativi accademici post base che permettono l'acquisizione di competenze da spendere nell'esercizio delle funzioni proprie dei professionisti. Inoltre la legge definisce, più o meno marcatamente, le competenze e le responsabilità delle figure professionali e identifica, quindi, i livelli di autonomia da esercitare nelle organizzazioni ed, in maniera indiretta, anche le implicazioni che queste determinano nella relazione con le altre figure professionali. Purtroppo però la legge 43 è ancora in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi che dovranno identificare precise responsabilità per quei professionisti in possesso di specializzazione (come master o percorsi formativi universitari). I professionisti, quindi che hanno nel frattempo affrontato tali

percorsi formativi, si scontrano oggi con una realtà che da un punto di vista formale non riconosce le loro competenze.

Al centro del dibattito professionale ci sono quindi oggi le competenze infermieristiche che sono state definite in vari modi: avanzate, nuove, specialistiche, ma che in realtà non sono state ben sviluppate e che pertanto necessitano di essere inquadrare l'interno dell'esercizio professionale. Un primo documento prodotto in tal senso è la bozza di accordo Stato Regioni del 2012. Tralasciando gli articoli che ripercorrono l'evoluzione normativa sono da mettere in evidenza quelli che affermano come la competenza e le responsabilità che ne derivano siano frutto non solo di informazione, ma anche dell'esperienza professionale, evidenziando in tal modo oltre all'efficacia dei percorsi formali anche il collegamento con l'expertise lavorativa. Si ribadisce, inoltre, che la finalità dello sviluppo delle competenze è quella di migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale, il governo dei bisogni assistenziali sanitari e sociali delle persone, della famiglia e della comunità (art.3 comma 1). Lo stesso articolo tre riporta che le regioni dovranno definire, oltre allo sviluppo delle competenze, anche alla revisione dei modelli organizzativi. Ma è importante soprattutto come nello stesso testo venga riportata l'importanza di rivedere il modello assistenziale e quindi anche organizzativo nell'ottica dell'integrazione delle competenze all'interno dell'equipè multi-professionale.

Questo testo, come le precedenti leggi, sono stati oggetto di molti dibattiti e contraddittori tra le professioni sanitarie e i medici. Nel novembre 2013 le organizzazioni sindacali hanno inviato al ministro della salute un documento che sottolinea alcune criticità legate ai rapporti con la professione medica di tipo normativo contrattuale chiedendo ulteriori approfondimenti e valutazioni. Tale iniziativa ha comportato, dopo un confronto fra i sindacati medici e del comparto, la stesura di un documento congiunto presentato al ministero denominato "Protocollo Ministero salute e OOSS - Cabina di Regia" che aveva lo scopo di facilitare la comprensione, la condivisione, il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari nella ridefinizione e attualizzazione del sistema delle relazioni interprofessionali (Benci, 2008).

Tra i vari elementi identificati nel documento sono da evidenziare:

- i cambiamenti da attuare devono essere messi in atto coinvolgendo tutti i professionisti sanitari
- gli attori principali dell'erogazione delle cure del cittadino sono i 30 profili sanitari con le loro autonomie
- devono essere previste modifiche nell'organizzazione del lavoro che rispondono ai bisogni di salute, all'evoluzione scientifica e tecnologica e che valorizzino la crescita professionale
- occorre definire gli standard assistenziali di medici, infermieri e delle altre professioni con la partecipazione delle organizzazioni sindacali.

La citata "cabina di regia" è composta dai rappresentanti istituzionali e da un rappresentante delle organizzazioni sindacali affinché vi sia un confronto permanente e partecipativo sugli ambiti di sviluppo professionale organizzativo e informativo.

A questi documenti si può aggiungere il comma 566 della legge di stabilità del 2015, in cui si afferma come governo regioni devono definire (in accordo con le rappresentanze sindacali, professionali e scientifiche) i ruoli, le competenze, le relazioni interprofessionali e le responsabilità individuali e di equipè sulle funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie. Questa ulteriore produzione legislativa ha riaperto il dibattito delle competenze coinvolgendo tutte le professioni sanitarie, in particolare ha posto l'attenzione su un rapporto infermiere-medico e sul confine e sulle funzioni delle due professioni.

Ad oggi la situazione risulta essere in progresso e senza punti di arrivo certi. Uno degli aspetti di particolare interesse è da parte dei medici l'esigenza di voler definire l'atto medico attraverso una proposta di legge. Ciò non ha fatto altro che determinare un ulteriore dibattito sulle responsabilità e confini professionali, rispetto al quale le posizioni espresse dalle varie rappresentanze professionali risultano articolate e complesse ed ancora lontane dalla via di definizione.

§1.5 L'INFERMIERE E L'OPERATORE SOCIO SANITARIO

A conclusione di questo paragrafo è giusto riportare qualche concetto rispetto alla relazione professionale tra infermiere e un'altra figura che anche se non si può

definire professionale, dato il suo percorso formativo, riveste molta importanza nell'erogazione dei servizi sanitari: l'Operatore Socio Sanitario (OSS). Sebbene negli anni le figure di supporto create a vario titolo e per varie esigenze siano state diverse (ASA, ADEST, OSA) in questo contesto tratterò solo degli OSS in quanto negli anni le altre figure andranno in esaurimento e non saranno più formate in futuro.

Gli OSS nascono dall'esigenza di rispondere ai bisogni primari delle persone, dopo la ristrutturazione normativa delle figure professionali sanitarie (L.42/99). La figura dell'operatore socio sanitario nasce, quindi, da alcune necessità che possono essere così sintetizzate:

- evoluzione dei bisogni della persona e conseguente complessità assistenziale;
- estensione delle attività riconducibili all'infermiere;
- discrepanza numerica degli infermieri (emergenze infermieristica) rispetto alle esigenze organizzative previste nelle normative che si sono susseguite negli anni 90 in poi (i d.lgs.502/92 e 517/93; le L. 42/99, L.251/200, L43/2006).

Queste necessità hanno indotto il legislatore ad individuare un nuovo profilo professionale ad hoc, considerando anche il caos che l'istituzione di diverse figure di supporto da parte di diverse regioni si era venuto a creare. Viene quindi definita la figura dell'OSS con precisi percorsi formativi, contenuti, requisiti di ammissione e spendibilità del titolo univoca sull'intero territorio nazionale.

Giuridicamente la figura dell'OSS è stata individuata dalla Conferenza Stato-regioni il 22 febbraio 2001 in cui è riportata la definizione: “ L'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente”.

Avere una figura professionale formata ad hoc per rispondere ai bisogni primari della persona rappresenta un'opportunità rilevante per migliorare la qualità dell'assistenza erogata. Purtroppo, però, come abbiamo visto per la legislazione della figura infermieristica, anche per questa figura di supporto si registra spesso

una lentezza nell'adeguamento organizzativo che certo non ne favorisce il corretto e appropriato utilizzo. Per favorire i processi di integrazione e a tutela dei professionisti sanitari è importante sottolineare che l'autonomia della figura creata è vincolata a criteri definiti con:

-alta riproducibilità, ovvero attività aventi carattere standard, appunto riproducibili (rifacimento a letto, supporto all'alimentazione...);

-bassa discrezionalità, ovvero azioni che non comportano una particolare presa di decisione da parte dell'OSS, bensì necessitano di un'accurata supervisione e azione conseguente.

Quanto riportato sembra indicare in maniera chiara l'integrazione con la figura infermieristica. Questo quadro di riferimento permette di strutturare le attività dell'OSS attraverso tre modalità (Ripa, Bergomi, Frisone, 2013):

- Opera, ovvero secondo protocolli o altre disposizioni l'OSS svolge in "autonomia" attività pertinenti la sua figura e/o programmate nei piani di lavoro e di assistenza;
- Coopera, ovvero svolge le attività in presenza di un infermiere (o altra professione sanitaria) che avrà la responsabilità del risultato. E' la tipica azione di supporto per quelle attività assistenziali con un grado di complessità non compatibile con la discrezionalità dell'OSS;
- Collabora, ovvero svolge attività solo su precisa attribuzione di un infermiere (o altra figura professionale) e con la sua supervisione..

Sviluppare la cultura dell'integrazione tra le diverse figure professionali che operano nel contesto sanitario, comporta anche la necessità di chiarire alcuni termini spesso ricorrenti. Parlando di figure di supporto come gli OSS ci si imbatte, spesso, nei termini "attribuzione" e "delega" che sono spesso tra loro confusi. Chiariamo che per "delega" si intende quell'atto attraverso il quale un soggetto (delegante) trasferisce ad un altro soggetto (delegato) l'esercizio di poteri e facoltà rientranti nella sua sfera di competenza. Per "attribuzione", invece, si intende l'assegnazione di un compito da un soggetto ad un altro soggetto; assegnazione, fondata su un giudizio. Con questa precisazione è possibile evitare il rischio di confusione e consentire ai infermieri di svolgere appieno il loro mandato. Per la precisione la delega può avvenire tra infermiere e infermiere (così

come tra OSS e OSS), ovvero tra soggetti comparati competenza; mentre l'attribuzione non comporta il trasferimento tout court delle responsabilità, in quanto trattasi di un compito, di un'attività all'interno di un processo assistenziale, del quale l'infermiere risulta costantemente esserne responsabile. All'osso rimane la responsabilità specifica sul compito / attività attribuita. Queste distinzioni permettono, in via teorica, una più precisa distinzione tra i confini professionali delle attività di infermieri e OSS. Da quanto detto nelle pagine precedenti, invece, ciò non può essere detto delle attività mediche e infermieristiche i cui confini restano, anche in virtù dello “storico” rapporto tra le due professioni, molto più labili e conflittuali.

§ 1.6 Conclusioni

L'identità della professione medica è stata edificata attraverso dei propri codici di riconoscimento fondati su un sapere specialistico che ha trovato la sua massima espressione nello sviluppo di sistemi gerarchici. Questo sviluppo dell'identità medica e del suo sapere ha portato a considerare (sia da parte dei cittadini che degli altri operatori sanitari) i medici come portatori del sapere e le altre professioni come ancelle organizzative e burocratiche del sistema sanitario. Questa idea del sapere sanitario si è basata sull'idea che il sapere scientifico medico si è basato sulla scomposizione prettamente fisiologica delle specifiche condizioni cliniche. Fino ad ora il sapere sanitario è stato vissuto dai professionisti, ma anche dei cittadini, come gerarchicamente sequenziale, per cui si è creata anche l'idea che il vero sapere fosse quello medico specialistica. Questo stereotipo culturale ha finito per creare l'idea di figure professionali di serie A e di serie B, dove ovviamente la serie A è rappresentata dalla professione medica.

Questa rappresentazione, sicuramente semplicistica, dell'identità professionale del medico è stata messa in crisi dalla più recente legislazione in materia che ha cercato di valutare la condizione clinica del paziente sotto tre aspetti complementari - biologica, psicologica e sociale - tendendo ad affermare una netta visione multidisciplinare dell'offerta ai bisogni assistenziali e dei cittadini. Le realtà organizzative necessitano oggi di condizioni relazionali profondamente

diverse da quelle del passato e questo il legislatore lo ha decisamente ribadito in questo ultimo ventennio. Lo sviluppo di un nuovo sistema sanitario non può prescindere dalla legittimazione reciproca delle professioni in campo e dalla ridefinizione di un sapere integrato capace di far sintesi di fronte ai bisogni dei cittadini. È interessante osservare come l'attuale normativa dell'esercizio professionale sia elastica e permetta di ridisegnare le competenze dei professionisti sanitari (medici e non) allargandone lo sguardo rispetto alla situazione organizzativa modulare.

Tuttavia, come è stato sottolineato nelle pagine precedenti, sembra che la normativa evolva più velocemente di quanto non facciano le organizzazioni. Le norme prodotte sono, infatti, scivolte sull'organizzazione per anni, mentre l'organizzazione ha continuato a convalidare modelli formati sulla precedente normativa. Solo adesso cominciano a delinarsi modelli organizzativi dove il riconoscimento reciproco dei professionisti diventa indispensabile in termini di efficacia ed efficienza. Purtroppo, però, sotto alcuni aspetti, in molte realtà operative si invocano tuttora anacronismi giuridici e organizzativi sotto una visione gerarchica dei percorsi terapeutici assistenziali, non distinguendo i vari ambiti di applicazione e ignorando i modelli più evoluti dell'organizzazione sanitaria e, soprattutto, non ponendosi in linea con la normativa vigente. Mentre, infatti, alcune realtà aziendali sembrano fare proprie alcune “visioni del mondo” finalizzate alla relazione, alla rete, alla collaborazione, altre realtà gerarchie politico - professionali avallano modelli organizzativi volti a valorizzare l'autonomia, la competizione, la segmentazione dei saperi (Borsato e Tessadori, 2002). Queste discrasie creano contraddizioni talvolta evidenti tra gli orientamenti macro strutturali e le azioni del tessuto assistenziale. Un esempio di queste contraddizioni è la vicenda del 118 di Bologna. L'esempio riportato, vede, infatti, alcuni Medici sospesi dalla propria attività perché hanno dato seguito a procedure Aziendali in cui venivano assegnati agli infermieri (debitamente formati) funzioni “avanzate”, ma che a giudizio dell'Ordine Provinciale e da un'associazione medica nazionale, sono di esclusiva pertinenza medica.

In sintesi, dunque, la neo-strutturazione delle relazioni inter-professionali delineata nei provvedimenti legislativi non è ancora evidente nei luoghi di lavoro.

Le figure professionali storicamente legate ad un ruolo di subalternità hanno così ancora molte difficoltà a trovare spazi di autonomia e ad utilizzare risorse umane e materiali per trovare una nuova identità professionale. Spesso esistono ancora situazioni in è marcata la dipendenza da altre figure rispetto ai livelli decisionali: l'infermiere dal medico, la caposala dal primario, il direttore dei servizi infermieristici dal direttore sanitario ed amministrativo. L'organizzazione dei servizi sociosanitari sembra, quindi, ancora non pronta a recepire i nuovi profili professionali ed a definire nuove posizioni funzionali in cui si renda possibile l'espressione di professionalità organizzate secondo il proprio sapere in rete e non gerarchiche. Ci vorrà ancora tempo e sostanziali cambiamenti a livello di politica sociosanitaria per poter dare a tutte le professioni della salute, compresa quella infermieristica, opportuni spazi di visibilità e decisionalità nei contesti operativi, in un'ottica di proficua collaborazione ed integrazione.

In questo capitolo si è voluto offrire una panoramica delle relazioni tra le principali figure assistenziali per meglio capire il contesto nel quale la ricerca vuole muoversi. Il percorso socio - legislativo illustrato in queste pagine vuole condurre il lettore ad una visione più generale del momento attuale in cui le relazioni tra gli operatori sanitari si sviluppano, e speriamo possano far intuire, almeno in parte, le motivazioni che ci hanno spinto ad analizzare l'argomento in oggetto.

Una delle prime domande che ci siamo posti per iniziare questo progetto di ricerca è stata quella se in letteratura ci fossero degli studi che illustrassero il concetto di collaborazione interprofessionale tra le figure professionali. Il capitolo successivo, vuole illustrare quanto in letteratura è stato pubblicato sull'argomento.

CAPITOLO II

ANALISI DEL CONCETTO DI
COLLABORAZIONE
INTERPROFESSIONALE

§2.0 - GENERALITÀ

Il concetto di collaborazione interdisciplinare non è nuovo in sanità. Nel 1978, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto la collaborazione interdisciplinare come elemento centrale per garantire il successo delle cure. Da allora, in molte nazioni (Canada e Regno Unito per prime), sono stati svolti diversi studi per definire il costrutto di collaborazione e come questa viene declinata nell'agito professionale. Tuttavia, continua a non esserci univocità nella definizione dei fattori che concorrono a costituire e definire la collaborazione interdisciplinare. Una conoscenza approfondita del significato della collaborazione interdisciplinare in sanità e all'interno delle organizzazioni sanitarie è d'altro canto indispensabile affinché il concetto possa essere fatto proprio dai professionisti ed integrato con successo nella loro pratica professionale.

Partendo dalle definizioni comuni, la collaborazione può essere sinteticamente e con un'accezione neutrale definita come "lavorare insieme con altri" (Zanichelli 2015). Lo stesso Zanichelli riporta un'altra definizione di collaborazione in cui è possibile intravedere alcuni elementi che possono aprire ad una prima riflessione su alcuni fattori ostacolanti la collaborazione: "l'atto di collaborare con qualcuno che occupa il vostro territorio".

Nella realtà operativa, purtroppo, da sempre si verificano tensioni tra gli operatori sanitari che occupano "gli stessi territori" e che sfociano in conflitti che inevitabilmente pregiudicano la collaborazione. E' anche per questo motivo che, negli ultimi anni, sono stati condotti diversi studi che hanno cercato di identificare un modello di riferimento ed una definizione univoca di collaborazione.

Tra i numerosi tentativi di definire questo concetto e il suo ruolo nelle attività sanitarie, si può citare la proposta elaborata da D'Amour e coll. in cui viene esposto un modello multidimensionale e in cui diversi fattori si influenzano reciprocamente (D'Amour et al, 2005):

❖ RELAZIONI INTERPERSONALI:

- *condivisione della visione e degli obiettivi* attraverso un processo di negoziazione tra la diversità di punti di vista, interessi e competenze dei vari professionisti;

- *forte legame* tra i comportamenti del gruppo basato sulla fiducia, sulla conoscenza reciproca, sia come persone che come professionisti, e sull'esplicitazione dei diversi modelli concettuali, dei differenti ruoli e delle responsabilità;
- ❖ FATTORI ORGANIZZATIVI:
 - *governance*, elemento fondamentale che comprende la leadership;
 - *formalizzazione*, necessaria per strutturare l'assistenza con un approccio sistematico e chiarire gli obiettivi da raggiungere attraverso lo sviluppo di protocolli, procedure, accordi, ecc.;
- ❖ FATTORI ESTERNI ALL'ORGANIZZAZIONE:
 - *struttura del sistema* di assistenza sanitaria e il grado di integrazione tra i diversi livelli di organizzazione (es. ospedale, territorio, servizi, ecc.);
 - *sistemi formativi organizzazioni professionali* che hanno un forte impatto nel definire le regole e gli ambiti di competenza delle diverse professioni: spesso questi rappresentano il maggior ostacolo alla collaborazione in quanto tempo non mantenere professionisti intrappolati nei rigidi confini della loro disciplina;
 - *valori e/o pressioni sociali*, che molte volte agiscono come spinta ad adottare nuove modalità di azione e apertura modi di pensare alternative;
 - *politiche regolamenti*, il cui compito è quello di facilitare l'integrazione e la collaborazione tra professionisti, rimuovendo gli ostacoli e promuovendo sistemi incentivanti.

Questa analisi, basata sia sotto ipotesi organizzative sociologiche che su modelli empirici, permette di identificare i determinanti fondamentali della collaborazione interprofessionale ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria (vedi tabella sottostante).

LIVELLI	DETERMINANTI
<u>Livello macro</u> (ambiente in cui operano i professionisti)	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema sociale: efficacia delle relazioni di potere – Sistema culturale: differenze di "modi di vedere" – Sistema professionale: capacità di inglobare le diverse culture professionali – Sistema educativo: capacità di sopportare l'apertura verso il contributo di altre discipline
<u>Livello intermedio</u> (fattori interni all'organizzazione)	<ul style="list-style-type: none"> – Determinanti organizzativi (es. strutture gerarchiche) – Filosofie organizzative che possono valorizzare o meno la collaborazione – Supporto amministrativo disponibilità di risorse, tra cui tempo e spazio – Supporto da parte di meccanismi di coordinamento e comunicazione
<u>Livello micro</u> (interno al gruppo di professionisti)	<ul style="list-style-type: none"> – Volontà degli individui di collaborare – Creazione e mantenimento di fiducia rispetto tra i membri del gruppo – Capacità comunicative

Tabella 2.1 Determinanti l'efficacia della collaborazione nelle attività professionali
(Simeoni , De Santi, 2009)

Negli studi riportati in letteratura, la definizione più citata per la collaborazione interdisciplinare / interprofessionale in ambito sanitario è quella di Baggs e Schmitt (1988) secondo i quali "infermieri e medici lavorano insieme, condividendo le responsabilità di risolvere problemi e prendere decisioni per la formulazione e la realizzazione dei piani di cura per i pazienti" (p. 147). Questa definizione è stata originariamente proposta per identificare la collaborazione nell'ambito della terapia intensiva e, seppur idonea a tale contesto, è limitata nella sua ampiezza e nella sua profondità, in quanto nella definizione sembra che la collaborazione sia da riferirsi solo alle figure citate.

Per quanto riguarda la formulazione di possibili modelli per la collaborazione interdisciplinare, quello sviluppato da Bronstein (2003) è il più spesso riportato nella letteratura. Il modello delinea cinque componenti fondamentali della collaborazione interdisciplinare: l'interdipendenza, l'attività professionale, la flessibilità, la definizione comune degli obiettivi e la riflessione sul processo. Anche l'intenzione di questo modello era quella di fornire "una rappresentazione generica dei componenti della collaborazione ottimale tra lavoratori sociali e altri professionisti" (p. 300). Appare evidente, quindi, come anche questa concettualizzazione mostri diversi limiti e non soddisfatti mantenendo divergenti punti vista per quanto riguarda ciò che costituisce la collaborazione interdisciplinare. Questi due esempi evidenziano, quindi, le difficoltà, nel definire il concetto e il modello di collaborazione.

E' interessante osservare a riguardo come molti autori nel condurre rassegne sulla collaborazione interdisciplinare abbiano fatto riferimento al modello di analisi "Evolutionary View of Concept Analysis" (EVoCA; Rodgers, 2000) . Si tratta di un approccio, di tipo induttivo che per focalizzarsi sul chiarimento del concetto e sulla sua corrente utilizzazione cerca di identificarne gli elementi caratterizzanti e di distinguerlo da una moltitudine di termini correlati. Tale modello verrà ripreso nei prossimi paragrafi in cui verranno descritti alcuni studi che hanno cercato di identificare e classificare le caratteristiche, gli antecedenti, le conseguenze, i surrogati e i termini correlati al concetto principale della collaborazione interprofessionale.

§2.1 - CARATTERISTICHE DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE

Negli studi riportati in letteratura sul concetto di collaborazione interprofessionale spesso non veniva fornita una formale definizione del concetto stesso.

Se facciamo riferimento al modello proposto da "Evolutionary View of Concept Analysis" (EVoCA; – Rodgers, 2000) secondo cui le caratteristiche di un concetto costituiscono la vera definizione del concetto stesso, si può evidenziare come diversi autori abbiano costantemente riscontrato tre caratteristiche della collaborazione nei loro studi: processo, condivisione e lavorare insieme.

PROCESSO

La collaborazione interdisciplinare è stata descritta come un processo interattivo o interpersonale e rappresentata come una relazione complessa tra più discipline (Bronstein, 2003; D'Amour e Oandasan, 2005; Lindeke e Block, 1998). Questo complesso rapporto è visto come in continua evoluzione e in via di sviluppo (D'Amour, Ferrada - Videla, Rodriguez e Beaulieu, 2005; Lindeke e Sieckert, 2005). Inoltre, il processo di collaborazione interdisciplinare è stato focalizzato sulle problematiche legate alla cura del paziente (Fineberg, Wenger e Farrow, 2004; Hansen, Biros, Delaney e Schug, 1999; McCallin, 2001; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour e Ferrada-Videla, 2005).

CONDIVISIONE

Il termine condivisione è usato molto liberamente in letteratura per descrivere diverse qualità che sono comprese nel concetto di collaborazione interdisciplinare. In particolare la condivisione riguarda: gli obiettivi, la responsabilità decisionale e il potere.

Rispetto agli *obiettivi*, come caratteristica della collaborazione interdisciplinare, la condivisione implica pari coinvolgimento di tutte le discipline. La presenza condivisa di obiettivi e/o visioni è, infatti, necessaria per garantire che le discipline siano unite e la loro azione vada verso un risultato comune (D'Amour e Oandasan, 2005; Mansourimoaied, Boman e Causley, 2000; Oliver, Wittenberg-Lyles e Day, 2007). La regolazione reciproca degli obiettivi si basa, d'altro canto, sull'interdipendenza e richiede che tutte discipline si concentrino su obiettivi comuni per la cura dei pazienti piuttosto che su individuali obiettivi parziali o strettamente riferiti alla propria disciplina.

La *condivisione delle responsabilità* implica che tutte le discipline coinvolte cooperino nel processo e abbiano la co-responsabilità del risultato (Abramson e Mizrahi, 1996; D'Amour et al., 2005; Hall, 2005; Henneman, Lee e Cohen, 1995; Lindeke e Sieckert, 2005). Inoltre, il processo decisionale condiviso assicura che le prospettive di tutte le discipline siano prese in considerazione durante la pianificazione degli interventi assistenziali e di cura (Mizrahi e Abramson, 2000; Vazirani, Hays, Shapiro e Cowan, 2005; Zwarenstein e Bryant, 2000).

Infine, la *condivisione del potere decisionale* implica che la collaborazione interdisciplinare non sia di natura gerarchica (D'Amour et al., 2005; Henneman et al., 1995; Yeager, 2005).

LAVORARE INSIEME

La caratteristica del lavorare insieme denota un certo senso di cooperazione tra le discipline (Baggs, Norton Schmitt, e Sellers, 2004; Lindeke e Block, 2001; McCallin, 2001; Zwarenstein e Bryant, 2000), ma presuppone anche che il raggiungimento dei risultati desiderati non sia possibile se ogni disciplina agisce in modo indipendente (Bronstein, 2003; Oliver, Wittenberg-Lyles e Day, 2006). In tal modo, a ogni disciplina è riconosciuto un contributo unico, determinante e complementare al processo (Lindeke e Sieckert, 2005; Mansourimoaied et al., 2000; McCallin, 2001).

§2.2 - ANTECEDENTI DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE

Gli antecedenti sono quegli elementi che devono essere presenti prima dell'esistenza del concetto (Rodgers, 2000). In letteratura, sono stati individuati molti più antecedenti che caratteristiche del concetto di collaborazione interdisciplinare. Inoltre, alcuni aspetti hanno trovato in letteratura collocazione come antecedenti da parte di alcuni autori, mentre altri hanno classificato gli stessi aspetti come caratteristiche della collaborazione.

Gli antecedenti sono stati in particolare classificati in: formazione interprofessionale, consapevolezza del ruolo, capacità di relazionarsi con gli altri, azione consapevole e il supporto.

FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE

La formazione interprofessionale rappresenta di gran lunga il più comune antecedente noto della collaborazione interdisciplinare. E' ormai riconosciuto che una formazione interdisciplinare rappresenta una strategia efficace per raggiungere risultati di successo e favorire la collaborazione dei futuri professionisti (D'Amour & Oandasan, 2005; McCallin, 2001). La formazione interprofessionale facilita un impegno comune alla collaborazione

interdisciplinare, promuovendo un gruppo dinamico in un ambiente non competitivo (Muller et al., 2001). Questa esposizione promuove la comprensione delle altre discipline e contribuisce al riconoscimento del valore intrinseco di ognuna di esse. Per diversi autori, la formazione interprofessionale è il metodo ideale da cui sviluppare altri antecedenti tra cui la consapevolezza di ruolo, la comunicazione efficace, la fiducia reciproca e il rispetto (Barr, Hammick, Koppel, e Reeves, 1999; Freeth, 2001). La formazione interprofessionale può essere fornita durante la formazione di base dei professionisti e/o essere perseguita durante la formazione post-base. La prima forma risulta essere quella preferita in quanto permette la socializzazione tra le discipline prima che il singolo professionista abbia costruito la propria identità professionale e che si siano quindi formati degli stereotipi (D'Amour e Oandasan, 2005).

CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO.

La sensibilizzazione al ruolo, e in particolare la consapevolezza di riconoscere le competenze e le prospettive di altre discipline, è il secondo antecedente identificato per il concetto in analisi (Cooper e Spencer-Dawe, 2006; Lindeke e Sieckert, 2005; Reese e Sontag, 2001). Idealmente, le responsabilità di ruolo delle altre discipline dovrebbero essere riconosciute, comprese e valutate. Tuttavia, anche il proprio ruolo, responsabilità e competenze devono essere comprese a fondo per poter attuare una collaborazione interdisciplinare (Bronstein, 2003; Cooper e Spencer-Dawe, 2006; Freeth e Reeves, 2004). Inoltre, in letteratura è stato dimostrato che la competenza che i singoli membri hanno nella propria disciplina è un fattore predittivo della fiducia nelle proprie capacità (Cheater, Hearnshaw, Baker e Keane, 2005).

CAPACITÀ DI RELAZIONE INTERPERSONALE

Le competenze inter-relazionali comprendono le qualità che si riferiscono al rapporto interpersonale tra le discipline, rapporto che implica rispetto reciproco, fiducia e comunicazione efficace.

La *fiducia reciproca* e il *rispetto* sono ampiamente riconosciute in letteratura come essenziali per lo sviluppo della collaborazione interdisciplinare (Abramson

e Mizrahi, 1996; Baggs et al., 2004; Bronstein, 2003; D'Amour et al., 2005; Drotar, 2002; Lindeke e Sieckert, 2005; Wachs, 2005). Inoltre, in molti studi è emerso che la presenza di questi antecedenti è essenziale per lo sviluppo di altre caratteristiche e antecedenti, come ad esempio la capacità di lavorare insieme, la condivisione del potere decisionale e la valorizzazione delle altrui prospettive.

Una *comunicazione efficace* implica che i significati previsti dal linguaggio verbale e non siano trasmessi con successo tra gli individui (Bronstein, 2003; Cooper e Spencer-Dawe, 2006; Lindeke e Sieckert, 2005; McCallin, 2001; Zwarenstein e Bryant, 2000). Il termine più utilizzato in letteratura per descrivere una comunicazione efficace è quello di "comunicazione aperta" (D'Amour et al., 2005; Drotar, 2002; Fineberg et al., 2004). Ulteriori termini che la letteratura riferisce o associa alla comunicazione efficace sono: la gestione dei conflitti, la negoziazione e il c.d. "respectfully disagree" letteralmente "disaccordo rispettoso" (Freeth e Reeves, 2004; Hall, 2005; Lindeke e Block, 2001; San Martin-Rodriguez et al., 2005).

UN'AZIONE CONSAPEVOLE

La consapevolezza dell'azione rappresenta un elemento indispensabile per l'efficacia di una collaborazione interdisciplinare; ciò è possibile solo se i professionisti implementano il concetto di partenza non solo nella sua definizione, ma anche nella pratica assistenziale (Cooper e Spencer-Dawe, 2006; Lindeke e Block, 2001). Il possesso delle competenze che sono necessarie per costruire e mantenere la collaborazione interdisciplinare è un tema spesso descritto come *Team building*, ovvero costruzione di relazioni (Abramson e Mizrahi, 1996; Drotar, 2002; Maton, Perkins e Saegert, 2006). La formazione interprofessionale è comunemente proposta come lo strumento attraverso cui trasmettere queste abilità.

IL SUPPORTO

L'ultimo antecedente identificato, ma non per questo meno importante, è la presenza di supporto. Due sono i livelli riconosciuti in letteratura come importanti

affinché la collaborazione interdisciplinare sia efficace: il primo è il supporto individuale e l'altro quello organizzativo/amministrativo.

Per il primo è essenziale che le persone partecipanti al processo di collaborazione siano responsabilizzate al suo successo (Atwal e Caldwell, 2005; Yeager, 2005). Ogni individuo deve possedere il desiderio di partecipare ed essere consapevole che la collaborazione interdisciplinare è la soluzione per fornire un'assistenza di qualità (Baggs et al., 2004; Bronstein, 2003; D'Amour et al., 2005). Questo antecedente si manifesta, spesso, con il desiderio di cooperare e attraverso una riflessione sul processo di collaborazione interdisciplinare, ovvero la manifesta intenzione di mettere in discussione i processi di collaborazione tra i professionisti (Fineberg, 2005; Lindeke e Sieckert, 2005).

Per il secondo livello, quello organizzativo / amministrativo, il sostegno è un elemento di primaria importanza. L'aspettativa e il supporto per la collaborazione interdisciplinare da parte dell'organizzazione è fondamentale per il suo successo (D'Amour et al., 2005; Henneman et al., 1995; McCallin, 2001; Zwarenstein e Bryant, 2000). Il supporto dell'organizzazione è riconosciuto sotto forma di formazione, risorse e premi/incentivi (Baggs et al., 2004). Alcuni studi hanno osservato che la presenza di un supporto organizzativo permette una collaborazione interdisciplinare dinamica (Sicotte, D'Amour e Moreault, 2002).

§2.3 - CONSEGUENZE DELLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE

Le conseguenze rappresentano gli eventi che si verificano dopo o come risultato del concetto (Rodgers, 2000). Le conseguenze della collaborazione interdisciplinare, identificate nelle loro accezioni positive, sono state classificate sotto diversi punti di vista: paziente, organizzazione e intero sistema sanitario.

Le conseguenze che influenzano positivamente il *paziente* sono più comunemente descritte attraverso il miglioramento della cura del paziente o il potenziamento della qualità della cura percepita dal paziente stesso (Lindeke e Sieckert, 2005; Mizrahi e Abramson, 2000; Vazirani et al., 2005; Yeager, 2005). Il raggiungimento di questo risultato è spesso riconosciuto come un miglioramento dello standard di cura del paziente e/o un miglioramento degli esiti dei pazienti (Baggs et al., 2004; Dechairo-Marino, Jordan-Marsh, Traiger e Saulo, 2001;

Disch, 2001; Freeth, 2001). Un maggiore coordinamento dei servizi attraverso la collaborazione interdisciplinare ha evidenziato diversi benefici per i pazienti, impedendo la frammentazione delle cure e la promozione di un approccio più olistico da parte dei professionisti (Atwal e Caldwell, 2005; Lindeke e Block, 2001). Pertanto, la soddisfazione del paziente è spesso identificata come una conseguenza della collaborazione interdisciplinare (Dechairo-Marino et al., 2001; Vazirani et al, 2005; Yeager, 2005).

La riduzione dei tassi di mortalità, la diminuzione della durata delle degenze e la riduzione del fenomeno del *revolving door* sono indicati solo come possibili conseguenze in quanto non vi studi empirici a sostegno di tali effetti (Zwarenstein e Bryant, 2000).

Rispetto all'*organizzazione*, la conseguenza più comunemente associata alla collaborazione interdisciplinare è il contenimento dei costi (Baggs et al., 2004; Dechairo-Marino et al., 2001; Vazirani et al., 2005; Zwarenstein e Bryant, 2000). Un aumento dell'efficienza produttiva del personale, attraverso un maggiore coordinamento dei servizi ai pazienti, è la ragione più probabile per riduzione dei costi sanitari organizzativi (Henneman et al., 1995; McCallin, 2001). E' anche implicito in letteratura che la collaborazione interdisciplinare sia essenziale per la sopravvivenza organizzativa (Mizrahi e Abramson, 2000).

In letteratura il processo di collaborazione interprofessionale sembra raccogliere il più alto volume di conseguenze positive non solo per il paziente e per l'assistenza sanitaria o il sistema in generale, ma anche per i per gli operatori sanitari. Competenze e capacità operative avanzate o la soddisfazione professionale sono i benefici più frequentemente dichiarati dai professionisti (D'Amour e Oandasan, 2005; Henneman et al., 1995; Lindeke e Sieckert, 2005). Questa soddisfazione è spesso dedotta attraverso la presenza del miglioramento del morale, dell'aumento dell'entusiasmo, della stabilità del personale e della diminuzione di episodi di burnout (Abramson e Mizrahi, 1996; Lindeke e Block, 2001; Yeager, 2005). Inoltre, una maggiore partecipazione al processo decisionale appare rafforzare la fiducia e promuovere l'autostima.

§2.4 - CONCETTI SURROGATI E TERMINI CORRELATI ALLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE

I concetti surrogati sono mezzi alternativi per esprimere il concetto in analisi (Rodgers, 2000). In letteratura molti autori hanno identificato diversi concetti surrogati e termini correlati alla collaborazione interdisciplinare: ciò ha permesso di analizzare il concetto rispetto al contesto in cui si sviluppa.

I concetti surrogati più comuni sono quelli di *collaborazione interprofessionale* (Freeth e Reeves, 2004; McCallin, 2001; Yeager, 2005), *collaborazione multidisciplinare* (Fineberg, 2005), *team interdisciplinare* (Baggs et al., 2004; Bronstein, 2003), *lavoro di squadra interdisciplinare* (Oliver et al., 2007), *pratica interdisciplinare* (McCallin, 2001), *pratica collaborativa* (Freeth e Reeves, 2004) e *lavoro di squadra* (Abramson e Mizrahi, 1996; Hall, 2005).

I termini correlati, tuttavia, rappresentano i termini che pur associati al concetto in analisi, non ne hanno le stesse caratteristiche (Rodgers, 2000). I più comuni relativi al termine di collaborazione interdisciplinare sono: *team* (San Martin-Rodriguez et al., 2005), *squadra integrata* (Outhwaite, 2003), *lavoro cooperativo* (Drotar, 2002), *lavoro di squadra* (Pearson e Pandya, 2006; Reader, Flin, Mearns, e Cuthbertson, 2007), *cooperazione* (Mansourimoaied et al., 2000), *pratica comune* (Yeager, 2005) e *gruppo di lavoro* (Wachs, 2005).

Prima di concludere il capitolo, anche alla luce di questo ultimo paragrafo, è utile chiarire quale termine verrà utilizzato per indicare la collaborazione. Al lettore non sarà sfuggito come fin dall'inizio è stato utilizzato il termine di "collaborazione interdisciplinare". Non di meno, anche alla luce di questo ultimo paragrafo, si è scelto d'ora in poi di utilizzare il termine "collaborazione interprofessionale" (Inter-Professional Collaboration, IPC), anche alla luce di una pubblicazione della CAIPE (Reeves, Lewin, Espin e Zwarstein, 2010) in cui si è fatta chiarezza sui termini proposti. Nello specifico, in questa pubblicazione veniva indicato il termine di collaborazione interdisciplinare per riferirsi agli sforzi di collaborazione intraprese da "singoli" provenienti da diverse discipline e non necessariamente con continuità, mentre il termine di collaborazione interprofessionale veniva indicato come un tipo di attività interprofessionale che

coinvolge diverse professioni sanitarie e sociali che "regolarmente" co-operano per risolvere problemi o fornire dei servizi ai pazienti.

§2.5 - DEFINIZIONE TEORICA

Sulla base dell'analisi del concetto di collaborazione interprofessionale nell'ambito sanitario esposto nelle pagine precedenti, è quindi possibile ricavare una definizione concettuale del termine. Tale definizione sarà assunta a riferimento nel lavoro empirico qui presentato nel quale, quindi, la collaborazione interprofessionale sarà intesa come:

Un processo interpersonale caratterizzato da professionisti sanitari di varie discipline con obiettivi comuni, un condiviso processo decisionale e responsabilità, e la possibilità di lavorare insieme per risolvere i problemi assistenziali e di cura dei pazienti; il processo è meglio raggiunto attraverso una formazione interprofessionale che promuova un clima di comunicazione efficiente e aperta, una reciproca fiducia e rispetto, la consapevolezza e l'accettazione dei ruoli, delle competenze e delle responsabilità del singolo professionista.

La revisione della letteratura qui sintetizzata con lo scopo di fornire un quadro concettuale del costrutto di "collaborazione", ha anche 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'eterogeneità dei risultati e degli strumenti utilizzati ci ha indotto a condurre una meta-analisi sulle misure della pratica collaborativa tra medici e infermieri. (vedi capitolo seguente).

Inoltre, gli studi reperiti in letteratura sulla collaborazione interprofessionale in ambito sanitario sono solo di tipo descrittivo od esplorativo (per esempio: misura della percezione o dell'atteggiamento collaborativo dei professionisti), pertanto non hanno permesso una reale analisi dei meccanismi psico-sociali che possano spiegare/ipotizzare in maniera più analitica le interazioni professionali in sanità. Da qui la considerazione di realizzare una ricerca che cercasse di ipotizzare i meccanismi delle relazioni tra i professionisti sotto una chiave di lettura psico-sociale (vedi capitolo IV).

CAPITOLO III

LA COLLABORAZIONE TRA INFERMIERI E
MEDICI: UNA META-ANALISI

§3.0 INTRODUZIONE

Nei capitoli precedenti abbiamo esposto diversi concetti della IPC e della sua importanza nei processi organizzativi sanitari, da cui emerge che conoscere la percezione e l'atteggiamento che infermieri e medici hanno verso l'IPC è cruciale per il miglioramento dello stesso processo di IPC.

L'analisi della letteratura ha messo in luce che le diverse scale reperite in letteratura sono state sviluppate per misurare diverse dimensioni di IPC che possono, tuttavia, essere assunte nella definizione generale di IPC. Tuttavia, è nostro parere che queste scale non misurano esattamente la stessa cosa, perché alcune scale misurano l'*atteggiamento* dei professionisti verso IPC, chiedendo ai professionisti di esprimere il loro accordo con diverse affermazioni relative alla IPC. Altre scale misurano, invece, la *percezione* verso la IPC esistente, chiedendo ai professionisti di indicare in che misura certi comportamenti collaborativi si verificano nelle loro unità di terapia. Atteggiamento e percezione si influenzano a vicenda (Eagly e Chaiken, 1993), ma sono costrutti psicosociali molto diversi, dal momento che l'atteggiamento si riferisce ad un'espressione di favore o di sfavore verso un particolare oggetto sociali (in questo caso, IPC), riflettendo così il desiderato aspetto del contesto sociale. La percezione, invece, si riferisce all'esperienza degli individui di particolari comportamenti in una certa situazione. Così, la percezione riguarda la situazione esistente piuttosto che la situazione desiderata. Purtroppo, i ricercatori tendono a non dichiarare sempre esplicitamente che tipo di misura utilizzano, pertanto atteggiamento e percezione verso la IPC di fatto si sovrappongono in letteratura. Secondo Odegard e Bjørkly (2012), la mancanza di chiarezza per quanto riguarda le misure di IPC sviluppate e utilizzate (vale a dire l'operazionalizzazione dell'IPC) potrebbe, in parte, spiegare il motivo per il quale " il significato di IPC è un po' inconcludente " (p. 284).

Alla luce di ciò, in questa meta-analisi si è scelto di codificare separatamente le misure di atteggiamento vs. percezione per valutarne l'effetto moderatore.

La moltitudine di scale presenti in letteratura e utilizzate per la misura di percezione e atteggiamenti sulla IPC di infermieri e medici ci induce a illustrare seppur brevemente le scale che sono state utilizzate negli studi inseriti nella meta-analisi.

§3.0.1 LE SCALE UTILIZZATE

Gli studi inseriti in questa meta-analisi hanno utilizzato le seguenti scale:

- Collaborative Practice Scale (CPS; Weiss & Davis, 1985)
- Collaboration and Satisfaction with Care Decisions (CSACD; Baggs et al., 1994)
- ICU Nurse-Physician Questionnaire (Shortell et al., 1994)
- Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999)
- Nurse Physician Collaboration Scale (NPCS; Ushiro, 2009)
- Interprofessional Health Care Team (IHCT; Heinemann, Schmitt, Farrell e Brallier, 1999)
- Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS; Parsell & Bligh, 1999).

Il quadro sinottico sotto riportato, elenca le dimensioni rilevanti misurate in ogni strumento.

SCALA (fonte)	Misura verso la collaborazione	DIMENSIONI RILEVANTI MISURATE
Collaborative Practice Scale (CPS) (Weiss & Davis, 1985)	Percezione	<ul style="list-style-type: none"> – Interazione con il medico (infermiere) – Decisioni condivise (infermiere) – Riconoscere la figura infermieristica (medico) – Responsabilità/obiettivi (medico)
Collaboration and Satisfaction with Care Decisions (CSACD) (Baggs, 1994)	Percezione	<ul style="list-style-type: none"> – le caratteristiche della collaborazione; – la qualità percepita della collaborazione – la soddisfazione del processo decisionale e della decisione stessa
ICU Nurse-Physician Questionnaire (Shortell et al., 1994)	Percezione	<ul style="list-style-type: none"> – la leadership; – la comunicazione; – il coordinamento; – la gestione dei conflitti e del problem-solving, – la coesione – l'efficacia percepita dai membri del team
Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999)	Atteggiamento	<ul style="list-style-type: none"> – l'autorità; – l'autonomia; – la responsabilità nell'assistenza/cura dei pazienti; – il processo decisionale condiviso; – le aspettative del ruolo; – la formazione collaborativa

Nurse Physician Collaboration Scale (Ushiro, 2009)	Percezione	<ul style="list-style-type: none"> – la condivisione delle informazioni sul paziente; – la partecipazione congiunta alla cura / assistenza e al processo decisionale; – il grado di cooperazione
Interprofessional Health Care Team IHCT (Heinemann, Schmitt, Farrell, e Brallier, 1999).	Atteggiamento	<ul style="list-style-type: none"> – qualità delle cure – lavoro di squadra
Readiness for Interprofessional Learning Scale RIPLS (Parsell & Bligh, 1999).	Atteggiamento	<ul style="list-style-type: none"> – lavoro di squadra e collaborazione; – identità professionale; – ruoli e responsabilità

Anche se in maniera sintetica si riportano di seguito le descrizioni degli strumenti, individuati.

COLLABORATIVE PRACTICE SCALE

La Collaborative Practice Scale (CPS) è stata utilizzata per misurare la percezione della collaborazione tra infermieri e medici (Weiss & Davis, 1985). Essa è costituita da due scale, una per infermieri e una per i medici.

La CPS per gli infermieri prevede due fattori: il primo fattore (5 item) misura il grado in cui un infermiere sostiene direttamente le competenze e le opinioni professionali quando interagisce con i medici circa la cura del paziente. Il secondo fattore (4 item) misura il grado in cui un infermiere chiarisce con il medico le reciproche aspettative per quanto riguarda la natura delle responsabilità condivise per la cura del paziente. Tutti e 9 gli item prevedono una risposta su una scala a 6 punti, che va da mai (1) a sempre (6), conseguentemente il possibile punteggio massimo totale è di 54 (30 il primo e 24 il secondo).

La CPS per i medici ha invece 10 item che si dividono in due fattori di cinque item ciascuna. Ogni item prevede una scala di risposta a 6 punti, come quelli previsti nella scala dedicata agli infermieri. Ciascuno dei due fattori ha un punteggio minimo di 30 (massimo punteggio totale 60). Il primo fattore misura il grado in cui un medico riconosce l'importanza del contributo unico per diverse responsabilità nella cura del paziente degli infermieri. Il secondo fattore misura il grado in cui un medico cerca il consenso degli infermieri per quanto riguarda le reciproche responsabilità e gli obiettivi di cura del paziente. I punteggi più alti dello strumento implicano un maggior ricorso a comportamenti collaborativi sia da parte degli infermiere che dei medici (Weiss & Davis, 1985).

I valori dei coefficienti alfa di Cronbach di 0,80 e 0,84 rispettivamente per la scala degli infermieri e dei medici, mostrano una buona affidabilità e validità dello strumento (Weiss & Davis, 1985). Un altro studio ha riportato i coefficienti alfa di Cronbach di 0,83 per CPS/infermieri e 0,86 per CPS/medici (King & Lee, 1994).

LA COLLABORAZIONE E LA SODDISFAZIONE PER LE DECISIONI PER LA CURA (CSACD)

La scala CSACD vuole misurare la collaborazione infermiere-medico e la soddisfazione per le decisioni di cura in terapia intensiva. Baggs e Schmitt (1988), effettuando una revisione della letteratura, considerarono nel loro studio la risoluzione dei conflitti del teorema di Thomas (Shortell, 1991; Thomas et al., 2003) e il teorema di coordinamento di Thompson per le organizzazioni complesse (Shortell, 1991; Thompson, 1967) per espandere le caratteristiche della collaborazione al di là della cooperazione e dell'assertività fino ad allora le uniche dimensioni riconosciute in letteratura.

Lo strumento è stato costruito utilizzando una combinazione degli item della prima versione della Collaboration Practice Scale (Weiss & Davis, 1985), dell'Index of Work Force Satisfaction (IWS) (Stamps, 1986) e della Decision about Transfer Scale (Baggs et al., 1992). La CSACD è composta da 9 item a cui rispondere attraverso una scala tipo Likert a 7 punti che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). Sei item misurano le caratteristiche critiche della collaborazione ed uno misura la qualità percepita della collaborazione nelle terapie intensive (Baggs, 1994). Le ultime due domande misurano la soddisfazione del processo decisionale e la decisione stessa (Baggs 1992, 1994). Le proprietà psicometriche dello strumento sono state valutate attraverso un primo studio pilota su un campione di convenienza di 32 infermieri di terapia intensiva neonatale (TIN) e 26 studenti di infermieristica che di recente avevano lavorato in terapia intensiva (Baggs, 1994). Gli item sono poi revisionati da: dodici infermieri e medici esperti in pratica collaborativa, da sette infermieri e da due medici dell'Unità mobile di terapia intensiva (MICU), da due medici di guardia, che hanno convenuto nella definizione delle domande finali (Baggs, 1994).

La validità di costrutto, rilevata attraverso un'analisi fattoriale, ha evidenziato un singolo fattore che ha spiegato il 75% della varianza. L'alpha di Cronbach per la coerenza interna è risultato di 0,93.

Questo strumento è stato sviluppato per misurare la collaborazione e la soddisfazione del processo decisionale in terapia intensiva, pertanto risulta essere un valido strumento per entrambe le professioni, anche se ulteriori studi psicometrici sarebbero necessari in altri setting di pratica.

ICU NURSE-PHYSICIAN QUESTIONNAIRE

Questo strumento vuole misurare il clima organizzativo con particolare attenzione alla leadership, alla comunicazione, al coordinamento, alla gestione dei conflitti e al problem-solving, alla coesione e l'efficacia percepita dai membri del team (Shortell, 1991). La realizzazione di un team di dirigenti orientati alla cultura della comunicazione e che stabiliscono elevati standard comunicativi rappresenta, infatti, il principale prerequisito per fornire una aperta, precisa e tempestiva comunicazione ed un efficace coordinamento con le altre unità, nonché processi più collaborativi per la risoluzione dei problemi. Queste componenti contribuiscono ad un approccio di squadra alla cura del paziente, con conseguente efficacia nella cura / e nel prendersi cura del paziente.

Lo strumento è composto da 48-item con risposte secondo una scala tipo Likert da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (completamente d'accordo). I 48 item sono derivati dall'Organizational Culture Inventory (OCI; Cooke et al., 1987; Roberts et al 1988) che ha dimostrato una buona affidabilità e validità (Rousseau, 1991) e una soluzione stabile nell'identificazione dei fattori in essa identificati (Cooke et al., 1987; Roberts et al 1994).

L'ICU Nurse-Physician Questionnaire identifica 3 fattori: l'orientamento al lavoro di squadra, la sicurezza e l'orientamento al compito (Cooke et al., 1987; Cooke & Rousseau, 1991) e i seguenti sub-fattori: leadership, comunicazione, coordinamento, gestione dei conflitti e del problem-solving, commitment con il reparto e autoefficacia (Shortell, 1991). Le scale sono state costruite in due versioni, una per medici e l'altra per gli infermieri, con specifiche domande. Lo studio per l'affidabilità e la validità è stato condotto su un grande campione nazionale. La validità del contenuto è stata verificata attraverso l'analisi fattoriale. L'affidabilità rilevata dallo strumento ha dimostrato un coefficiente alfa di Cronbach da 0.60 a 0.70 per tutte le scale.

Questo strumento è stato progettato per misurare la collaborazione nelle unità operative e misurare le componenti organizzative che facilitano la collaborazione/interazione clinica tra i professionisti. Tuttavia, la compilazione risulta molto lunga (dura 45 minuti) e al momento non esistono studi di validità e l'affidabilità per una versione "short". Questo strumento può inoltre essere usato per l'analisi delle relazioni con le variabili organizzative, che possono supportare la collaborazione. Lo strumento è stato utilizzato per una ricerca sulla collaborazione medico-infermiere di terapia intensiva e una la ricerca sulla collaborazione interdisciplinare nei dipartimenti di emergenza.

JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN-NURSE COLLABORATION

Lo strumento proposto vuole misurare l'atteggiamento verso la collaborazione di medici ed infermieri attraverso alcuni fattori: l'autorità, autonomia e la responsabilità nell'assistenza/cura dei pazienti, il processo decisionale condiviso, le aspettative del ruolo e la formazione collaborativa

(Hojat et al., 1999). Lo strumento è composta da quindici item le cui risposte si articolano su una scala tipo Likerta a 5 punti (1=fortemente in disaccordo – 5=fortemente in accordo).

Per lo studio psicometrico lo strumento è stato somministrato a 208 studenti del primo anno di medicina e 86 studenti di infermieristica, con una rispondenza del 93%. Il contenuto della validità, effettuato attraverso un'analisi fattoriale con rotazione Varimax, ha estratto i sei fattori con autovalori superiore a 1.

L'affidabilità, definita attraverso l'alpha di Cronbach è stata di 0,84 per gli studenti di medicina e 0,85 per gli studenti di infermieristica. L'utilizzo sia per i medici che per gli infermieri dello stesso strumento appare uno dei suoi punti di forza. Tuttavia, la scelta del campione per lo studio psicometrico pone qualche dubbio. Infatti, gli studenti hanno limitata esperienza pratica per poter utilizzare la loro misura dell'atteggiamento per testare la validità e l'affidabilità dello strumento. Pertanto in letteratura si auspicano ulteriori test psicometrici con un campione di infermieri e medici di collaudata esperienza professionale. Questa indicazione è stata accolta da Hojat e colleghi che hanno condotto uno studio multicentrico con l'utilizzo della scala in diversi paesi Israele, Australia, Canada ed altri, riconfermando i valori di attendibilità e affidabilità dello strumento (Hojat et al., 2003).

NURSE PHYSICIAN COLLABORATIVE SCALE

Questo strumento è stato utilizzato negli studi per determinare le percezioni di medici e infermieri della collaborazione.

La scala è stata progettata/costruita sulla base di un processo sequenziale che consisteva nella revisione della letteratura, nell'osservazione della relazione infermiere-medico in alcuni reparti di tre ospedali per acuti di una grande città del Giappone (Ushiro, 2009).

Tre fattori sono stati identificati per la collaborazione medico-infermiere: la condivisione delle informazioni sul paziente, la partecipazione congiunta alla cura / assistenza al processo decisionale, e il grado di cooperazione. Questi fattori hanno costituito la base per la progettazione della scala in oggetto. . Inizialmente la scala conteneva 69 item e la risposta era articolata su una scala di 5 punti (1 = Sempre, 2= Di solito, 3= A volte, 4= Raramente e 5= Mai) per identificare con quale frequenza quel comportamento indicato si verificava. Dopo uno studio approfondito, durato due anni con ripetute analisi qualitative e analisi fattoriali, la scala è stata proposta nella sua versione finale composta dai seguenti fattori: "condivisione delle informazioni del paziente" (9 item); "partecipazione congiunta alla cura / assistenza processo decisionale" (12 item); "cooperatività" (6 item). La validità di costrutto è stata effettuata inizialmente attraverso un'analisi fattoriale

esplorativa che ha identificato tre dimensioni, e poi la scala è stata valutata attraverso una analisi fattoriale confermativa che ha dimostrato la bontà del modello.

Per gli infermieri, l'affidabilità interna dello strumento è stata valutata attraverso i coefficienti α di Cronbach (0,91 per la condivisione delle informazioni sui pazienti, 0,92 per la partecipazione congiunta alla cura / assistenza al processo decisionale, e 0,80 per cooperatività). Anche per il campione dei medici lo strumento è stato valutato misurando il coefficiente α di Cronbach, ottenendo i seguenti risultati: 0,91 per le informazioni del paziente comune, 0,93 per la partecipazione congiunta alla cura / assistenza al processo decisionale e di 0,84 per la cooperatività. Per valutare la stabilità dello strumento è stato utilizzato il metodo re-test. L'intervallo tra la prima e la seconda prova è stato di 2-3 settimane. I coefficienti di correlazione per gli infermieri hanno riportato i seguenti valori: 0,71 ($p < 0,01$) per la condivisione di informazioni sui pazienti, 0,66 ($p < 0,01$) per la partecipazione congiunta alla cura / assistenza al processo decisionale, e 0,68 ($p < 0,01$) per la cooperatività. Per i medici, lo stesso test ha dato i seguenti risultati: 0,62 ($p < 0,01$) per la condivisione di informazioni sui pazienti, 0,80 ($p < 0,01$) per la partecipazione congiunta alla cura / assistenza al processo decisionale e di 0,77 ($p < 0,01$) per la cooperatività.

Della scala esiste una versione italiana, di cui è stata fatta una prima validazione (Caricati, Mancini, Sollami et al., 2013)

IHCT

La Interprofessional Health Care Team è una scala costruita sulla base di uno strumento originariamente sviluppato nel 1991 da Heinemann, Schmitt e Farrell, e poi sviluppata e ri-definita da Heinemann, Schmitt, Farrell, e Brallier (1999). E' costituita da 14 item, con risposte su scala Likert a 5 punti (1= fortemente in disaccordo a 5= fortemente d'accordo), e vuole misurare l'atteggiamento dei professionisti della salute circa la qualità delle cure e il lavoro di squadra. Heinemann e colleghi (1999; Heineman e Zeiss, 2002) registrarono una forte affidabilità della scala (alfa di Cronbach di 0,83).

READINESS FOR INTERPROFESSIONAL LEARNING SCALE RIPLS

La Readiness for Interprofessional Learning Scale (Parsell & Bligh, 1999) è costituita da 19 item ed è stata progettata per misurare la disponibilità degli studenti per l'apprendimento interprofessionale. Essa è composta da tre sottoscale: lavoro di squadra e collaborazione; identità professionale; ruoli e responsabilità. Questi fattori sono emersi da analisi delle componenti principali di un pool di item generati in uno studio con 120 studenti provenienti da otto diversi gruppi professionali (medicina, odontoiatria, fisioterapia, cura, terapia occupazionale, ortottica ed entrambi terapia e radiografia

diagnostica). La scala ha un'alta validità di contenuto e un coefficiente alfa di 0,90 che ne indica una buona omogeneità.

§3.1 OBIETTIVI

La meta-analisi qui presentata si propone di indagare la misura in cui gli infermieri ed i medici si differenziano per le loro valutazioni circa la IPC e di valutare potenziali moderatori di eventuali differenze osservate.

La domande di ricerca possono essere così esplicitate:

- (1) infermieri e medici si differenziano per il loro atteggiamento verso IPC?
- (2) infermieri e medici differiscono nella loro percezione di IPC?
- (3) Quali sono i fattori in grado di moderare la differenza nella valutazione di IPC tra infermieri e medici?

La meta-analisi ha seguito la metodologia PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

§3.2 METODOLOGIA

§3.2.1 Criteri di eleggibilità

Sono stati inclusi gli studi se i seguenti criteri erano soddisfatti:

- 1) Pubblicato tra il 1999 e il 2013;
- 2) Analizzava la misura quantitativa della collaborazione infermiere-medico;
- 3) Riportava i risultati per entrambe le professioni;
- 4) Utilizza uno strumento validato per valutare IPC;
- 5) Riportava statistiche sufficienti per calcolare la dimensione dell'effetto.

Uno dei limiti per le indagini sistematiche è quello che viene utilizzata la sola lingua inglese (Card, 2012), questa meta-analisi ha, invece, anche considerato anche articoli in italiano.

§3.2.2 *Revisione della letteratura*

La ricerca degli studi comprende sia la letteratura scientifica, sia la letteratura grigia.

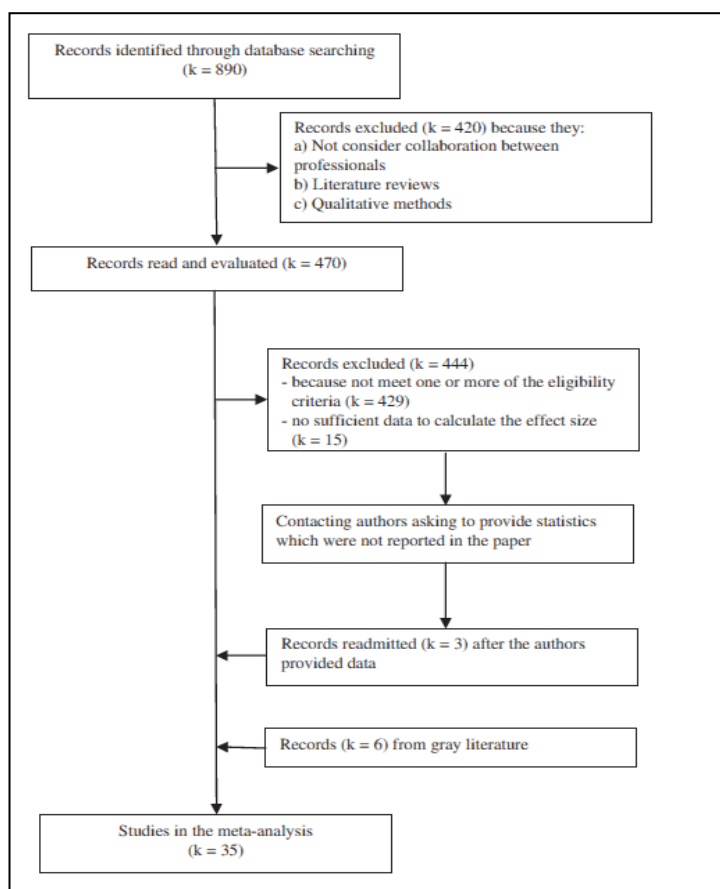


Figura 3.1 Diagramma di flusso

§3.2.3 *Selezione degli studi*

Escludendo i record duplicati e quelli non in inglese o in italiano, la ricerca ha prodotto un totale di 890 studi, che sono stati sottoposti a screening per l'inclusione nella meta-analisi.

La Figura 3.1 mostra il diagramma di flusso per inclusione / esclusione dei record. Questa procedura di screening ha permesso di includere un totale di 35 studi che forniscono 51 misure uniche di IPC.

§3.2.4 *Raccolta dati*

Due ricercatori in modo indipendente hanno valutato tutti gli studi, codificando diversi elementi.

Per ogni studio incluso sono stati raccolti i seguenti dati: la media, la deviazione standard, la dimensione del campione di entrambe le professioni, così come i test statistici delle differenze per

La ricerca dei contributi è stata condotta utilizzando le principali Banche dati: Medline, CINAHL, SSCI, Psych INFO e PubMed, utilizzando i software OVID (New York, NY) e EBSCO (Ipswich, MA) .

Per la letteratura grigia, invece, sono stati utilizzati i motori di ricerca Google e Google Scholar .

Le parole chiave della ricerca sono rappresentate da: collaboration, interdisciplinary, interprofessional, relations, nurses and physicians, usando gli operatori booleani AND e OR in diverse combinazioni di ricerca.

poter calcolare la dimensione dell'effetto. Per completare la raccolta dei dati è stato necessario contattare i primi autori di otto studi, di questi solo tre hanno risposto fornendoci i dati mancanti. Quando il punteggio totale non era riportato¹, media ponderata e deviazioni standard per entrambi le professioni, sono state calcolate dai dati disaggregati.

§3.2.5 Valutazione qualità degli studi

In ogni meta-analisi la valutazione della qualità e la validità dei risultati riportati negli studi da includere è fondamentale. Gli studi presi in considerazione erano principalmente correlazionali; pertanto non è stato possibile utilizzare strumenti standardizzati per valutarne la qualità. E' stato così costruito uno strumento ad hoc, in accordo con quanto suggerito da Zangaro e Soeken (2007), costituito da nove item a risposta dicotomica (si / no). Gli item sono stati così declinati:

- 1) Le domande di ricerca sono chiaramente indicate
- 2) I partecipanti del campione sono descritti
- 3) I sottocampioni di infermieri e medici sono descritti
- 4) È descritta la metodologia
- 5) Viene descritta la metodologia per la raccolta dei dati
- 6) Il tasso di risposta è indicato
- 7) La definizione operativa dell'IPC è chiaramente indicata
- 8) Lo/gli strumenti di misura dell'IPC sono chiaramente indicati
- 9) La coerenza interna degli strumenti è riportata

Pertanto, per ogni studio è stato possibile calcolare un punteggio sommando le risposte affermative, determinando un pattern di risposte così distribuito:

Da 0 a 4: qualità scarsa

Da 5 a 7: qualità media

Da 8 a 9: qualità alta

Tre giudici hanno valutato in modo indipendente ogni studio rispetto alle singole valutazioni è stato calcolato il coefficiente di accordo tra giudici (alfa di Krippendorff, vedi Hayes & Krippendorff, 2007) che è risultato compreso tra 0,82 e 1, indicando una forte accordo tra i giudici. I pochi disaccordi sono stati discussi tra i giudici, ed è stato raggiunto rapidamente un consenso.

¹ Diverse scale hanno più di un fattore. In questa meta-analisi, è stato considerato il punteggio totale al fine di confrontare le differenze tra i professionisti. Solo cinque studi non hanno segnalato un punteggio complessivo

§3.2.6 *Analisi dei dati*

Prima di esporre l'analisi dei dati occorre fare alcune premesse, dettate dalle caratteristiche degli studi inseriti nella meta-analisi.

Occorre sottolineare che per valutare la differenza media (d) del punteggio della IPC tra infermieri e medici è stata utilizzata la d di Cohen, i cui valori negativi indicano un punteggio maggiore per gli infermieri.

Alcune delle indagini presentano campioni di piccole dimensioni pertanto per le analisi è stata considerata la media standardizzata (SDS) e si è inoltre proceduto alla correzione dei pesi (Lipsey e Wilson, 2001).

Gli studi inseriti nella meta-analisi sono diversi in molti aspetti; ciò implica il presupposto che gli effetti stimati non sono identici, per questo motivo si è scelto di utilizzare il modello d'effetto casuale. Per valutare l'eterogeneità degli studi, quindi, si è ricorso al calcolo statistico dell' I^2 che rappresenta la percentuale di varianza che è attribuibile all'eterogeneità delle medie dovute al caso.

I vari studi presentano variabili categoriali e continue; pertanto per poter analizzare gli effetti dei vari sottogruppi che ne derivano sono stati analizzati gli effetti moderatori (in caso di moderatori categoriali) e la meta-regressione con la stima della massima verosimiglianza (in caso di moderatori continui).

Per l'analisi delle differenze tra sottogruppi di piccole dimensioni, l'effetto è stato statisticamente provato confrontando "Q" per ciascun sottogruppo (Lipsey e Wilson, 2001). Questa analisi permette il confronto tra e all'interno del gruppo dell'eterogeneità, fornendo dei test statistici per la differenza tra i livelli di moderazione.

Infine, sono state fatte delle valutazioni su potenziali bias di pubblicazione utilizzando sia il test di Begg (1994), sia il test di Egger (1997).

§3.3 RISULTATI

§3.3.1 *Caratteristiche dei campioni di studio*

Il numero totale dei partecipanti negli studi inseriti nella meta-analisi è di 18.782. Trentanove dei cinquantuno studi inclusi nella meta-analisi consideravano professionisti infermieri ($n = 7898$; 65,9%) e medici ($n = 4084$; 34,1%), per un totale di 11.982 professionisti (63,8%). I restanti 12 studi, invece, avevano come rispondenti degli studenti di infermieristica ($n = 5234$; 77,0%) e di medicina ($n = 1566$; 23,0%), per un totale di 6800 studenti (36,2%).

L'età media dei partecipanti (numero di studi $k = 25$) è di 41.29 anni ($SD = 7.14$), e l'anzianità di servizio ($k = 18$) è di 16.99 anni ($SD = 9,69$).

§3.3.2 Caratteristiche degli studi

Tre studi sono longitudinali e misurano la collaborazione prima e dopo un intervento IPE. Altri studi non hanno incluso un pre-test, ma solo le misure dopo un intervento IPE.

Gli studi senza (k =36) o con la rilevazione prima (k =3) di un intervento IPE sono stati codificati allo stesso modo ("single o pre-IPE, " k =39). Gli studi invece dove era prevista una rilevazione dopo un intervento IPE sono stati codificati come " post-IPE " (k=12), indipendentemente se avessero una rilevazione anche pre-IPE (k = 4) o no (k =8).

Trentasei studi utilizzano scale di misura per l'atteggiamento verso l'IPC, mentre quindici studi misurano la percezione di IPC. Quarantuno studi (80,4%) sono stati reperiti dalla letteratura scientifica, mentre il 10 studi (19,6%) sono stati reperiti dalla letteratura grigia. Rispetto alla provenienza degli studi, ventotto (54,9%) sono stati condotti negli Stati Uniti, 12 (23,5%) in Europa e i restanti 11 (21,6%) in altri paesi. Solo 25 studi hanno riportato le Unità operative dove sono state svolte le indagini : 11 (44,0%) presso strutture di terapia intensiva, 13 (52,0%) in degenza ordinaria e 1 (4,0%) in una struttura territoriale.

Infine, considerando i criteri identificati nella pagina precedente sulla qualità degli studi, 30 studi (58,8%) sono stati classificati come qualità media, 20 (39,2%) sono stati classificati di alta qualità e solo 1 è stato valutato con bassa qualità (M = 7,10, SD = 1,28).

§3.3.3 Risultati aggregati

La dimensione dell'effetto complessiva è significativa ($d = -0,34$, 95% CI = - 0,51 a - 0,17, $Z = 3,93$, $p < 0.001$), mostrando come le misure indicano dei punteggi maggiori per gli infermieri (Figura 3.2).

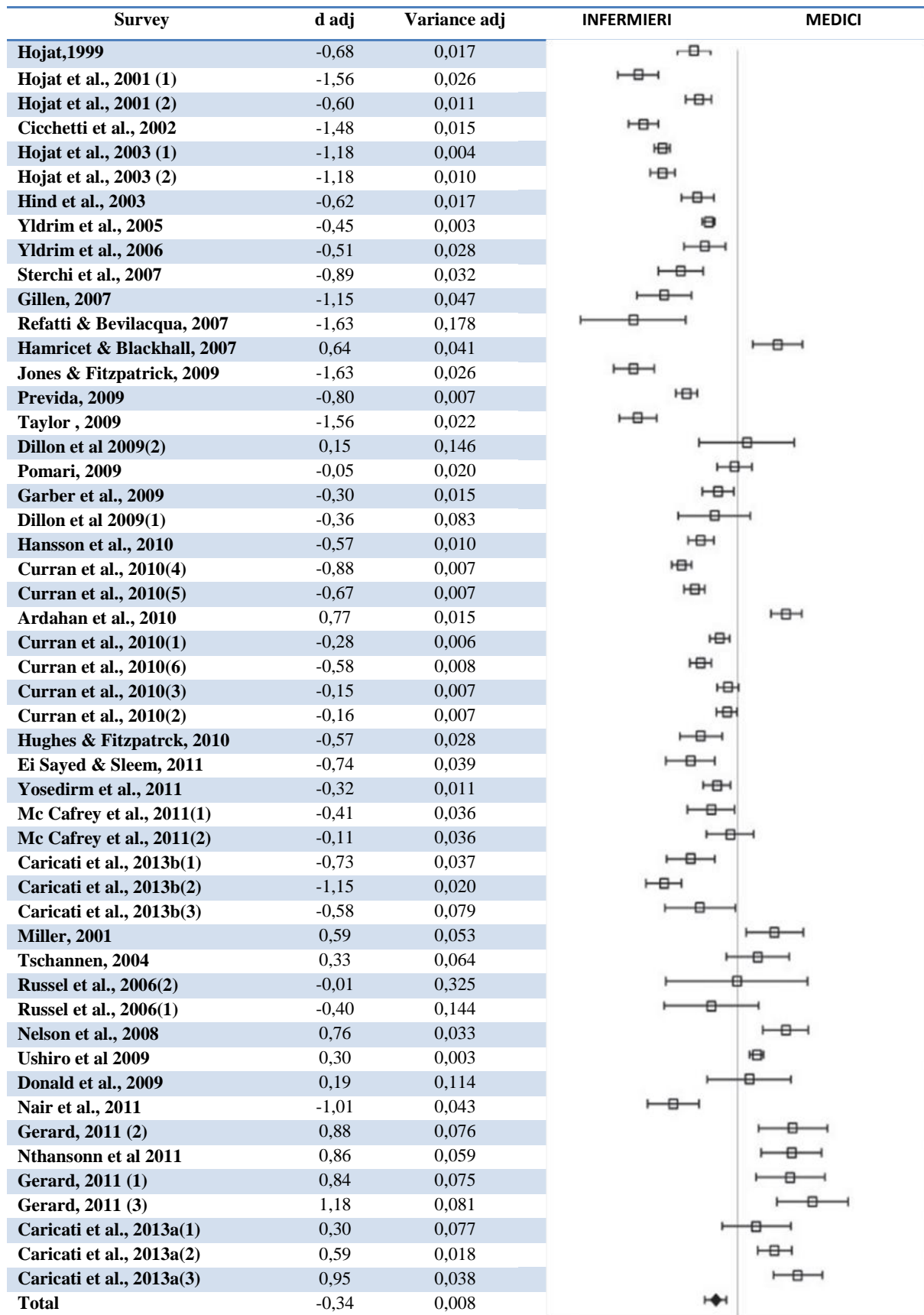


Figura 3.2 – dimensione dell'effetto e boxplot degli studi analizzati

Misurando la dimensione dell'effetto, omettendo di volta in volta il singolo studio, il valore di d nel complesso ha mostrato piccole variazioni ($-0.37 \div -0.32$), mostrando come nessuna singola indagine mostra una incidenza rilevante sul risultato complessivo.

L'effetto complessivo, tuttavia, mostra una grande eterogeneità ($Q(50) = 1196,70$, $p < 0.001$, $I^2 = 95,8\%$), indicando una variabilità della dimensione dell'effetto tra le indagini.

	Q between	k	d	95%CI	Q within
Tipo di misure	46,42				703,28
Atteggiamento		36	-0,64 ^a	-0,8 ÷ -0,48	617,1
Percezione		15	0,45 ^a	0,19 ÷ 0,70	86,18
Campione	0,04				1191,61
Studenti		12	-0,32 ^b	-0,85 ÷ -0,07	168,04
Professionisti		39	-0,35 ^a	-0,57 ÷ -0,13	1023,57
Disegno di ricerca	3,36				1173,62
Unico o Pre IPE		39	-0,43 ^a	-0,64 ÷ -0,22	974,58
Post IPE		12	-0,06	-0,35 ÷ -0,22	199,03
Tipo di reparto	4				646,07
Cure intensive		11	0,23	-0,22 ÷ 0,69	248,21
Degenza Ordinaria		13	-0,42 ^c	-0,86 ÷ 0,02	397,86
Area Geografica	1,01				1086,29
Europa		12	-0,5 ^b	-0,92 ÷ -0,08	310,48
USA		28	-0,3 ^a	-0,52 ÷ -0,08	483,01
Altro		11	-0,28	-0,64 ÷ 0,07	292,8
Pubblicazione	0,04				1164,9
Scientifica		41	-0,33 ^a	-0,52 ÷ -0,15	987,03
Grigia		10	-0,37	-0,37 ÷ 0,07	177,87

Tabella 3.1: I risultati dell'analisi della sensibilità della moderazione

^a $p < 0,01$; ^b $p < 0,05$; ^c $p < 0,06$

Se si considerano le misure di percezione e atteggiamento dei diversi studi, si evidenziano risultati diversi ($Q(1) = 46.42$, $p < 0.001$; Tabella 3.1). Infatti, se si considerano le indagini in cui si è misurato l'atteggiamento emerge che la dimensione dell'effetto è preponderante per la professione infermieristica ($d = -0.64$, $Z = 7,76$, $p = 0.00$). Quando invece è misurata la percezione, l'effetto preponderante, seppur moderato, emerge per i medici ($d = 0,45$, $Z = 3,44$, $p = 0.001$).

In relazione alla condizione di studente o professionista le misure non mostrano differenze significative ($Q(1) = 0,04$, $p = 0,84$). Infatti si rileva un effetto preponderante, seppur in misura modesta, negli studenti di infermieristica ($d = -0.32$, $Z = 2.52$, $p = 0.01$) e negli infermieri già formati ($d = -0.35$, $Z = 3.12$, $p = 0,002$) verso l'atteggiamento.

Il tipo di disegno non ha determinato alcuna differenza significativa nelle misure rilevate ($Q(1) = 3.36, p = 0,07$), anche se gli studi con la misura unica o pre- intervento IPE hanno mostrato un punteggio più alto per gli infermieri ($d = -0,43, Z = 4,00, p < 0,001$), mentre gli studi realizzati dopo un intervento IPE non hanno evidenziato differenze tra le professioni ($d = -0,06, Z = 0,44, p = 0,66$).

L'Unità Operativa in cui è stato realizzato lo studio mostra una moderata differenza significativa tra i valori rilevati per medici ed infermieri ($Q(1) = 4,00, p = 0,045$), I valori mostrano che nei reparti di degenza ordinaria gli infermieri tendono ad avere una media superiore a quella dei medici ($Dd = 0,42, Z = 1,86, p = 0,06$), mentre l'opposto tende a verificarsi in terapia intensiva ($d = 0,23, Z = 1,00, p = 0,32$).

Il paese in cui sono stati fatti gli studi non ha mostrato differenze significative tra i valori rilevati tra infermieri e medici ($Q(2) = 1,01, P = 0,60$).

Considerando il tipo di pubblicazione (letteratura scientifica vs letteratura grigia) non si è rilevata alcuna differenza significativa ($Q(1) = 0,04, p = 0,84$). Gli studi reperiti sia tra la letteratura scientifica ($d = -0,33, Z = 3,51, p < 0,001$) che nella letteratura grigia ($d = -0,37, Z = 1,63, p = 0,10$) hanno mostrato valori maggiori misurati per gli infermieri rispetto ai medici.

Infine, effettuando una meta-regressione della qualità degli studi questa non ha mostrato alcun effetto significativo ($b = 0,11, SE = 0,08, t = 1,32, p = 0,19$), ma un effetto significativo rispetto ai valori è stata identificata effettuando una meta regressione rispetto all'anno di pubblicazione dello studio ($b = 0,06, SE = 0,03, t = 2,28, p = 0,02$): i valori mostrano che negli ultimi anni vi è una riduzione della differenza nella misura della IPC tra infermieri e medici.

	Q between	k	d	95%CI	Q within
Scale	54,71 ^a				589,62
Percezione					
CPS		4	0,87 ^a	0,64 ÷ 1,11	1,6
CSACDS		3	0,20	-0,69 ÷ 1,09	8,48
ICUNPQ		2	0,47 ^a	0,13 ÷ 0,80	0,58
NPSC		5	0,23	0,25 ÷ 0,72	
Atteggiamento					
HCT		3	-0,20 ^a	-0,29 ÷ -0,11	1,53
JSAPNC		29	-0,68 ^a	-0,88 ÷ -0,48	514,13
RIPLS		4	-0,70 ^a	0,84 ÷ -0,55	7,48

Tabella 3.2 – Analisi della sensibilità delle scale

^a $p < 0,01$

CPS= Collaborative Practice Scale; CSACDS= Collaboration and Satisfaction About Care Decision Scale; ICU NPQ=ICU Nurse-Physician Questionnaire; IHCT=Interprofessional HealthCare Teams; JSAPNC= Jefferson Physician of Attitude towards Physician-Nurse Collaboration; NPSC= Nurse-Physician Collaboration Scale; RIPLS= Readiness for Interprofessional Learning Scale

§3.3.4 Ulteriori analisi

Le scale di misura specifiche IPC meritano ulteriore attenzione. E' stata, quindi, condotta un'analisi considerando la scala (Tabella 3.2). Dalla tabella si evince come la Collaboration and Satisfaction About Care Decision Scale (CSACD) e la Nurse-physician Collaboration Scale (NPCS) non hanno evidenziato differenze significative tra infermieri e medici. Tuttavia, se si esclude un singolo studio (Nair et al., 2012) si evidenzia un effetto significativo sulla NPC(d = 0.53, Z = 3,52, p<0.001, 95% CI 95%= 0,23-0,82).

§3.3.5 Bias di pubblicazione

Sia il test di Begg (Z = 1,50, p = 0,13), sia il test di Egger (1.20, t = 0,84, p = 0.40) non hanno indicato bias di pubblicazione.

§3.4 DISCUSSIONE

Questa è la prima meta-analisi effettuata sulle differenze tra infermieri e medici sulla percezione e sull'atteggiamento della IPC e sui fattori che moderano queste differenze. I risultati indicano che, nel complesso, gli infermieri mostrano una maggiore predisposizione verso l'IPC rispetto ai medici, indipendentemente dal paese in cui è stato condotto lo studio. Questi risultati, anche se di moderata intensità, indicano che i medici sarebbero un po' riluttanti ad impegnarsi in una pratica collaborativa efficace (ad esempio Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, e Millman, 2006).

La meta-analisi ha anche mostrato una notevole variabilità nelle misure delle differenze tra medici e infermieri in tutti gli studi. Un potente moderatore, si è mostrata la misura considerata dell' IPC. Infatti, se si considera la scala di misura dell'atteggiamento della IPC, emerge un forte effetto sistematico negli infermieri, indicando che gli infermieri mostrano un atteggiamento più positivo verso IPC rispetto ai medici.

Al contrario, considerando la misura della percezione della IPC, i medici percepiscono un maggior grado di collaborazione di quanto fanno gli infermieri. Questa evidenza suggerisce che gli infermieri e medici hanno una diversa concezione di cosa sia la collaborazione e riconoscono la IPC in misura diversa (Lingard et al., 2012; Makary et al., 2006). Infatti, da un lato gli infermieri sembrano chiedere più collaborazione (ad esempio più "autonomia professionale o "emancipazione", termini citati in Haddara & Lingard, 2003), mentre dall'altro lato i medici

sembrano affermare che vi sia già una buona collaborazione interprofessionale. Dato che gli atteggiamenti e le percezioni circa l'IPC si riferiscono a due diversi aspetti dell'ambiente di lavoro (desiderato vs interpretazione del contesto esistente), la differenza tra infermieri e medici non indica semplicemente una differenza tra professionisti, ma piuttosto una diversa comprensione del contesto di lavoro e diversi interessi impliciti nella IPC.

Questi risultati sollevano anche alcuni problemi importanti per quanto riguarda all'uso degli strumenti per misurare l'IPC. I risultati suggeriscono, infatti, che i ricercatori nell'effettuare uno studio sulla collaborazione dovrebbero fare una scelta consapevole circa lo strumento di misura da adottare (percezione vs atteggiamento) ed avere ben chiara la definizione concettuale di IPC a cui fanno riferimento. Infatti, le diverse misure possono fornire risultati distorti verso una delle professioni (vedi anche Ødegard & Bjørkly, 2012).

Inoltre, il tipo di reparto / UO sembrava influenzare significativamente il valore misurato della IPC tra infermieri e medici. I risultati mostrano che nei reparti di degenza ordinaria, gli infermieri riportano punteggi più elevati rispetto ai medici, mentre in unità di terapia intensiva, i medici mostrano un punteggio più alto. Questo sembra rafforzare l'idea che l'organizzazione del lavoro delle unità di terapia intensiva potrebbe essere utilizzato come un modello/ stile organizzativo per migliorare l'IPC in altre aree di cura (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007). Questa considerazione potrebbe suggerire che la particolarità del setting lavorativo nelle terapie intensive (ad esempio basso numero di pazienti, elevata complessità assistenziale) possa favorire la condizione di collaborazione tra gruppi. Una possibile spiegazione potrebbe essere riferita alle condizioni in cui situazioni di criticità implicano, per esempio, la condivisione in tempo reale di decisioni, la fiducia nell'operato / professionalità degli altri componenti il gruppo, l'attuazione di consuetudini operative. Le dimensioni riportate possono essere riferite alle condizioni favorevoli riportate nella teoria del contatto intergruppi di Allport (TCI; Allport, 1954) concorrendo in tal modo ad una maggiore collaborazione tra gruppi.

Un altro moderatore è stato identificato nell'IPE. Gli studi dove è stata condotta una misura dell'IPC dopo un intervento di IPE non hanno indicato alcuna differenza tra infermieri e medici. Al contrario negli studi che prevedevano una valutazione prima o senza IPE mostrato un effetto nella rilevazione della IPC negli infermieri verso i medici. Ciò suggerisce che corsi di formazione interdisciplinari possono effettivamente migliorare le competenze interprofessionali e un comportamento cooperativo soprattutto per i medici. Il risultato sembra concordare con alcuni studi (Reeves et al 2008;. Vedi anche Baker, Egan-Lee, Martimianakis e Reeves, 2011) che suggeriscono che gli studenti che partecipano ad attività IPE hanno maggiori probabilità di diventare membri di

un team dove viene realizzata una reale collaborazione interprofessionale e dove sia riconosciuta l'autonomia e il ruolo delle singole professioni.

Tuttavia, il confronto tra gli studi con e senza IPE non ha mostrato differenza statisticamente significativa. La stessa letteratura sulla IPE, infatti, non riesce ad evidenziare chiaramente l'efficacia di IPE sulle future pratiche collaborative, mentre manca un riferimento teorico con cui analizzare tale fenomeno. Come lamentato da Oandasan e Reeves (2005), e confermato da Olson e Bialocerkowski (2014) in una meta-analisi, è dimostrato che l'IPE ha alcuni effetti positivi sulla collaborazione inter-professionale, ma le variabili che influenzano la misura in cui gli studenti sono impegnati in interventi di IPE sono in gran parte sconosciute. Ciò impone cautela circa la forza dell'effetto positivo della formazione interdisciplinare e conferma la necessità di attuare nuovi processi per migliorare la collaborazione interdisciplinare (Mann et al., 2009).

Un importante dato che le analisi hanno evidenziato è che sia i professionisti che gli studenti sembrano mostrare uno stesso modello. Ovvero gli infermieri siano essi studenti o professionisti hanno punteggi più alti IPC di quanto non riportino i medici o gli studenti di medicina. I dati sembrano concordare con il costrutto psicosociale chiave che collega l'interesse per il proprio gruppo, ovvero l'identificazione ingroup, vale a dire la misura in cui le persone si sentono legati al loro gruppo. La relazione / il confronto non è fra io (membro di un gruppo) e te (membro di un altro gruppo), ma tra noi (di un gruppo) e voi (di un altro gruppo) (Reicher, 2004), confronto che ancora una volta pone la TIS come una teoria di riferimento valida per l'analisi delle relazioni tra gruppi. Più le persone sono identificate con un gruppo particolare, tanto più esse sono anche orientate a mantenere o aumentare il valore e il prestigio di quel gruppo, e di agire in un modo che favorisca l'ingroup. Diversi studi hanno dimostrato che l'identificazione con un gruppo professionale è una componente essenziale dell'identità professionale di una persona (Crocetti, Avanzi, Hawh, Fraccaroli e Meeus, 2014; Marletta et al 2014). E ciò vale anche per gli studenti universitari (Mancini e Tonarelli 2013; Mancini, Caricati, Panari e Tonarelli, 2015). In ambienti sanitari è stato dimostrato che l'identificazione professionale aumenta la differenziazione tra i gruppi delle professioni sanitarie (Hean, Clark, Adams e Humphris 2006).

In conclusione se nella letteratura internazionale di questi ultimi anni è stata data molta enfasi alla formazione interprofessionale, i dati di questa meta-analisi sembrano indicare la necessità di ulteriori sforzi per formare gli studenti ad affacciarsi oltre i confini della propria disciplina (ad esempio Abate, Watson, & Townsley, 2005). Questo sembra essere più urgente per gli studenti di medicina che hanno ancora una visione "indipendente e autonoma" (Atwal & Caldwell, 2005) della loro professione. Quest'ultima considerazione è supportata, anche, dalla diminuzione significativa tra i valori delle due professioni verso l'IPC negli ultimi anni. Sebbene, occorre implementare delle

strategie per migliorare la collaborazione tra medici ed infermieri e superare alcuni ostacoli alla collaborazione,

la riduzione delle differenze nell'atteggiamento e nel comportamento verso la collaborazione può essere dovuto ai notevoli sforzi che le organizzazioni sanitarie stanno approfondendo al fine di migliorare la consapevolezza tra i professionisti dell'importanza di IPC per migliorare la qualità della cura del paziente. Ciò indica che le organizzazioni stanno efficacemente rispondendo alle sfide principali per l'assistenza sanitaria che, al giorno d'oggi, sono organizzative piuttosto che cliniche (Ramanujam & Rousseau, 2006).

§3.5 LIMITI

Questa meta-analisi ha diversi limiti. Il primo riguarda la lingua: nonostante il tentativo di considerare anche la letteratura grigia e non limitare l'analisi a riviste in lingua inglese, sono stati omessi gli studi in altre lingue. Tuttavia, la relativa diversificazione della provenienza geografica degli studi consente un certo ottimismo per quanto riguarda la generalizzabilità dei risultati.

Un altro limite riguarda il fatto che nelle analisi moderazione alcune indagini non erano in realtà indipendenti, cosa che può avere influito in particolare sulla stima dell'effetto dell'IPE. Tuttavia, il piccolo numero di indagini longitudinali (3 su 51) sembra restringere questo minaccia.

Un'ulteriore limitazione è l'uso del punteggio totale di ciascun scala al posto del punteggio di ogni sub-dimensione. Questo potrebbe oscurare le differenze tra infermieri e medici su particolari aspetti di IPC. Tuttavia, questa scelta è stata necessaria per il confrontare le misure per entrambi i gruppi dei professionisti. Inoltre, sebbene scale possono comprendere diverse sottoscale, normalmente si riferiscono al costrutto generale di IPC e questo aumenta la possibilità di confrontare i punteggi complessivi.

§3.6 CONCLUSIONI

L'implicazione più significativa di questo studio riguarda la differenza nella comprensione e nel significato attribuito alla collaborazione tra infermieri e medici. Dato che le organizzazioni sanitarie stanno spendendo molti soldi per migliorare la IPC, è fondamentale essere consapevoli del fatto che infermieri e medici vedono la collaborazione in un modo differente. Questo, a sua volta, si riflette nella scelta dello strumento utilizzato per misurare l'IPC come indicatore di eventuali processi di cambiamento che si vogliono realizzare.

Sebbene i dati dello studio confermano quelli della letteratura rispetto a un non ben definito effetto sulla IPC della IPE, la minor differenza misurata tra il gruppo dei medici e il gruppo degli infermieri negli studi più recenti sembra presupporre una cambiamento verso l'IPC, specialmente

nei medici in cui però rimane presente, considerando l'interpretazione dei dati rilevati, una visione autonoma e indipendente della propria professione.

Ulteriori progetti formativi interprofessionali dovrebbero essere realizzati e implementati al fine di migliorare la visione di una pratica collaborativa da parte dei gruppi professionali. In questa prospettiva si dovrebbero realizzare progetti formativi che possano permettere non solo una misurazione pre e post intervento IPE, ma anche un follow up a distanza in modo da valutare se percezione/atteggiamento verso la IPC siano poi effettivamente realizzate nelle strutture operative.

Analizzando i dati secondo il punto di vista delle teorie psicosociali esposte (vedi Capitolo IV) si potrebbe ipotizzare che i valori di percezione maggiori registrati nei medici potrebbero essere correlati ad un favoritismo ingroup, nella difesa dello status quo e quindi avvalorare la legittimità del sistema sociale in cui sono inseriti (Ellemers, et al., 1993; Jost, Banaji, 1994; Ellemers al., et 2002) e che li vede come gruppo con status maggiore. Ciò è in linea con la SIT, ed in particolare con l'ipotesi della superiorità in cui attraverso l'aspetto motivazionale gli attori (in questo caso i medici) giustificano il sistema sociale tentando di ridurre l'incertezza sull'ambiente, di preservare il controllo sulle cose e sulle credenze in un mondo giusto (Jost et al., 2004; Lerner, 1980). Il minore atteggiamento verso la collaborazione registrato dai medici nei confronti degli infermieri, allo stesso modo, potrebbe essere letto come una discriminazione outgroup, determinato dal senso di minaccia che il gruppo infermieristico rappresenta nel suo nuovo profilo. Inoltre, i dati sembrerebbero confermare che questa lettura del minor atteggiamento verso la collaborazione dei medici voglia rafforzare la dimensione che Tauschnig aveva indicato come "controllo sulle altre occupazioni sanitarie" e che contribuisce a definire la dominanza medica (Tauschnig, 2000)

Analogamente, in letteratura alcuni studi mostrano come gruppi di status superiore mostrino un bias maggiore nel caso in cui la differenza nella scala gerarchica con il gruppo di status minore sia minima e quando tali differenze sono percepite legittime (Jetten et al., 2000; Mullen et al., 1992; Turner e Brown, 1978) ancor di più quando i termini del confronto riguardano dimensioni rilevanti per la definizione dello status (van Knippenberg, 1978). Inoltre, il gruppo dominato, quello infermieristico, potrebbe indicare nella minore percezione di collaborazione, una discriminazione outgroup determinata dalla percezione illegittima delle differenze di status (ad esempio Bettencourt, Dorr, Charlton e Hume 2001). Rispetto all'atteggiamento invece, il maggior effetto registrato per gli infermieri potrebbe essere indicatore di una maggior volontà di confrontarsi con un gruppo di status superiore (favoritismo outgroup) per mantenere la propria autostima, in linea con la componente sociopsicologica della TIS

La scelta di un'analisi dei dati attraverso la TIS, è dettata dalle considerazioni emerse anche nella revisione bibliografica che evidenzia appunto una carenza nell'analisi del fenomeno secondo questa prospettiva.

Il prosieguo dello studio è infatti progettato e condotto secondo la prospettiva della TIS

PARTE SECONDA

LA RICERCA

CAPITOLO IV

LE TEORIE PSICOSOCIALI COME
CHIAVE DI LETTURA DELLA
RELAZIONE INTERPROFESSIONALE

§4.0 - INTRODUZIONE

L'ALLARME DEI MEDICI: infermieri dovunque fermiamo l'invasione.

Andolfato: pretendono la gestione clinica dei servizi delicati

c'è chi studia 11 anni per diventare medico e chi 3 per diventare infermiere. E fin qui niente di male. Anzi tanto di cappello a chiunque intraprenda un corso di formazione accademica e professionale. Quello che però non va proprio giù ai camici bianchi è "l'invasione di campo". Il progressivo inserimento cioè della figura infermieristica nelle varie articolazioni della struttura ospedaliera. Un processo previsto per legge dalla riforma delle professioni sanitarie in corso da anni eppure contestato nei modi e nei contenuti. [...] (Messaggero., 12 /03 /2014)

CORSI ACCELERATI DI "ASSISTENZA" alle badanti: gli infermieri insorgono

Per la Regione bastano 24 ore per imparare ad eseguire operazioni complesse infermieri sul piede di guerra per una delibera regionale (220 del 24 febbraio 2013) che prevede nuove figure addette all'assistenza a domicilio dei malati cronici, con patologie rare o comunque con necessità assistenziali complesse. Previo un corso "non inferiore a 24 ore effettive", spiega la delibera. Il contenuto della delibera passata abbastanza in sordina nei mesi scorsi, sta ora scatenando un putiferio nel mondo dell'assistenza sanitaria professionale. [...] (Gazzetta di Parma, 6 luglio 2014).

Quelli sopra riportati sono due stralci di articoli che in questi ultimi anni sono stati pubblicati e che mostrano un certo fermento tra le professioni sanitarie. Fermento scaturito da una serie di emendamenti legislativi che hanno modificato (finora solo in maniera formale, e poco in maniera sostanziale, *cf. CAP I*) le relazioni tra i professionisti della sanità. Gli articoli scaturiscono da reazioni, di una o di un'altra famiglia professionale e sembrano rappresentare esempi di "comportamento intergruppi", ossia manifestazioni di relazioni (problematiche, se non veri e propri conflitti) interprofessionali che non si limitano certo solo a queste manifestazioni. Certo nella realtà operative delle varie aziende sanitarie pubbliche o private vengono messi in atto giornalmente pratiche collaborative efficaci ma, talune volte,

emergono anche conflitti interprofessionali che possono precludere la collaborazione interprofessionale e, quindi, come è già stato affermato nel *CAP II*, anche l'efficacia delle cure.

Una recente pubblicazione della CAIPE (*Centre for the Advancement of Interprofessional Education* - <https://www.caipe.org>) ha messo in risalto una criticità dei numerosi studi pubblicati in questi anni sulla collaborazione: quella che in nessuno di essi sono mai state utilizzate teorie sociali attraverso le quali studiare la pratica collaborativa (Reeves et al., 2010). Nonostante innumerevoli studi (per esempio: Skjoshammer, 2001; Taylor 1996, Baggs et al. 1999; Stein-Parbury e Liaschenko, 2007; Counsell et al, 2007) abbiano dimostrato come l'IPC è utile e necessaria per il miglioramento della qualità assistenziale erogata nelle strutture sanitarie, essa presenta ancora notevoli problematicità nella sua realizzazione. Gli studi realizzati sulla collaborazione interdisciplinare in ambito sanitario, di tipo prevalentemente descrittivo o esplorativo (per esempio: misura della percezione o dell'atteggiamento collaborativo dei professionisti), non hanno ad oggi permesso una reale analisi dei meccanismi psico-sociali che possono spiegare in maniera più analitica i fattori e i processi che ostacolano la realizzazione della collaborazione interprofessionale in sanità. Questa criticità potrebbe essere imputabile al fatto che le relazioni interprofessionali non sono state analizzate tenendo presente che richiedono l'instaurarsi di una relazione "positiva" fra almeno due gruppi differenti, ossia assumendo che la IPC possa essere considerata come un esito positivo delle relazioni tra gruppi. Alla luce di questa considerazione questo lavoro vuole capovolgere parzialmente questo presupposto prendendo in esame altre interpretazioni dell'IPC inteso come comportamento intergruppi. Per fare questo si assumerà, pertanto, l'ottica disciplinare master nel campo dello studio del comportamento intergruppi, ovvero quella psicosociale.

§4.1 - IL PARADIGMA TEORICO DI RIFERIMENTO

L'approccio che abbiamo scelto per condurre questo lavoro di ricerca trova le sue basi nella teoria dell'identità sociale (SIT) e delle relazioni intergruppi di Tajfel e Turner (1979) a parte dal considerare il rapporto interprofessionale tra medici, infermieri e OSS (siano essi studenti o professionisti già formati) come un rapporto

che avviene non tra singoli individui, ma tra membri di diversi gruppi sociali che interagiscono all'interno dello stesso contesto. Pertanto, assumendo questa prospettiva, la collaborazione interprofessionale (IPC) e la formazione interprofessionale (IPE) saranno considerati come esiti di una relazione intergruppo; più nello specifico di una relazione tra gruppi professionali con diverso status: il gruppo dei medici che rappresenta il gruppo con status più alto, il gruppo degli infermieri che rappresenta quello di status intermedio e quello degli OSS che è il gruppo con status più basso.

La premessa di base della SIT a cui si farà riferimento è che le persone costruiscono parte della conoscenza di sé - la loro identità sociale - attraverso i gruppi a cui appartengono e che la valutazione di questa identità sociale attraverso il confronto con altri gruppi determina la loro autostima. Pertanto le persone sono motivate a far parte di gruppi la cui valutazione sia positiva e a comportarsi in modo che il valore del proprio gruppo (ingroup) aumenti nel confronto con altri gruppi (outgroup). L'identificazione ingroup, ovvero la misura in cui le persone si sentono legate al proprio gruppo di appartenenza, rappresenta, quindi, il costrutto psicosociale che collega l'interesse del membro a quello verso il proprio gruppo. Più le persone si identificano con un gruppo, più esse sono orientate ad aumentare il prestigio e a "favorire" quel gruppo (favoritismo ingroup) per mantenere o innalzare la loro autostima.

In letteratura, diversi studi hanno dimostrato come l'identificazione con un gruppo professionale sia una componente essenziale dell'identità professionale di una persona (Crocetti, Avanzi, Hawh, Fraccaroli e Meeus, 2014; Marletta et al., 2014). E ciò vale anche per gli studenti universitari (Mancini e Tonarelli 2013; Mancini, Caricati, Panari e Tonarelli, 2015). L'Identità professionale è considerata una forma relativamente duratura di identità che si manifesta in termini di come i membri di un gruppo professionale si differenziano dai membri di altre professioni (Schein, 1978). Alcuni studi hanno evidenziato, inoltre, come in ambito sanitario l'identificazione professionale aumenti la differenziazione tra i gruppi delle professioni sanitarie (Hean, Clark, Adams & Humphris, 2006). Queste osservazioni avvalorano, quindi, l'ipotesi che tra gli approcci teorici quello della SIT possa essere ritenuto come uno dei più idonei all'analisi delle relazioni tra gruppi

professioni nei contesti organizzativi (Ashforth e Mael, 1989; Hogg e Terry, 2000; Haslam 2004). Secondo questa prospettiva l'identità è "relational and comparative" (Tajfel e Turner, 1985) e gli individui orientano le loro azioni per definire il concetto di sé nel tempo e nei contesti (Steele, 1988).

Se analizziamo una tipica unità operativa (UO) o un servizio di un'Azienda Sanitaria è possibile ipotizzare che i gruppi di professionisti che vi operano non siano esenti dai processi che sono descritti dalla SIT. La tipica conformazione di una UO, infatti, vede la co-presenza di più gruppi: quello dei medici, quello di una o più professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, ostetriche...) e quello degli OSS. Il confronto tra questi gruppi nel contesto sanitario, in termini di prestigio e autostima, si realizza attraverso per esempio i processi di *decision making* che possono determinare competizione tra gruppi (per esempio tra medici ed infermieri o tra infermieri e OSS) che a sua volta può portare ad una diminuzione della cooperazione, innalzando il conflitto.

Nonostante le equipe multi-professionali siano ormai presenti in molti contesti organizzativi, e sebbene il tema della pluralità di identità sociali – e professionali – sia stato ampiamente esplorato in gran parte della letteratura, i gruppi di lavoro sono stati generalmente considerati dalla letteratura come omogenei al suo interno, mentre una visione monolitica e idealtipica delle professioni resta ancora la concezione prevalente (Barley e Kunda, 2001).

Nell'ambito sanitario la riformulazione non solo dei profili professionali, ma anche delle modalità organizzative (lavoro per piccola equipe, ospedale per intensità di cure, ecc...) ha ridisegnato i confini delle professioni, rendendoli meno definiti. I gruppi professionali sono stati quindi chiamati, in maniera implicita, a ri-disegnare e ri-contestualizzare la propria identità professionale e questo ha provocato (o potrebbe provocare) deficit nella collaborazione e/o conflitti per la definizione delle risorse, delle responsabilità del processo di cura (Fournier, 2000; Pietroni, 1994).

Infatti, alla luce delle considerevoli modificazioni intervenute nell'assetto istituzionale dei sistemi sanitari, tutti gli attori del sistema-salute (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, direttori di distretto, organizzazioni pubblico-private e non-profit, cittadini-utenti/pazienti...) devono oggi concorrere alla costruzione di reti di relazioni in grado di scambiarsi risorse. Il quadro che ne

risulta tende, quindi, al superamento della visione autoreferente verso la propria disciplina e del sistema gerarchico-burocratico, e ad un incremento di quella che viene definita “community health governance”, cioè di una governance che implica per i professionisti una ri-definizione dei rispettivi ambiti di competenza. Le stesse norme emanate negli ultimi vent’anni, e tutt’ora in evoluzione, inducono ad una ri-definizione degli ambiti di competenza delle professioni sanitarie che, sebbene si riconoscono in campi disciplinari, formativi e culturali diversi, presentano nella salute dell’individuo / della comunità un obiettivo comune e sono dunque interdipendenti per il suo raggiungimento. Nelle logiche organizzative tutto ciò vuol dire ripensare i servizi secondo una condizione di orizzontalizzazione della conoscenza, del controllo e del management in tutta l’azienda. Ad una visione post-industriale rigida e basata sulla parcelizzazione del lavoro si contrappone, quindi, una visione flessibile di un modello a rete i cui nodi includono nuovi ruoli professionali (Giarelli & Venneri 2009).

Questo nuova prospettiva ha indotto le varie professioni ad una nuova conquista dei propri spazi d’azione, determinando quella che in letteratura è stata definita “doppia chiusura” in quanto caratterizzata dall’usurpazione verso l’alto e dall’esclusione verso il basso (Benoit e Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar e Taylor, 2010; Freidson, 2002; Hallinan e Mills, 2009; Witz, 1992). In concomitanza a tutto questo, il problema del rapporto costo-efficacia nei servizi sanitari e sociali (Schmitt, 2001) ha portato ad una crescente attenzione al lavoro interprofessionale. Tutti questi cambiamenti non hanno tuttavia messo in secondo piano l’importanza di appartenere ad un gruppo professionale (ingroup). Anzi, se da un lato il nuovo contesto delle riforme e dei nuovi aspetti manageriali hanno introdotto l’IPC come elemento caratterizzante le organizzazioni, dall’altro queste nuove conformazioni legislativo / organizzative sono state interpretate dai gruppi professionali come una minaccia identitaria (Callan et al., 2007). Il senso di identità professionale può, infatti, essere minacciato in situazioni di lavoro comuni, in cui valori contrastanti sono messi in rilievo, ed in cui i confini tra le professioni possono diventare potenziali fonti di conflitto, soprattutto nelle situazioni dove le dinamiche operative tendono ad enfatizzare la concorrenza e a sottolineare il carattere distintivo delle singole professioni. Non dobbiamo però dimenticare che la

collaborazione può anche fornire opportunità per la rielaborazione creativa delle identità e dei ruoli di lavoro ad essi associati (Fournier, 2000; Gelman, White, Carlson & Norman, 2000). Un focus sulla identità professionali può quindi non solo migliorare la nostra comprensione di progetti interdisciplinari (siano essi riferiti a studenti o professionisti), ma anche mettere in evidenza i modi in cui la collaborazione può produrre risultati positivi per il personale coinvolto. In tal senso la collaborazione interprofessionale può diventare, nei contesti organizzativi sanitari, sia una forma di minaccia per la propria identità professionale, sia un'occasione per rafforzarla connotandola di nuovi contenuti.

Un'altra variabile importante definita dalla SIT è lo status del gruppo che rappresenta un elemento imprescindibile di valutazione dell'ingroup e, di conseguenza, dell'identità sociale di una persona: la gente preferisce far parte di gruppi con elevato status perché questa assicura una valutazione relativamente positiva dell'ingroup. Inoltre, è stato dimostrato che i membri del gruppo ad alto status sono più inclini a rimanere nel gruppo, mentre i membri del gruppo a basso status sono più propensi a lasciare, o a desiderare di lasciare l'ingroup (ad esempio Doosje, Spears e Ellemers 2002 ; Ellemers, Spears e Doosje 1999; 2002). In altre parole, i membri del gruppo di alto status sono più propensi a cercare di mantenere la loro posizione privilegiata discriminando i gruppi di status basso, mentre i membri del gruppo di basso status sono più propensi a cercare di migliorare la posizione del loro ingroup utilizzando strategie che variano a seconda della percezione effettiva della differenze di status tra i gruppi ad alto e basso status (es. Ellemers al., et 2002). Ad esempio, i membri del gruppo di basso status sono più propensi a mettere in discussione la loro posizione svantaggiata quando credono che la stratificazione sociale è illegittima o instabile (es. Bettencourt, Dorr, Charlton e Hume 2001). Applicando la SIT al rapporto infermiere-medico, alcuni studi (Sollami e Caricati, 2015; Caricati et al. 2014; Bartunek 2011; Mitchell, Parker e Giles, 2011) hanno già rappresentato i medici e gli infermieri come due gruppi con diversi status che sono impegnati in rapporti di cooperazione o in conflitto. Lo stesso tipo di relazione tra gruppi può essere ragionevolmente applicata a studenti di medicina e di infermieristica.

§4.2 - IL CONTESTO DELLA RICERCA

Al contrario di alcuni esperimenti di Tajfel, l'ambiente sanitario in cui la ricerca intende muoversi è costituita da gruppi reali. I gruppi a cui si vuol fare riferimento sono i gruppi "professionali", i gruppi cioè che si identificano attraverso la propria categoria professionale di appartenenza e che, utilizzando una tassonomia cara ai medici, possiamo identificare in due grandi famiglie: "medici" e "paramedici" o ancora, "professionisti sanitari medici" e i "professionisti sanitari non medici". L'identificazione fatta in questi termini indica, però, una netta separazione tra i due gruppi; l'utilizzo del suffisso "para" e quel "non" danno un senso di privazione che, inevitabilmente, riconduce ad una percezione di differenze di status. Considerare pertanto i medici come il gruppo con status dominante e quindi con maggiori poteri rispetto al gruppo professionale degli infermieri¹ (professionisti sanitari non medici) sembra poter presupporre già alcune indicazioni sulla possibilità di utilizzare la teoria del conflitto realistico (TCR) di Sherif (Sherif et al., 1961) - che afferma come i pregiudizi e le discriminazioni siano generati da conflitti di interesse materiale fra gruppi - , come una teoria di riferimento per analizzare la collaborazione interprofessionale tra queste due categorie professionali.

Come già evidenziato nelle pagine precedenti, gli sviluppi storico-legislativi hanno implicato una ri-modellazione della struttura sociale (organizzativa) delle Aziende Sanitarie. Le nuove organizzazioni vedono, almeno sulla carta, lo svilupparsi di strutture organizzative non più gerarchiche – piramidali - ma a rete, in cui ogni professione deve integrarsi con le altre nel rispetto dei propri ambiti di competenza.. Queste "novità" mettono in discussione lo status dei gruppi professionali presenti ed in particolare quello dei medici, ponendo in discussione la loro posizione dominante rispetto agli altri gruppi professionali.

Nella realtà sanitaria, storicamente, la relazione tra gli status dei gruppi potrebbe essere così indicata (vedi fig.4.1):

¹ Si è voluto far riferimento alla professione infermieristica (e includerla nello sviluppo dello studio) non perché "privilegiata" rispetto ad altre professioni sanitarie ma perché assieme a quella dei medici rappresenta la categoria professionale più numerosa nelle organizzazioni sanitarie. In Italia i Professionisti Sanitari (non medici) sono circa 600mila, gli infermieri con circa 400mila unità risultano essere il 65%. (dato ISTAT-2013).



Figura 4.1 lo status delle Professioni Sanitarie

Dalla figura si evince come il gruppo dominante sia quello dei medici e come il gruppo degli infermieri si trovi ad avere il doppio ruolo di dominante verso il gruppo degli OSS e dominato rispetto ai medici.

Gli interventi legislativi di questi anni (L.42/99, L.251/2001), ha messo in discussione la differenza di status tra medici e professionisti sanitari riducendola o addirittura annullandola. I professionisti sanitari, nell'esplicitazione dei nuovi profili professionali, sono stati identificati alla stregua dei medici. Questo ha, modificato, quindi, gli equilibri tra di essi e ha portato ad una serie di conflitti tutt'ora in atto.

In realtà gli interventi legislativi, non hanno riguardato solo i due gruppi dominanti, ma anche gli OSS che per esigenze pratiche si sono visti attribuire funzioni sanitarie che hanno ridotto la differenza di status con gli infermieri, provocando anche qui nuovi squilibri e susseguenti conflitti tra gruppi, anche se in tono minore rispetto ai precedenti.

Queste situazioni reali che si sono venute a creare, rappresentano, quindi un interessante contesto in cui sondare le relazioni intergruppi – tra i tre gruppi professionali – utilizzando la SIT e le sue più recenti declinazioni come possibile chiave di lettura degli esiti a cui tali relazioni possono condurre in termini di ‘collaborazione’ (IPC) e ‘educazione’ (IPE) interprofessionale. IPC e IPE costituiscono, infatti, delle sfide per la gerarchia sociale e funzionale tradizionale tra le professioni, poiché aumentano l'autonomia del gruppo con status minore (gli infermieri e gli studenti infermieri), mettendo questi su un analogo livello di responsabilità e di potere attribuito al gruppo con status maggiore (medici e studenti di medicina) (Barr et al. 2005; Oandasan e Reeves, 2005).

Sul concetto di collaborazione abbiamo già ampiamente disquisito nel *cap. II*. Nel *cap. III* è stato inoltre messo in luce come in letteratura vi sono molteplici studi quantitativi sulla misura della collaborazione. Le misure effettuate in questi studi si riferiscono prevalentemente alla percezione e all'atteggiamento dei professionisti e degli studenti sulla IPC/IPE. Dalla ricerca meta-analitica presentata nel *cap. III*, e dedicata alla pratica collaborativa tra medici e infermieri, sono emerse alcune considerazioni su cui questo progetto di ricerca è stato costruito. In particolare, è emerso che:

- medici e infermieri, quando devono collaborare, sono di fatto individui che appartengono a gruppi professionali differenti, con diverso status, diverso potere, diverse norme di gruppo ma, tuttavia, fanno parte di un'unica UO;
- sebbene infermieri e medici rappresentino le figure professionali maggiormente rappresentate nelle strutture sanitarie, esse non sono le sole presenti. Pertanto ci sembra una criticità il fatto che gli studi fino ad ora condotti abbiano tralasciato di considerare la presenza all'interno delle equipe assistenziali di altre figure, in particolare degli OSS;
- medici e infermieri (sia professionisti che studenti) hanno atteggiamenti e percezioni differenti rispetto alla pratica collaborativa. In particolare, gli infermieri sono stati individuati come il gruppo professionale più favorevole verso la collaborazione inter-professionale e che hanno dimostrato più disponibilità a collaborare (Sollami, Caricati e Sarli, 2014, Sollami e Caricati, 2015, Caricati et al., 2014), mentre si è verificato il contrario per i medici;
- la formazione inter-professionale (IPE) è considerata come una importante strategia per migliorare la IPC, ma non esistono ad oggi evidenze dirette che questa possa migliorare la pratica collaborativa fra medici e infermieri (Barr et al., 2000; Barr et al., 2005; Freeth, Hammick, Koppel, Reeves, & Barr, 2002; Hammick, 2000; Reeves et al., 2008);
- a nostra conoscenza, non vi sono molti studi che applicano le teorie psicosociali intergruppo all'analisi delle dinamiche inter-professionali tra i professionisti e gli studenti di diverse discipline sanitarie. A questa criticità fa ad esempio riferimento una pubblicazione della CAIPE (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) che ha messo in risalto come dei numerosi studi

pubblicati in questi anni sulla collaborazione, in nessuno abbia mai utilizzato teorie sociali attraverso le quali studiare la pratica collaborativa (Reeves et al., 2010).

§4.3 - OBIETTIVI E DISEGNO DI RICERCA

Partendo da tali presupposti e riflessioni, l'obiettivo di questo progetto di ricerca è stato quello di valutare la pratica collaborativa tra differenti professioni (medici, Infermieri e OSS). Tale tematica appare rilevante alla luce dei cambiamenti in atto che rimettono in discussione il modo di pensare alle organizzazioni. Le organizzazioni moderne manifestano più che in passato il bisogno di integrare in maniera efficiente il lavoro di professionisti con conoscenze eterogenee e identità differenti e talvolta contrastanti. Più nello specifico l'obiettivo della ricerca presentata nei prossimi capitoli è stato quello di analizzare la collaborazione interprofessionale considerandola come un processo intergruppi influenzato da diverse variabili come l'identità sociale (leggi Professionale), le differenze di status e le credenze circa queste differenze.

Per realizzare questo obiettivo sono stati progettati due studi complementari:

Il primo ha come obiettivo quello di valutare l'atteggiamento verso la formazione interprofessionale degli studenti di alcune professioni sanitarie in relazione ad alcune variabili quali l'identità professionale futura e le stereotipizzazioni, e se e come queste si modificassero in relazione al tirocinio. E' stato quindi progettato e realizzato uno studio longitudinale con le misure ripetute prima e dopo il tirocinio delle variabili considerate di un gruppo di studenti dell'Università di Parma delle professioni sanitarie ed un gruppo di studenti di alcune Agenzie Formative Provinciali che organizzano corsi OSS.

Il secondo studio invece, è volto ad indagare se e come l'atteggiamento verso la collaborazione interprofessionale si modifichi in funzione della instabilità/stabilità nelle differenze di status fra gruppi professionali e della percezione di minaccia all'identità professionale .

I gruppi professionali oggetto della ricerca sono stati Medici, Infermieri e OSS, estratti in maniera random dall'elenco dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero

Universitaria di Parma La ricerca quasi - sperimentale ha previsto la costituzione (in maniera randomizzata) di nove gruppi di partecipanti, (3 gruppi per ogni professione) ad ognuno dei quali è stato proposto la lettura di un articolo che prospettava delle modifiche dello status dei gruppi professionali oggetto della ricerca e che di fatto ha rappresentato l'artefatto per la manipolazione della stabilità/instabilità. Per ogni professione quindi abbiamo avuto professionisti a cui è stato proposto un articolo che non prospettava alcuna modifica dello status (stabilità), una modifica dello status in senso migliorativo (instabilità up) ed una modifica dello status in senso peggiorativo (instabilità down).

CAPITOLO V

STEREOTIPI, IDENTITA'
PROFESSIONALE E
ATTEGGIAMENTO VERSO LA
FORMAZIONE
INTERPROFESSIONALE (IPE) NEGLI
STUDENTI DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

§5.0 INTRODUZIONE / BACKGROUND

§5.0.1 La formazione stereotipi associati alle professioni sanitarie

In letteratura gli stereotipi sono definiti come un "giudizio categorico sociale . . . delle persone in termini di appartenenza al gruppo"(Turner, 1999, p. 26). Si è visto, inoltre, come intrinsecamente vengano associati valori socialmente indesiderabili agli stereotipi dei membri di gruppi sociali diversi dal proprio (l'outgroup). Tuttavia, lo stereotipo è un processo umano naturale (Haslam et al., 2000) che può determinare esiti positivi o negativi. In termini positivi, gli individui possono utilizzare gli stereotipi per guidare i loro comportamenti intergruppi; in tal senso essi rappresentano un valido meccanismo con cui le persone danno un senso delle loro interazioni con gli altri gruppi. Si tratta, quindi, di un mezzo per "affrontare" in modo efficace, cioè con minimo dispendio di energia, una relazione con un membro di un outgroup (Haslam et al., 2000; Haslam et al., 2002). Anche nel campo della salute la stereotipizzazione è stata riconosciuta come un fattore che media l'interazione di gruppo. Si tratta di un mezzo attraverso il quale gli operatori sanitari sono facilitati nel far fronte alle loro interazioni con i pazienti con l'organizzazione in cui sono inseriti (Kirkham et al., 2002). Le opinioni generalizzate, spesso correttamente, permettono infatti ad un novizio professionista o ad uno studente (che generalmente hanno quindi poca esperienza) di essere guidati quando si trovano per la prima volta di fronte ad una tipologia di pazienti. La stereotipizzazione può guidare anche la relazione con altri professionisti sanitari. L'esistenza di stereotipi interprofessionali tra i gruppi di professionisti della sanità è stata dimostrata da Carpenter (1995a).

Guardando ai lati negativi, gli stereotipi possono generare tensioni soprattutto quando derivanti da atteggiamenti negativi e possono contribuire all'insoddisfazione al lavoro e alla scarsa comunicazione (Ryan e McKenna, 1994). Gli stereotipi, infatti, possono anche generare false aspettative o atteggiamenti e/o comportamenti negativi verso altri gruppi. E' possibile che queste aspettative negative verso un gruppo si consolidino attraverso il processo della c.d. profezia che si auto-avvera (Hilton e Von Hippel, 1996). Ad esempio, le convinzioni che i medici siano arroganti

possono influenzare negativamente le interazioni con questo gruppo professionale. In uno studio di Takase e colleghi (2001) la percezione negativa dei pazienti nei confronti degli infermieri è stata dimostrata essere correlata alla bassa autostima collettiva, all'insoddisfazione lavorativa e alle minori prestazioni degli infermieri.

Dato che gli stereotipi derivano da un naturale processo di categorizzazione sociale a cui tutti gli individui fanno riferimento nelle loro interazioni con altri gruppi, è plausibile ipotizzare che anche i professionisti (e gli studenti in formazione) condividano e adottino gli stereotipi professionali nelle loro interazioni. La condivisione di certi stereotipi professionali potrebbe riferirsi alla percezione dei ruoli degli altri professionisti o riflettere caratteristiche personali percepite come comuni a quel gruppo professionale.

In particolare gli studenti potrebbero condividere stereotipi che riflettono l'immagine pubblica di vari professionisti sanitari, creata attraverso i media oltre che strutturata attraverso la loro precedente esperienza come pazienti/clienti del Servizio Sanitario (Hallam, 2000; Conroy et al, 2002). Queste prime percezioni possono essere rafforzate ulteriormente attraverso i processi di socializzazione durante la formazione professionale (duToit, 1995). Alcuni studi (Hind et al., 2003; Tunstall-Pedoe et al., 2003) hanno fornito le indicazioni che gli studenti possono avere questi stereotipi anche prima del loro ingresso nel percorso di formazione. Studi condotti con studenti delle professioni sanitarie alla fine del loro percorso di formazione (Carpenter, 1995a, 1995b; Carpenter e Hewstone, 1996), o con neo laureati appena entrati nel mondo del lavoro (Barnes et al, 2000; Carpenter et al, 2003), mostrano la presenza di auto ed etero stereotipi dei diversi gruppi professionali sanitari su una serie di caratteristiche. Altri studi, inoltre, sostengono che questi stereotipi potrebbero interferire con il lavoro e le relazioni interprofessionali (Carpenter, 1995a, 1995b; Carpenter e Hewstone, 1996; Barnes et al., 2000; Miller et al., 2001; Carpenter et al., 2003). Tuttavia, rimane poco chiaro in che misura gli studenti (a questo livello iniziale) discriminano tra gruppi professionali su una serie di caratteristiche specifiche o in che misura percepiscono somiglianze e differenze tra gruppi professionali.

Rispetto al contenuto degli stereotipi professionali, le influenze storiche caratterizzate dal dominio di una determinata categoria professionale e dall'identificazione di tale dominio con il genere maschile (cfr. cap. I), possono avere portato a strutturare stereotipi delle professioni sanitari strettamente intrecciati a quelli che definiscono il genere maschile o femminile (Hallam, 2000). Ma anche altri fattori, come ad esempio la normativa che disciplina le responsabilità di un gruppo professionale, possono svolgere un ruolo nella costruzione di uno stereotipo professionale. Baldwin e colleghi (1983), in un loro studio ipotizzarono come avendo il codice etico dei farmacisti (negli Stati Uniti), stabilito che era per loro vietato discutere la terapia con il cliente ciò avrebbe aumentato lo stereotipo pubblico del farmacista come professionista poco comunicativo e con una scarsa competenze interpersonale.

§5.0.2 L'educazione interprofessionale in sanità: il contatto intergruppi

In letteratura sono presenti diversi studi che identificano la formazione interprofessionale come una condizione che facilita un impegno comune alla collaborazione interdisciplinare, promuovendo un gruppo dinamico in un ambiente non competitivo (Muller et al., 2001). Un lavoro di Katz et al. (2001), mettendo a confronto due gruppi di studenti (fisioterapisti e terapisti occupazionali) dei quali solo uno aveva ricevuto una formazione interdisciplinare, ha dimostrato gli studenti che avevano ricevuto formazione interdisciplinare avevano una visione più positiva della collaborazione rispetto a quelli che non avevano avuto una tale educazione. La formazione interprofessionale sembra promuovere il lavoro di squadra e gli atteggiamenti positivi interprofessionali (Coster et al., 2008). Casanova e colleghi (2007) sostengono che un programma di formazione interprofessionale, applicando strategie di comunicazione efficaci, sviluppa una sana cultura del rispetto e favorisce la comunicazione tra infermieri e medici. Questa è una delle ragioni per cui i laboratori interprofessionali stanno diventando un metodo sempre più utilizzato per la formazione interprofessionale. E' quindi importante che gli studenti delle professioni sanitarie siano disposti di impegnarsi in programmi di IPE (Hean et al., 2006a) con l'obiettivo di

aumentare la comprensione e la conoscenza interprofessionale (D'Amour e Oandasan, 2005; Hammick et al., 2007). Questa esposizione promuove la comprensione delle altre discipline e contribuisce al riconoscimento del valore intrinseco di ognuna di esse. L'Educazione Inter-Professionale (IPE) si realizza, infatti, attraverso un apprendimento attivo con e da altre discipline: cioè, quando due o più studenti imparano con e da altri studenti di altre professioni, attraverso scambi condivisi (Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2002). IPE è inoltre identificata come una soluzione per migliorare la qualità della cura del paziente, migliorando la collaborazione tra professionisti e le loro capacità del lavoro di squadra (World Health Organization, 2010 a e b; Thistlethwaite, 2011). Vi sono prove emergenti di questo effetto, come riporta una revisione bibliografica sulla formazione interprofessionale tra le discipline delle professioni sanitarie che conclude come tale formazione migliori la formazione degli studenti delle professioni sanitarie e indichi un miglior lavoro di squadra (Chakraborti, Boonyasai, Wright, e Kern, 2008). Per gli studenti delle professioni sanitarie, l'apprendimento sviluppato con studenti in altre discipline offre quindi l'opportunità di "sperimentare" il loro futuro ruolo e di comprendere i ruoli delle altre discipline (Lidskog, Löfmark e Ahlström, 2008).

La formazione interprofessionale può essere fornita durante l'educazione di base dei professionisti, o essere perseguita durante la formazione post-base. La prima forma è da preferirsi perché permette la socializzazione tra le discipline prima che il singolo professionista abbia costruito e consolidato la propria identità professionale (D'Amour e Oandasan, 2005). Sebbene alcuni studi riguardanti dei programmi educativi nelle professioni sanitarie riportino risultati incoraggianti circa gli atteggiamenti degli studenti verso l'apprendimento e la pratica interprofessionale (Barr et al., 2009; Remington, et al., 2006), purtroppo, le professioni sanitarie (in Italia in particolar modo) socializzano solo dopo che hanno concluso la loro formazione, quando cioè sono già inseriti nelle realtà operative. Questa mancanza di socializzazione professionale può contribuire a mantenere la relazione interprofessionale conflittuale, ostacolandone la collaborazione (D'Amour e Oandasan, 2005).

L'ipe può tuttavia essere vista anche come una formazione che sfida i confini tradizionali tra infermieri e medici, cercando di superare le differenze interprofessionali e favorendo efficace l'apprendimento e la pratica collaborativa. In questo senso, l'ipe richiede un cambiamento nella tradizionale immagine gerarchica della relazione infermiere-medico a favore di un rapporto professionale orizzontale e paritario. Interessante è a tal riguardo lo studio condotto da Hean e colleghi (2006b) che aveva l'obiettivo di esplorare le percezioni di 1200 studenti di 10 diversi gruppi professionali della sanità all'inizio del loro percorso universitario e a valutare longitudinalmente l'impatto della formazione interprofessionale su una serie di variabili tra cui gli stereotipi misurati utilizzando uno strumento adattato da Barnes et al. (2000). I dati hanno confermato che gli studenti arrivavano all'università con un insieme definito e coerente di stereotipi degli altri gruppi professionali. Per esempio, essi valutavano ostetriche, assistenti sociali e infermieri con medie superiori rispetto alle altre professioni sulle competenze interpersonali, considerandoli come maggiormente propensi a lavorare in team, mentre i medici e i farmacisti erano valutati con una media maggiore sulle conoscenze accademiche. Valori più elevati attribuiti a medici e farmacisti rispetto alle competenze accademiche rispetto ad altri gruppi professionali sono stati confermati in altri studi come in quello di Barnes e colleghi (2000) dove furono rilevate medie più elevate delle competenze accademiche dei medici (psichiatri, in quel caso) rispetto a quelle di infermieri, assistenti sociali e terapisti occupazionali, e nei lavori di confronto tra medici ed infermieri (Carpenter, 1995a; 1995b), di confronto tra assistenti sociali e medici (Hewstone et al., 1994) e di confronto tra medici, tecnici di radiologia e fisioterapisti (Tunstall-Pedoe et al., 2003).

Oltre agli studi citati è interessante porre l'attenzione su un recente studio di Liaw e colleghi (2014) che ha prodotto risultati incoraggianti, seppur limitati. I dati in questo studio mostrano che le percezioni stereotipiche degli studenti di medicina e infermieristica ripercorrono gli stereotipi riportati da altri studi (Hean et al., 2006b; Ateah et al., 2011). Tuttavia esso anche ha dimostrato che dopo una serie di esperienze di laboratori interprofessionali si rilevava un significativo miglioramento della percezione degli studenti di

infermieristica verso gli studenti di medicina sulle capacità relazionali e le capacità di lavorare in team di quest'ultimi, ed analogamente un miglioramento della percezione degli studenti di medicina rispetto al processo decisionale degli studenti di infermieristica. Questi dati sostengono ulteriormente l'efficacia della formazione interprofessionale nella "lotta" contro gli stereotipi (Ateah et al., 2011). Inoltre, lo studio ha rilevato che se nelle attività di laboratorio si pone maggiore attenzione su una efficace comunicazione interprofessionale questo favorisce la condivisione del processo decisionale, il rispetto e la fiducia reciproca.

Partendo da queste considerazioni, Leaviss (2000), rifacendosi alla teoria del contatto (Allport, 1979), suggerisce che riunire studenti di diverse categorie professionali durante il loro percorso formativo possa contrastare la formazione o il rafforzamento di stereotipi negativi che potrebbero frenare la collaborazione interprofessionale nella pratica. Come già riportato in precedenza, almeno potenzialmente alcune convinzioni stereotipate negative e i conseguenti atteggiamenti tenuti da un gruppo professionale (l'ingroup) verso un altro gruppo professionale (l'outgroup), possono determinare una discriminazione intergruppi. L'ipotesi che la teoria del contatto suggerisce è che il cambiamento positivo di queste convinzioni e gli atteggiamenti/comportamenti conseguenti possono essere modificati se i diversi gruppi di studenti vengono messi in contatto tra loro, ovvero vengono fatti agire in un setting formativo misto, cioè caratterizzato da più gruppi professionali. Uno degli obiettivi di fondo della formazione interprofessionale (IPE) e dell'apprendimento comune (CL) è quello di portare gli studenti dei diversi gruppi professionali a co-costruire queste condizioni che porteranno al cambiamento degli atteggiamenti intergruppo. Ad esempio, la percezione dell'uguaglianza tra i gruppi può essere raggiunta introducendo la CL nel contesto della formazione istituzionale, quando cioè le gerarchie professionali sono meno definite.

Inoltre, in linea con la teoria dell'identità sociale, affinché il lavoro comune abbia successo occorre che rispettivamente i membri dei gruppi siano percepiti come membri tipici di quel gruppo (Hewstone e Brown, 1986; Barnes et al., 2000), cioè che attraverso il confronto sociale si strutturino

rappresentazioni specifiche delle diverse professioni. Le interazioni tra i gruppi, infatti, sono regolate anche attraverso il confronto tra stereotipi negativi o positivi attribuiti ai gruppi. Le interazioni tra i gruppi, quindi, possono anche essere mediate dal confronto che i membri di un gruppo fanno tra gli stereotipi del proprio gruppo e quelli dell'outgroup. In linea con Stephan e Stephan(1984) si può ritenere, inoltre, che la percezione di somiglianze tra gruppi che interagiscono sia desiderabile. Questi autori hanno concluso che non conoscere l'outgroup porta all'idea che esso sia diverso dal proprio gruppo. Conoscere l'altro gruppo, di contro, potrebbe creare i presupposti di empatia e un senso di identificazione comune (Pettigrew, 1997) che gli studi sul contatto intergruppi hanno mostrato essere due processi responsabili degli esiti positivi che il contatto può avere sulla discriminazione intergruppi. In altre parole, si può ipotizzare che se attraverso percorsi formativi comuni gli studenti arrivano a percepire delle somiglianze tra i diversi gruppi professionali, allora potrebbero esserci le condizioni per sviluppare relazioni positive tra gruppi di professionisti sanitari diversi.

Tuttavia, non occorre dimenticare che, come affermato da Tajfel e colleghi (1971) una percezione delle differenze tra il proprio e un altro gruppo appare determinante nella definizione della propria identità. La propria identità sociale, come quella dei membri dell'altro gruppo, è un importante distintivo nelle relazioni intergruppi (Branscombe et al., 1999; Steele, Spencer e Aronson, 2002). In questo senso, gli stereotipi che vengono attribuiti all'ingroupe che concorrono a definire la propria identità sociale professionale dovrebbero essere visti come distinti da quelli in possesso dall'outgroup. Se non si riescono a trovare queste caratteristiche distintive, le interrelazioni tra gruppi possono indebolirsi (Branscombe et al., 1999). Questa dicotomia, tra somiglianze e differenze tra i gruppi professionali, se opportunamente riconosciuta, rappresenta un'altra condizione di contatto necessaria durante iniziative di IPE.

§5.0.3 Stereotipi ambivalenti e relazioni intergruppi nei contesti sanitari

Ma quali sono le conseguenze degli stereotipi professionali sulla collaborazione/educazione interprofessionale? I risultati degli studi prima di Parker e Chan (1986) e poi di Streed e Stoecker (1991) sugli stereotipi di professionisti sanitari indicano che ogni professionista valuta la propria professione in maniera più positiva rispetto all'altra. Più recentemente uno studio di Coyle e colleghi (2011) ha dimostrato come il processo educativo professionale separato tra le professioni e la conseguente mancata socializzazione pre-professionale inducesse i professionisti fin dalla loro formazione ad identificarsi fortemente con il proprio gruppo professionale e percepire differenze significative con le altre professioni sanitarie. Spesso gli stereotipi dei professionisti della salute sono stati considerati come minacce nella relazione infermiere-medico, supportando la percezione che i medici assumono un ruolo dominante e direttivo, mentre gli infermieri svolgono un ruolo più ausiliario nella cura del paziente (Casanova et al., 2007). Altri studi hanno riportato come i diversi atteggiamenti di infermieri e medici verso la collaborazione infermiere-medico fossero influenzati da diversi fattori tra cui la comunicazione, il rispetto professionale, la disuguaglianza del potere, le aspettative di ruolo e le priorità concorrenti (Hughes e Fitzpatrick, 2010; Thomson, 2007).

Sul piano dei contenuti associati agli stereotipi professionali, la maggior parte delle ricerche nel campo delle relazioni infermieri-medici ha evidenziato che gli infermieri sono generalmente raffigurati con stereotipi 'meno positivi' (per esempio comuni e meno competenti) dei medici (per esempio competenti e agentici) (Cuddy et al., 2007, Cuddy et al., 2008). Questa prospettiva è in accordo con il Stereotype Content Model (SCM, Modello del Contenuto degli Stereotipi; Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002), secondo cui gli stereotipi non sono né monovalenti, né unidimensionali. La SCM (Fiske, et al., 2002; Cuddy et al., 2008) prevede, infatti, che le dimensioni di contenuto degli stereotipi si articolino attorno a due nuclei fondamentali che con molta probabilità sono correlati negativamente: la competenza e il calore. Al primo nucleo tematico vengono riconosciuti alcuni tratti caratterizzanti come: ambizione, intelligenza, capacità di raggiungere il potere prestigio sociale; al secondo nucleo invece vengono

attribuiti tratti come: semplicità, sincerità, attenzione alla famiglia. Secondo questa prospettiva, competenza e calore rappresentano due aspetti di riferimento attraverso i quali gli individui cercano di categorizzare persone e gruppi considerando le loro capacità (competenza) e le loro intenzioni (calore). Secondo questo modello teorico, gli stereotipi sono mirati a seconda dalla relazione intergruppi e dello status del gruppo. Così, un gruppo viene percepito come caldo se non è in concorrenza per le risorse con il proprio gruppo. La competenza di un gruppo è invece in relazione con lo status del gruppo: i gruppi con status maggiore sono percepiti come più competenti rispetto a quelli con basso status gruppi.

In accordo con SCM, il modo in cui un gruppo è raffigurato determina il modo in cui i membri si comporteranno con altri gruppi e come altri gruppi si comportano con quel gruppo (Cuddy et al., 2007; 2008). Gli stereotipi sono, infatti, più di un elenco di aggettivi attribuibili ad un gruppo; essi non solo contribuiscono alla spiegazione del motivo per cui quel gruppo ha quelle determinate caratteristiche, ma individuano anche le aspettative circa il comportamento dei membri di tale gruppo verso altri, specialmente quando i gruppi hanno status diversi (Cuddy et al., 2008) e quando vi sono più di due gruppi (Caricati et al., 2010). In questo modo, se i membri percepiscono l'in-group come competente, è più probabile che essi limiteranno la collaborazione con l'out-group che viene percepito come meno competente (Cuddy et al., 2007). Metterebbero, quindi, in atto un comportamento c.d. "passive harm" attraverso cui i gruppi più competenti limiterebbero l'interazione con out-group meno competenti (ad esempio ignorandoli). Viceversa, se i membri di un gruppo ritengono l'in-group meno competente rispetto ad un altro gruppo, è poco probabile che mettano in discussione tale condizione. La SCM, identifica tale comportamento come "passive facilitation", cioè un comportamento di accettazione obbligatoria o cooperazione conveniente (Cuddy et al., 2008). Le conseguenze di una visione stereotipica ambivalente dei gruppi, vale a dire la rappresentazione di un gruppo come competente, ma non caldo, può far sì che le differenze tra questi gruppi diventino accettabili e quindi giustificate e mantenute dai membri di entrambi i gruppi. Tajfele Turner (1979) avevano già affermato che gli stereotipi sociali aiutano le persone a giustificare le differenze sociali

esistenti tra gruppi. Secondo la prospettiva sopra indicata, possiamo affermare che gli stereotipi ambivalenti fanno sì che le persone razionalizzino e accettino le gerarchie sociali esistenti. Ad esempio, è stato dimostrato che le persone esposte a stereotipi ambivalenti come 'povero ma felice' o 'ricco ma disonesto' sono più favorevoli ad accettare la gerarchia degli status di persone esposte agli stereotipi non ambivalenti (Kay e Jost, 2003; 2005).

Gli stereotipi ambivalenti e il loro effetto sulle relazioni intergruppo sono particolarmente importanti per le relazioni infermiere-medico, sia fra i professionisti già formati, sia fra gli studenti (Carpenter et al., 2003). Nel caso delle professioni sanitarie e degli studenti, l'ambivalenza degli stereotipi significa che ogni gruppo professionale ha un insieme di punti di forza che bilancia i suoi punti di debolezza, facendo sì che la differenza interprofessionale tra infermieri e medici diventi accettabile. In questo modo, infermieri e medici, nonché studenti di medicina e infermieristica, possono percepire e giustificare la differenza tra le professioni e si possono creare i presupposti per attivare processi di IPE e il migliorare così la collaborazione inter-professionale.

Uno dei risultati dello studio già citato di Liaw e colleghi (2014) ha evidenziato, confermando i diversi studi circa gli stereotipi dei professionisti della salute (Carpenter, 1995a; Hean et al., 2003; 2006; Rosensthein et al., 2008), come infermieri e medici fossero fundamentalmente raffigurati con stereotipi ambivalenti: gli infermieri come communal, ovvero con maggiori competenze relazionali, ma meno agentici, ovvero con limitate competenze rispetto a leadership, decisionmaking, e autonomia. I medici di contro, come agentici, ovvero con maggiori competenze decisionali, leadership e autonomi, ma con minor competenze relazionali e al lavoro di gruppo. Analogamente, i dati dello studio di Hean e colleghi (2003) hanno confermato che i medici, erano stati percepiti come aventi un ruolo di leadership più forte e valutati più favorevolmente sul processo decisionale e autonomia. Nello studio, inoltre, sono state messe in evidenza alcune caratteristiche comuni alle professioni ovvero la fiducia e le competenze professionali che hanno riportato medie alte in tutte le professioni. Inoltre i

dati hanno messo in evidenza che i profili di infermieri e medici sono stati percepiti i più diversi tra loro. In generale questi dati suggeriscono che gli studenti hanno una immagine più definita e stereotipata di medici, farmacisti, infermieri, ostetriche e assistenti sociali come gruppi professionali. Da questi profili proviene l'indicazione che i medici e i farmacisti sono visti come uno sottoinsieme del professioni sanitarie con caratteristiche distintive rispetto alle altre professioni, quali alta capacità accademiche e di autonomia. Ostetriche, infermieri e assistenti sociali sono un altro sottoinsieme con caratteristiche distintive come alte capacità relazionali e di lavorare in team.

Dal punto di vista evolutivo/storico, poche sono in generale le differenze emerse tra le percezioni degli studenti di altri gruppi professionali all'orlo primo anno di formazione (es. Hean et al., 2003), o alla fine della formazione (es Carpenter, 1995a; 1995b) o già formati (come Barnes et al., 2000; Carpenter et al., 2003). Ciò suggerisce che le opinioni tradizionali stereotipate hanno persistito nonostante nel processo formativo delle professioni sanitarie sono stati effettuati profondi cambiamenti negli ultimi anni. Ad esempio, la formazione ha assunto una connotazione universitaria per quasi tutte le professioni (Kaler et al., 1989), sono stati introdotti corsi di comunicazione per gli studenti di farmacia (Hughes e McCann, 2003; Owens e Gibbs, 2001), anche la composizione del genere nei gruppi professionali come quello del CdS di medicina e infermieristica sono cambiati (British Medical Association, 2004), come si sono modificati i ruoli e le funzioni infermieristiche e fisioterapiche (Department of Health, 2000).

Le modifiche legislative dei profili e dei percorsi formativi dei vari gruppi professionali, dovrebbero, quindi, avere apportato dei cambiamenti nelle immagini pubbliche e professionali dei gruppi professionali stessi. Tuttavia, i dati degli studi riportati suggeriscono che il cambiamento degli stereotipi di alcuni gruppi professionali tarda ad arrivare. Ad esempio, considerando la caratteristica della leadership ci si potrebbe aspettare un incremento nell'attribuzione di questa caratteristica a gruppi professionali altri rispetto a quello medico. Questo può essere particolarmente il caso per gli infermieri. Ma, nonostante gli importanti sviluppi sul ruolo esercitato e le competenze

avanzate acquisite con percorsi accademici riconosciuti, la capacità di decisionmaking sembra ancora essere sottovalutata in questi gruppi.

§5.0.4 Studio sugli studenti universitari: obiettivi e ipotesi

In sintesi, i risultati degli studi qui riportati, anche se in maniera differenziata, suggeriscono che gli studenti distinguono chiaramente tra i gruppi professionali in termini di capacità relazionali, capacità accademiche e capacità di lavorare in team. Mentre i gruppi professionali sono visti come più simili e meno distinti sulle restanti caratteristiche, come la competenza professionale e soprattutto la fiducia. Purtroppo i processi formativi delle professioni sanitarie (mediche e non) non prevedono ad oggi dei momenti formali di formazione interprofessionale. Tali momenti potrebbero favorire la trasformazione di alcuni stereotipi tradizionali che, di fatto, contribuiscono a mantenere le differenze di status tra i diversi gruppi professionali e le gerarchie tradizionali. Le teorie psicosociali, ed in particolare quelle ispirate alla teoria del contatto, suggeriscono dal canto loro quanto la IPE, attraverso il contatto con altre professioni, possa contribuire a migliorare la collaborazione interprofessionale – futura nel caso degli studenti in formazione. Partendo da tali presupposti lo studio in questione ha cercato di verificare come alcune variabili che concorrono alla facilitazione della IPC e quindi a favorire la relazione tra gruppi professionali (stereotipi e l'identità professionale) – il contatto intergruppi attraverso le esperienze di tirocinio – possano modificare gli stereotipi professionali e, di conseguenza, incidere sul processo di formazione dell'identità professionale.

Questo primo studio è stato quindi rivolto agli studenti di infermieristica, agli studenti di medicina e agli studenti OSS (Operatori Socio Sanitari).

Le domande a cui questo studio ha cercato di rispondere sono:

- A) Come si differenziano gli stereotipi professionali tra i gruppi di studenti delle professioni sanitarie considerate?
- B) Quali relazioni possono essere rilevate tra identità professionale, stereotipi e atteggiamento verso l'educazione interprofessionale?

C) In che misura gli stereotipi si modificano in seguito alle esperienze di tirocinio?

D) In che misura le relazioni alla domanda B) si modificano in seguito alle esperienze di tirocinio?

In relazione alle evidenze riportate circa le relazioni tra identità professionale (futura), atteggiamento verso l'educazione professionale, stereotipi ed esperienze di tirocinio comune, sono state formulate le seguenti ipotesi di ricerca, qui distinte in funzione dei costrutti considerati:

Atteggiamento verso l'Inter-Professional Education (IPE)

- 1) L'atteggiamento verso la IPE rilevato prima dell'esperienza di tirocinio sarà minore rispetto a quello rilevato dopo l'esperienza di tirocinio;
- 2) L'identità professionale modererà l'effetto del tirocinio sull'atteggiamento verso la IPE; quindi l'effetto del tirocinio sarà maggiore quando l'identificazione professionale è bassa rispetto a quando l'identificazione professionale, rilevata prima dell'esperienza del tirocinio, è alta;
- 3) In virtù di una visione più 'autonoma' della propria professione, una maggiore agenticità percepita ridurrà gli atteggiamenti verso l'IPE; al contrario, per una visione più interdipendente, valori maggiori di comunaltà aumentano gli atteggiamenti verso la IPE.

Stereotipi professionali

- 1) I medici si percepiranno come più agentici che comunali e percepiranno gli altri due gruppi (infermieri e OSS) come più comunali che agentici. L'effetto contrario avverrà per infermieri e OSS.
- 2) Il tirocinio aumenterà la percezione di agenticità delle professioni e ridurrà la percezione della comunaltà delle professioni (favorisce una visione contro-stereotipica)
- 3) L'effetto del tirocinio sulla percezione stereotipica sarà moderata dall'identificazione professionale, in modo tale che una percezione contro-stereotipica sarà più forte in coloro che si identificano meno con la professione.

La revisione della letteratura sull'argomento ha messo in evidenza, tra l'altro, la scarsità di studi sull'argomento ed in Italia in particolar modo. Di conseguenza, mancano anche, in Italia, strumenti validi per rilevare i costrutti del modello di ricerca di questo primo studio. Per questo è stato condotto uno studio preliminare (studio pilota). Essa ha avuto l'obiettivo di individuare al meglio e scegliere gli strumenti da utilizzare nello studio per la verifica delle ipotesi formulate.

I capitoli seguenti illustrano sia lo studio pilota che il primo studio.

§5.1 STUDIO PILOTA: VALIDAZIONE DELLE SCALE

§5.1.1 Obiettivo

L'obiettivo dello studio pilota era quello di testare la validità di alcune scale da utilizzare nel primo studio. In particolare le scale selezionate e sottoposte a verifica empirica riguardavano:

- La percezione del prestigio delle professioni;
- Gli aggettivi da utilizzare per la definizione degli stereotipi attribuiti alle singole professioni (auto-etero attribuite);
- Una scala per misurare all'atteggiamento verso la collaborazione interprofessionale
- Una scala per rilevare l'identità professionale (futura)

§5.1.2 Disegno di ricerca

Il disegno di ricerca ha visto la somministrazione dello stesso questionario in due tempi differiti, prima (t_0) e dopo (t_1) aver effettuato il tirocinio. In entrambe le compilazioni agli studenti è stato chiesto di indicare: le iniziali di cognome e nome della propria madre, l'anno di nascita della propria madre l'anno di nascita proprio. In tal modo si è potuto "costruire" un codice identificativo che permettesse poter effettuare il match tra i questionari compilati prima e dopo il tirocinio garantendo allo stesso tempo l'anonimato.

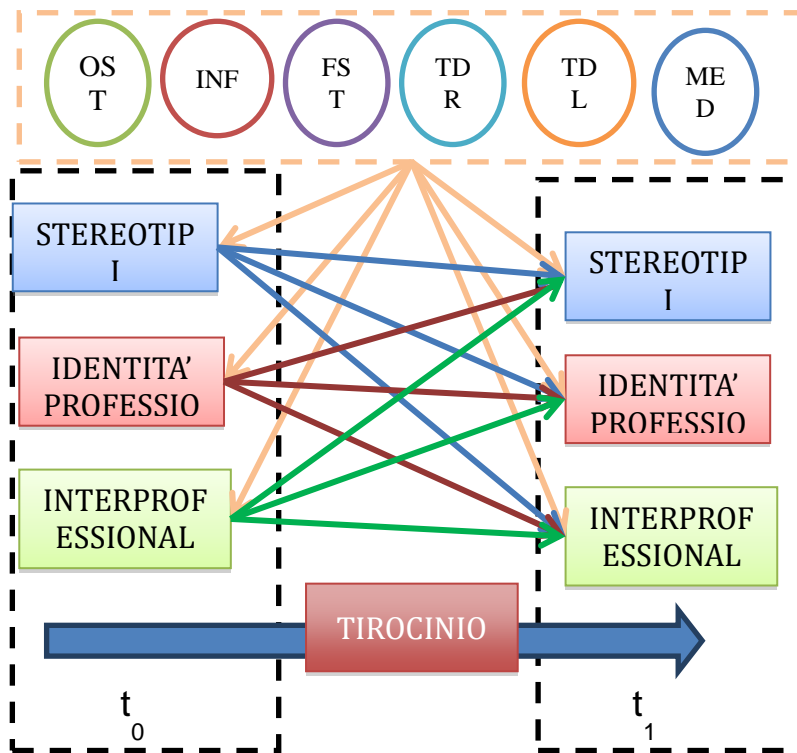


Figura 5.1 Disegno di ricerca studio pilota

Legenda:

FST= Fisioterapisti INF= infermieri MED= Medici OST= Ostetriche
TDR= Tecnici di Radiologia TDL= Tecnici di Laboratorio

La figura sopra riportata identifica il disegno di ricerca dello studio pilota. In alto sono riportati i gruppi di studenti a cui è stato somministrato il questionario al t₀, prima del tirocinio e al t₁, dopo il tirocinio. In entrambi i momenti sono state somministrate scale atte a misurare alcune variabili (stereotipi, identità professionale e atteggiamento verso la formazione interprofessionale).

§5.1.3 Strumento

Lo strumento messo a punto per questa ricerca è un questionario strutturato, anonimo, composto da diverse scale.

Stereotipi. Gli stereotipi professionali degli studenti sono stati raccolti utilizzando una scala in cui si chiedeva agli studenti di valutare per ciascuna professione (Medici, Infermieri, Ostetriche, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici di Laboratorio, Fisioterapisti): capacità relazionali, competenze professionali, capacità di leadership, capacità di essere un

membro di un team, autonomia, fiducia, processo decisionale e competenze pratiche, attraverso una scala Likerta 5 punti (da 1=molto basso a 5=molto alto). Questo strumento è un adattamento di quello utilizzato da Barnes e colleghi (2000).

A questi item sono stati aggiunti altri per valutare, per ciascuna professione:

La capacità di collaborare

La capacità di comunicare

La disponibilità a condividere le decisioni

La disponibilità a condividere le responsabilità

Identità professionale futura. Per indagare tale costrutto sono stati utilizzati 6 item a cui gli intervistati rispondevano attraverso una scala Likerta 5 punti (1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo) estratti dalla Professional Identity State Questionnaire (PISQ-5d, Marletta et al. 2014) adattata per gli studenti (Mancini et al., 2015) (es.: E' importante per me essere un futuro/a...).

Formazione interprofessionale (atteggiamento verso la...). E' stata misurata attraverso l'adattamento della *Readiness Inter-professionale Learning Scale* (RIPLS, Parsell e Bligh 1999) nella versione validata da ElZubeir e colleghi (El-Zubeir, Rizk et Al-Kalil, 2006). Questo strumento è stato ampiamente utilizzato in letteratura per misurare l'atteggiamento degli studenti delle professioni sanitarie verso l' IPE. Dal momento che non esiste una versione italiana della scala RIPLS, gli item originali sono stati tradotti da tre giudici seguendo un approccio interattivo (Douglas e Craig 2007).

La versione della RIPLS utilizzata prevedeva 19 item suddivisi in tre fattori:

- *Teamwork e collaboration*: composto da 9 item (es: Sono disponibile a lavorare su progetti in piccoli gruppi con altri studenti delle professioni sanitarie);
- *Professional Identity*: composto da 5 item (es: Le abilità a risolvere problemi clinici dovrebbero essere apprese solo con studenti della propria disciplina);

- *Patient-centredness*: composto da 5 item (es: E' importante per me stabilire un rapporto di fiducia con i pazienti)

Si è convenuto, però, che gli item che si riferiscono al fattore "Patientcentredness" fossero ignorati perché non strettamente correlati all'IPE. Tutto ciò ha portato, quindi a identificare 14 itema cui gli intervistati dovevano rispondere attraverso una scala Likert a 5 punti (1 = completamente d'accordo, 5 = completamente d'accordo).

Percezione del prestigio professionale. Per questa misura è stato chiesto ai partecipanti di stilare una graduatoria delle sei professioni (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia) in base al loro prestigio sociale (1 = professione più prestigiosa; 6 = professione meno prestigiosa).

Contatto intergruppo. Per la misura di questa variabile è stata considerata la quantità di ore di formazione pratica (tirocinio) che gli studenti avevano già fatto. Valori maggiori sono stati concepiti come un indicatore di elevato livello di contatto intergruppo.

A completamento sono stati rilevati alcuni dati socio anagrafici

§5.1.4 Modalità raccolta dati

Il questionario è stato strutturato in una versione on-line e, dopo aver chiesto e ottenuto l'autorizzazione da parte dell'Università, agli studenti oggetto dello studio è stata inviata una e-mail in cui era riportato il link a cui collegarsi per rispondere al questionario. La raccolta dei dati, per questo studio pilota, è stata realizzata da gennaio 2015 a settembre 2015.

Il questionario è stato proposto a tutta la popolazione degli studenti dei seguenti corsi di Laurea dell'Università di Parma, prima (t0) e dopo lo svolgimento del tirocinio (t1): Infermieri (240), Ostetriche (30), Fisioterapisti (50), Tecnici di Radiologia (20), Tecnici di Laboratorio (30), Medici (tutte le specializzazioni) (240).

Per completezza della raccolta dei dati, lo stesso questionario è stato somministrato anche agli studenti che al (t0) abbiano già svolto il tirocinio, ma tali dati non saranno oggetto di analisi dello studio longitudinale.

I questionari, sebbene identici nel contenuto, riportano in maniera random l'ordine con cui le professioni sono proposte per le misure.

§5.1.5 Campione

La tabella qui di seguito (tabella 5.1) riportatamostra il campione degli studenti che hanno risposto al questionario in funzione del corso di laurea frequentato e considerando l'universo degli studenti frequentanti i diversi corsi di laurea.

CdL	Rispondenti / Universo studenti per corso di laurea	% (risponde nti x corso di laurea)	%(campione)
Fisioterapia	33/50	66	6.9
Infermieristica	224/240	93	47.2
Medicina	159/240	66	33.5
Ostetricia	19/30	63	4
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica	20/20	100	4.2
Tecnici di Laboratorio	20/30	67	4.2
Totale	475/610	78	100

Tabella 5.1 Il campione dello studio pilota

Rispetto al sesso le femmine (N 305, 64.8%) risultano sovrarappresentate rispetto ai maschi (n 166, 35.2%). L'età media del campione è pari a 23.26 anni con una deviazione standard di 4.41 (range 18-53 anni).

§5.1.6 Risultati: Statistiche descrittive e proprietà psicometriche delle scale

Per valutare le proprietà psicometriche delle scale utilizzate sono state di volta in volta utilizzate analisi fattoriali esplorative per le scale degli stereotipi e dell'identità e un'analisi fattoriale confermativa per la scala dell'atteggiamento verso la formazione interprofessionale. La valutazione è stata completata con l'indice di affidabilità alpha di Cronbach.

Percezione del prestigio professionale

Ricordando che la scala indicava 1= professione con maggior prestigio e 6= la professione con minor prestigio, la tabella 5.2 mostra i valori medi registrati auto ed etero attribuiti del campione

Prestigio attribuito a:	Med	Fst	Inf	Ost	TdR	TdL	M
Medici (Med)	1.66	1.64	1.67	1.16	1.55	2.20	1.66
Fisioterapisti (Fst)	2.90	2.48	2.84	2.00	3.25	3.00	2.83
Infermieri (Inf)	3.11	3.73	2.89	2.89	2.95	3.45	3.04
Ostetriche (Ost)	3.02	3.61	3.27	2.44	3.79	3.75	3.22
Tecn di Radiologia (TdR)	3.77	3.97	3.69	3.68	3.20	3.70	3.72
Tecnici di Laboratorio (TdL)	4.00	4.61	3.88	4.37	4.65	3.77	4.02

Tabella 5.2. Prestigio attribuito alla propria e alle altre professioni da parte del campione (valori medi – in grassetto i valori auto-attribuiti)

La tabella mostra come tutte le professioni indichino in quella medica la professione con maggior prestigio, confermando in maniera indiretta lo status superiore del gruppo dei medici rispetto alle altre professioni sanitarie.

Stereotipie

Per valutare la bontà della scala utilizzata è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa delle componenti principali (autovalori >1) e rotazione Varimax sull'intero campione.

L'analisi ha mostrato buoni indici di fattorializzabilità ($KMO = 0.875$; Sfericità di Bartlett $Chi_2(55)=278.919$; $p=0.000$). Occorre sottolineare che l'analisi fattoriale è stata fatta considerando le stereotipie auto attribuite dagli studenti, cioè attribuite alla propria professione (ingroup).

Spiegando una varianza totale del 64% , l'analisi mostra come si riconoscono due fattori (Tabella 5.3): uno definito agentic (ovvero caratterizzato da aggettivi che rimandano all'assertività /controllo/assegnare compiti) e uno definito comunale (ovvero caratterizzato da attenzione al benessere altrui/ supportare e collaborare con gli altri) .

Entrambi i fattori hanno riportato un ottimo valore di affidabilità interna, nel primo fattore l' α di Cronback era pari a 0.91, nel secondo 0.80.

La tabella 5.3 riporta i valori delle saturazioni fattoriali rilevate dopo la rotazione

	Comunale	Agentico
Capacità di collaborare con le altre figure sanitarie	0.86	0.22
Capacità di comunicare con le altre figure sanitarie	0.85	0.2
Disponibilità a condividere le decisioni	0.79	0.14
Abilità interpersonali (calore umano, simpatia...)	0.75	0.14
Abilità di lavorare in gruppo	0.71	0.29
Abilità pratiche	0.60	0.18
Disponibilità a condividere le responsabilità	0.59	0.17
Competenze professionali	0.33	0.54
Capacità di leadership	0.22	0.60
Abilità di lavorare in autonomia	0.13	0.71
Abilità di prendere decisioni	0.08	0.88

Tabella 5.3 Analisi fattoriale scala stereotipie: saturazioni fattoriali

La tabella 5.4 mostra i valori medi sulle dimensioni “agentico” e “comunale” per le singole professioni e la figura 5.1 ne descrive i profili in termini di differenza tra attribuzioni agentiche e comunali.

Valori medi	Studenti di:					
	Fisioterapia	Infermeristica	Medicina	Ostetricia	Tecnici Sanitari di Radiologia Medica	Tecnici di Laboratorio
Agentico	3,90	3,88	4,31	3,55	3,73	3,76
Comunale	3,93	4,24	3,38	3,42	3,76	3,76

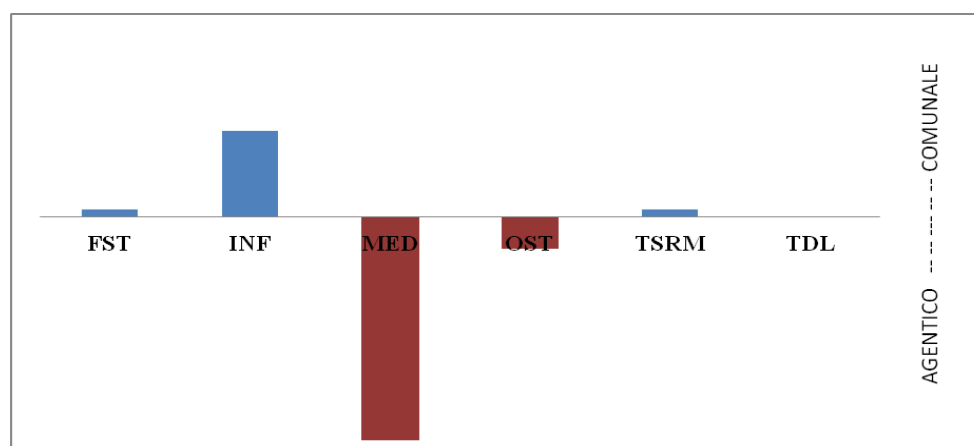


Grafico 5.1 Differenza tra i valori dei fattori Agentico vs Comunale

FST= Fisioterapisti

INF= infermieri

MED= Medici

OST= Ostetriche

TDR= Tecnci di Radiologia

TDL= Tecnici di Laboratorio

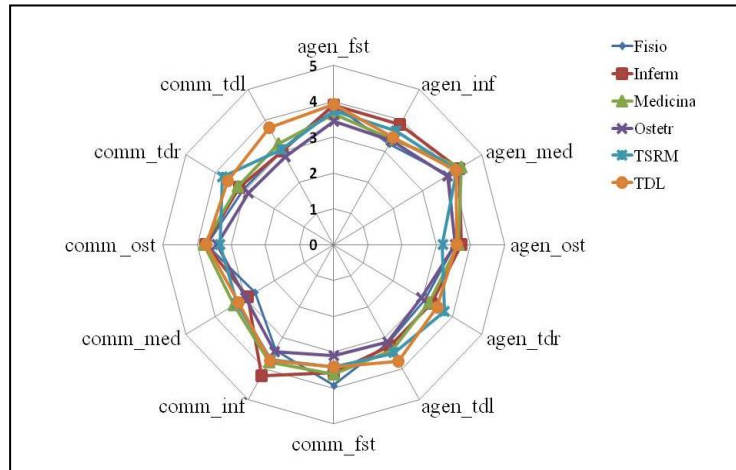


Grafico 5.2 valori attribuiti ai fattori della scala delle stereotipie

La tabella e ancora di più il grafico mostrano come per alcune professioni come Fisioterapia, Ostetricia, Tecnici Sanitari Radiologia Medica, Tecnici di Laboratorio le differenze siano minime, mentre per Medici e Infermieri i valori oltre ad avere sensibili differenze sono tra loro invertiti.

Se invece consideriamo le valutazioni dell'intero campione, ovvero dove tutti valutano tutti, il grafico 5.2 mostra come le attribuzioni tra le professioni non si discostano di molto, come se le attribuzioni fossero "universalmente" riconosciute tra gli studenti dei diversi corsi di laurea.

Atteggiamento verso Formazione interprofessionale

Visto l'obiettivo dello studio pilota, la principale analisi effettuata sulla scala RIPLS (ricordiamo che la versione da noi usata riconosce due fattori: Teamwork- Collaboration e Professional Identity) è rappresentata da una analisi fattoriale confermatrice con metodo della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore.

Nelle pagine seguenti sono riportati i modelli testati, ovvero: ad unico fattore (Grafico 5.3) a due fattori (Grafico 5.4) e ad un fattore più un secondo fattore di metodo (Grafico 5.5).

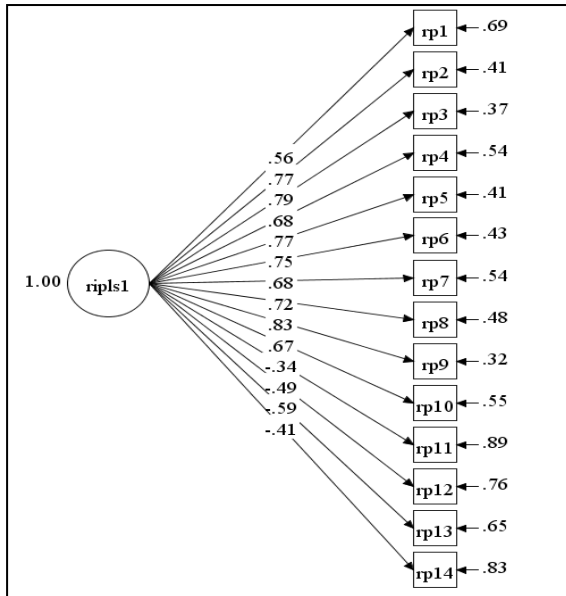


Grafico5.3
Modello ad un fattore

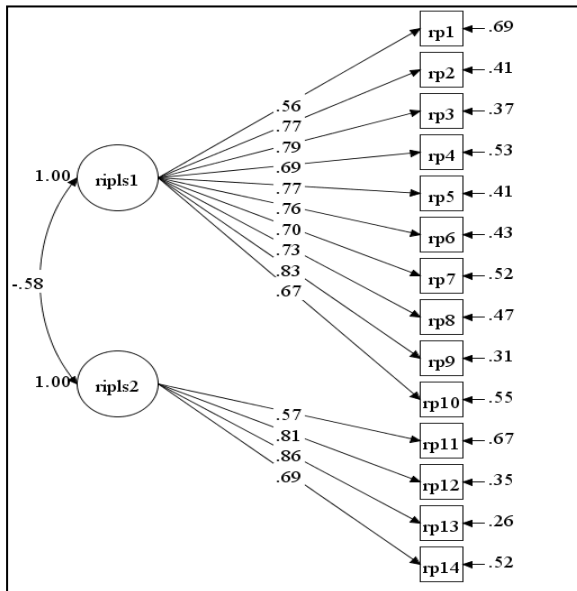


Grafico5.4
Modello a due fattori

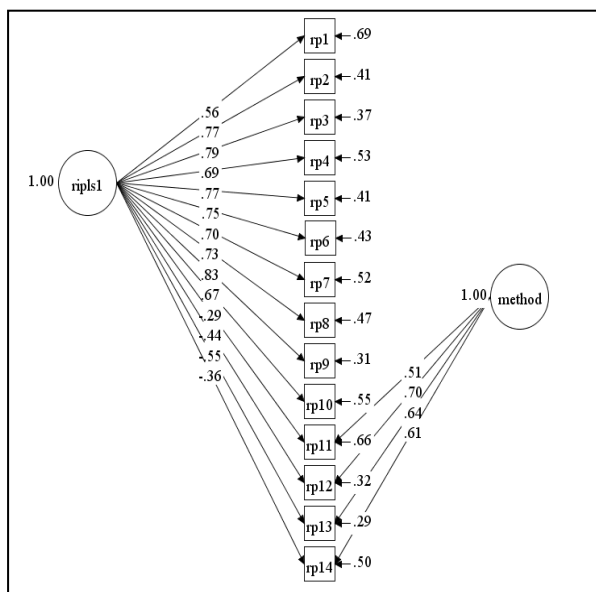


Grafico5.5
Modello ad un fattore + metodo

Se si considera, infatti, che gli item del secondo fattore sono tutti “negativi”, è ragionevole supporre che il fattore considerato non sia un fattore “reale”, quanto piuttosto un fattore di metodo. Pertanto ci è sembrato opportuno effettuare un confronto degli indici di adattamento tra i tre modelli testati (vedi tabella 5.2)

	Df	AIC	BIC	Chisq	Chisqdiff	Df	p	
Unico Fattore	74	15932	16120	441.56				
Due Fattori	76	15827	16006	340.17	-55.691	2	0,000	***
Un Fattore + metodo	73	15819	16011	326.48	10.26	3	0,0164	*

Tabella5.2 Tabella confronto tra gli indici di adattamento dei tre modelli testati

Dal confronto degli indici di adattamento si evince che il modello ad un fattore più quello di metodo è migliore anche di quello a due fattori. Quindi, abbiamo optato sull’uso degli item che saturano soltanto il primo fattore (item da 1 a 10), anche alla luce della necessità di ridurre l’impegno dei rispondenti alla risposta del questionario già articolato con diverse scale. Il fattore così identificato, riporta un fattore α di Cronback pari a 0.91. A completare l’analisi dei dati sulla scala considerata si riporta di seguito un grafico (Grafico 5.6) che mostra i valori del fattore unico (team work e collaborazione) rilevato per le singole professioni.

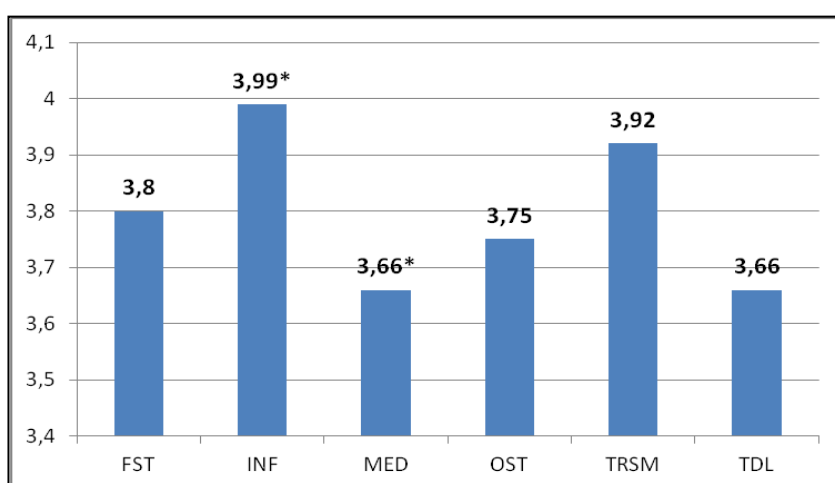


Grafico 5.6 Valori medi RIPLS (Team work – Collaboration) per professione
 FST= Fisioterapisti INF= infermieri MED= Medici
 OST= Ostetriche TDR= Tecnici di Radiologia TDL= Tecnici di Laboratorio
 * differenza delle medie è significativa a livello 0,05

$$F(5,468) = 3.65, p = 0.003, \eta^2 = 0.037$$

Il grafico mostra i valori misurati della RIPLS (fattore Teamwork-Collaboration) ed effettuando una ANOVA (test post-hoc Bonferroni) si evidenzia che emergono differenze statisticamente significative tra gli studenti di medicina e infermieristica che riportano punteggi significativamente più alti dei primi.

Identità professionale (futura)

Anche per questa scala, visto l'obiettivo dello studio pilota, è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa. La tabella sotto riporta (Tabella 5.3) riporta i valori delle saturazioni fattoriali rilevate.

Per valutare la bontà della scala utilizzata è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa delle componenti principali (autovalori > 1) e rotazione Varimax sull'intero campione. L'analisi delle componenti principali spiega il 59% della varianza totale e come riportato identifica un solo fattore (α di Cronbach = 0.84).

E' importante per me essere un futuro/a...	.849
Mi sento realmente un futuro/a...	.583
Sono contento di diventare un/una....	.879
Sono orgoglioso di diventare un/una...	.835
Mi capita di pensare che sarebbe meglio prepararsi per svolgere un'altra professione*	.721
Sto valutando la possibilità di cambiare facoltà per potere svolgere in futuro un'altra professione*	.723

Tabella 5.3 Analisi fattoriale scala identità: saturazioni fattoriali (* item invertiti)

Così come fatto per la scala RIPLS si riporta di seguito il grafico (5.7) che mostra i valori della scala dell'identità (futura) rilevata in funzione dei diversi gruppi di studenti considerati.

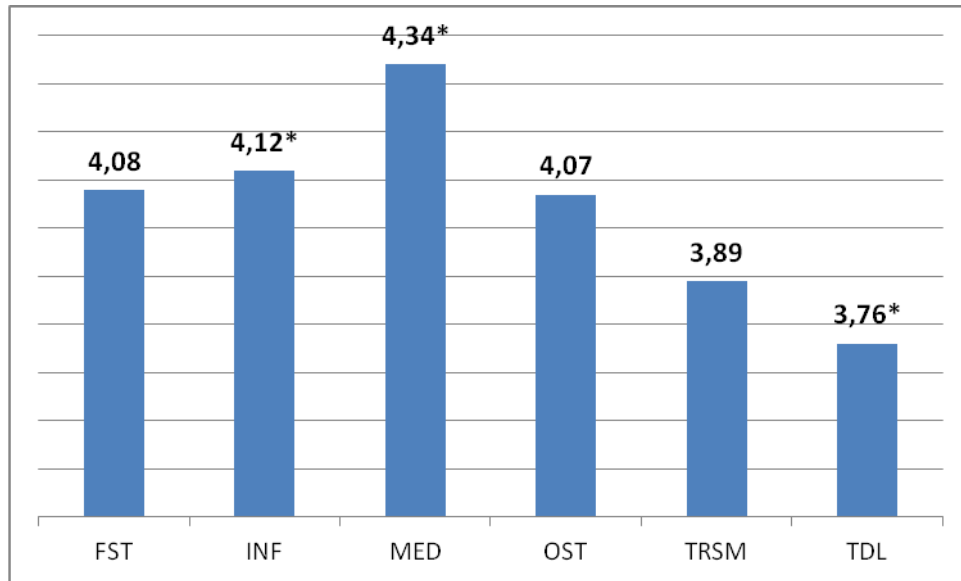


Grafico 5.7 Valori medi scala Identità Professionale

FST= Fisioterapisti INF= infermieri MED= Medici
 OST= Ostetriche TDR= Tecnici di Radiologia TDL= Tecnici di Laboratorio

* La differenza delle medie è significativa a livello 0.05

$F(5,469) = 4.16, p = 0.001 \eta^2 = 0.042$

Il grafico mostra i valori misurati dell'identità professionale futura, ed effettuando una ANOVA (test post-hoc Bonferroni) si evidenzia che emergono differenze statisticamente significative tra gli studenti di medicina ed infermieristica e tra gli studenti di medicina e gli studenti tecnici di Laboratorio in entrambi i casi i medici riportano valori maggiori.

A completamento dell'analisi dei dati si riporta la tabella delle correlazioni tra le variabili misurate (Tabella 5.4).

	1	2	3	4	5
Ripis (Teamwork e Collaborazione) (1)	-				
Identità Professionale (2)	-0.03	-			
Agentico (in group) (3)	0.00	0.39**	-		
Comunale (ingroup) (4)	0.15**	0.16**	0.42**	-	
Ore tirocinio (5)	0.07	-0.06	-0.13**	0.17**	-

Tabella 5.4 - Correlazioni tra le variabili

Le due dimensioni stereotipiche hanno una correlazione positiva alta e significativa e correlano entrambe positivamente con l'identità professionale, anche se la correlazione è più forte nel caso della dimensione

agentica che di quella comunale. Soltanto la dimensione comunale correla positivamente con la RIPLS che non correla con nessuna delle altre variabili considerate in questo studio. Infine, mentre la dimensione comunale correla positivamente con le ore di tirocinio, quella agentica correla negativamente.

§5.1.7 Discussione

Uno dei primi obiettivi dello studio pilota era quello dell'analisi della percezione dei rispondenti circa il prestigio attribuito alle singole professioni. Appare evidente che tutti gli studenti, a prescindere dal corso di laurea frequentato, abbiano indicato in quella medica la professione più prestigiosa, in linea con quanto riportato in letteratura (si veda per esempio: Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar e Taylor, 2010). Sono invece gli studenti intervistati del CdS di Tecnici di Laboratorio a percepirsi e ad essere percepiti come studenti di una professione che almeno nell'ambito del contesto ospedaliero è considerata come quello di minor prestigio. Rispetto alla percezione del prestigio attribuito alla propria futura professione i risultati sembrano confermare quanto definito dalla SIT, ovvero che gli studenti di ciascun corso di laurea tendono a mostrare un favoritismo ingroup nel riconoscere alla propria professione futura più prestigio rispetto a quello ad essa riconosciuto dagli studenti di altri corsi di laurea, confermando i risultati degli di Parker e Chan (1986) e di Streed e Stoecker (1991).

In relazione agli obiettivi di validazione delle scale di questo studio pilota i risultati mostrano la validità dello strumento proposto per la rilevazione della percezione di prestigio attribuito alla propria professione futura.

La scala utilizzata per la misura degli stereotipi percepiti ha confermato non solo il quadro concettuale teorico della SCM (Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002), ma anche i risultati riportati in letteratura rispetto agli stereotipi attribuiti alle professioni sanitarie. In letteratura, infatti, come in questo studio pilota, i medici sono percepiti con maggior competenze accademiche (uno stereotipo agentico) rispetto alle altre professioni sanitarie (per esempio: Barnes, 2000), mentre le altre professioni sanitarie sono percepite con maggiori competenze interpersonali e maggiormente propensi a lavorare in team (stereotipo comunale) rispetto ai medici e in parte anche alle

ostetriche (per esempio:Tunstall-Pedoe et al., 2003). Tutto ciò, insieme alle proprietà psicometriche rilevate, conferma, quindi, la congruenza teorica e la validità empirica di questa scala nello studio degli stereotipi auto ed etero-attribuiti alle professioni sanitarie.

Rispetto alla scala RIPLS l'analisi fattoriale confermativa ha testato tre diversi modelli ed ai risultati delle analisi si evince che il modello ad un fattore più quello di metodo è il migliore. Quindi, abbiamo optato sull'uso del primo fattore, anche alla luce della necessità di ridurre l'impegno dei professionisti alla risposta del questionario già articolato con diverse scale.

Dalle analisi delle medie misurate per il campione considerato si evince che solo tra gli studenti di medicina ed infermieristica vi è una significatività delle differenze, mentre per gli studenti degli altri corsi di laurea i risultati sembrano "appiattirsi". Questo aspetto, unito alla difficoltà di reclutare gli studenti di altre professioni sanitarie, ci ha indotto a riconsiderare il numero delle professioni da includere nello studio 1 in cui sono stati presi in considerazione gli studenti della professione medica e infermieristica e gli studenti dei corsi OSS. Questi rappresentano, infatti, i tre gruppi professionali che principalmente si trovano contemporaneamente a effettuare tirocini nei reparti e quindi ad essere in "contatto" tra loro fin dalle fasi formative, sebbene in processi non strutturati e finalizzati all'apprendimento comune.

Per quanto riguarda invece la scala sull'identità professionale, questa ha mostrato la sua bontà attraverso l'analisi fattoriale che ne ha confermato l'identificazione di un unico fattore. Anche per questa scala il confronto delle medie rilevate tra gli studenti dei diversi corsi di laurea hanno confermato la presenza di differenze significative principalmente tra medici ed infermieri che corroborano la scelta di escludere dallo studio empirico le altre professioni considerate in questo studio pilota.

§5.2 STUDIO 1

§5.2.1 Disegno di ricerca

Visti gli obiettivi della ricerca (§5.0.4), questo studio si propone come uno studio longitudinale per rilevare gli effetti del tirocinio su atteggiamenti nei confronti della formazione interprofessionale, l'identità professionale futura e gli stereotipi professionali degli studenti iscritti ai corsi di laurea in medicina e scienze infermieristiche e degli studenti dei corsi di formazione per operatori sanitari.

Il disegno di ricerca ha previsto la somministrazione del questionario in due tempi differiti: prima (t_0) e dopo aver effettuato il tirocinio (t_1). In entrambe le compilazioni ai rispondenti è stato chiesto di indicare: le iniziali di cognome e nome della propria madre, l'anno di nascita della propria madre l'anno di nascita proprio. In tal modo si è potuto "costruire" un codice identificativo che permettesse di garantire allo stesso tempo l'anonimato e poter effettuare il match tra i questionari compilati prima e dopo il tirocinio.

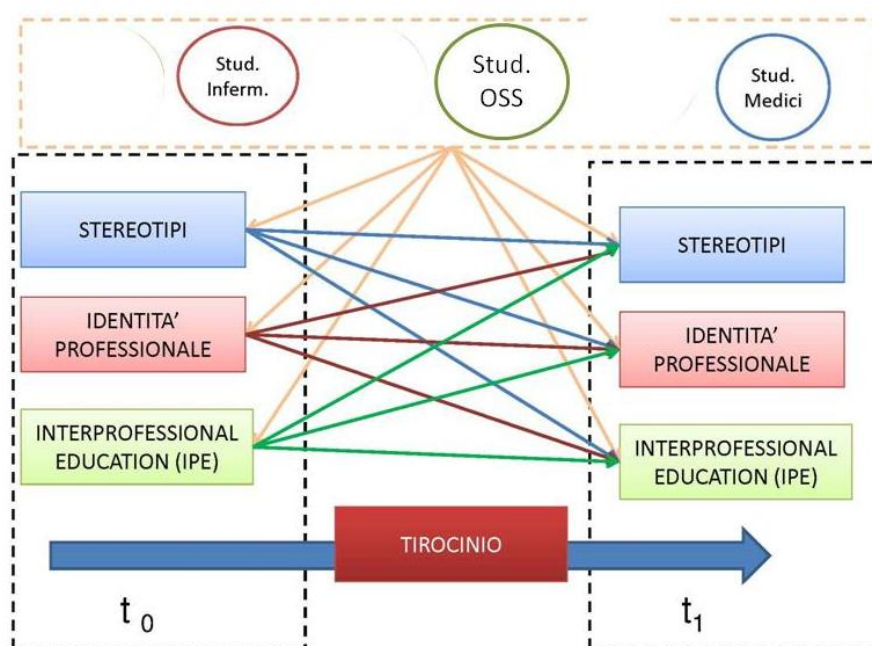


Figura 5.2 Disegno di Ricerca Studio 1

La figura sopra riportata (figura 5.8) identifica il disegno di ricerca dello studio. In alto sono riportati i gruppi di studenti a cui è stato somministrato il questionario al t_0 , prima del tirocinio e al t_1 , dopo il tirocinio. In entrambi

i momenti il questionario comprendeva alcune scale atte a misurare: stereotipi professionali, identità professionale futura e atteggiamento verso la formazione interprofessionale.

§5.2.2 Strumenti

Il questionario messo a punto per questa ricerca include diverse scale che intendono misurare:

Prestigio attribuito a medici, infermieri e OSS

Stereotipi professionali

Identità professionale (futura)

Percezione dello status (misura di controllo)

Atteggiamento verso la formazione interprofessionale

Per queste misure, avendo i risultati dello studio pilota confermato la validità delle scale utilizzate, questo studio si è avvalso delle versioni delle scale proposte e già illustrate nelle pagine precedenti. Per la misura dell'atteggiamento verso la formazione interprofessionale (RIPLS) si è scelto di utilizzare la versione ad un unico fattore a 10 item definito come "team work e collaborazione", a cui anche in questo caso i rispondenti dovevano rispondere attraverso una scala Likerta 5 punti (1 = completamente d'accordo, 5 = completamente d'accordo).

La tabella 5.5 riporta i valori dei coefficienti di affidabilità delle scale, rilevati nello studio e la correlazione tra la prima e la seconda rilevazione.

Scala	Item	α di Cronbach al t0	Correlazione pre e post tirocinio
Identità futura	8	.80	0.554**
Stereotipi (Fatt:Agentico)	7	.72	0.538**
Stereotipi (Fatt: Comunale)	4	.89	0.489**
Stereotipi (tot)	11	.86	0.453**
RIPLS (Team work e collaborazione)	10	.90	0.351**

Tabella 5.5 Proprietà psicometriche delle scale utilizzate

**La correlazione è significativa a 0,01

A completamento della raccolta dei dati sono state inserite altre domande per rilevare, oltre ai dati anagrafici (sesso, età, anno di corso):

- Il *grado di conoscenza percepito per ogni professione*. I partecipanti dovevano rispondere attraverso una scala a quattro punti (1=per niente a 4= del tutto) al seguente item in che misura ritiene di conoscere le attività della professione (ripetuto per ogni professione).
- La *presenza o meno di uno o più familiari* che svolgevano professioni sanitarie
- Il *numero di ore di tirocinio* effettuato al momento della compilazione del questionario.

§5.2.3 Modalità di raccolta dati

Così come fatto per lo studio pilota, è stato elaborato un questionario on-line e previa autorizzazione dell'Università è stata inviata una e-mail agli studenti di infermieristica (240) e medicina (240) con il link a cui collegarsi. L'invio delle e-mail è stato previsto in due tempi, il primo invio ad Ottobre 2015 e l'altro a settembre 2016, in questo modo si sono potuti raccogliere i dati prima (t0) (ottobre 2015) e dopo lo svolgimento del tirocinio (t1) (settembre 2016): Per reclutare gli studenti OSS (150), si è chiesta l'autorizzazione a due delle principali Agenzie di Formazione della Città che ci hanno concesso la possibilità di illustrare il progetto agli studenti (loro iscritti) ed ottenere dagli stessi gli indirizzi e-mail a cui inviare il link per la compilazione del questionario. Anche per gli studenti OSS la raccolta è stata prevista negli stessi tempi delle altre professioni coinvolte

I questionari, uguali nel loro contenuto, sono stati proposti (in maniera random) in tre versioni differenti per ogni professione del rispondente, versioni che si differenziano per l'ordine in cui venivano riportate le professioni nelle diverse misurazioni.

§5.2.4 Campione

Dai questionari raccolti, 124, ne sono stati esclusi due perché incompleti. La tabella 5.6 indica la distribuzione del campione in funzione del genere e del corso di studi/professionale frequentato dagli studenti. La tabella 5.7 riporta, invece, il numero medio, la deviazione standard e il range delle ore di tirocinio riferite ai tre percorsi formativi considerati.

	INFERMIERI		MEDICI		OSS		TOTALE	
	n	%	n	%	n	%	n	%
maschio	14	20.6	10	43.5	5	16.1	29	24.0
femmina	54	79.4	13	56.5	26	83.9	93	76.0
Totale	68	100	23	100	31	100	122	100

Tabella 5.6 La distribuzione del campione in funzione del genere e del corso di studi/professionale frequentato

	Ore tirocinio condizione finale			
	M	min	mas	DS
infermieristica	399,6	360	418	6,35
medicina	152,6	50	400	107
OSS	259,8	225	450	50,17

Tabella 5.7 Ore di tirocinio svolte

§5.2.5 Risultati

Analisi descrittive e preliminari

Prima di rispondere alle ipotesi formulate rispetto allo studio in questione (cfr. §5.0.4), è stato verificato il prestigio professionale (1 più prestigioso – 5 meno prestigioso) auto (nelle tabelle in grassetto) ed etero attribuito alle tre diverse professioni (medici, infermieri e oss) sia al pre-test (t0, tabella 5.8) che dopo il tirocinio (t1, tabella 5.9).

PRE tirocinio	medicina	infermieristica	OSS	media
Prestigio Medico	1.48	1.26	1.06	1.16
Prestigio Infermiere	2.83	2.55	2.74	2.65
Prestigio OSS	4.26	3.91	3.84	3.88

Tabella 5.8 Prestigio attribuito PRE tirocinio

POST tirocinio	medicina	infermieristica	OSS	media
Prestigio Medico	1.22	1.18	1.06	1.12
Prestigio Infermiere	2.70	2.31	2.48	2.40
Prestigio OSS	4.00	3.78	3.58	3.68

Tabella 5.9 Prestigio attribuito POST tirocinio

Le tabelle mostrano, come già accaduto nello studio pilota, come tutte le professioni indichino in quella medica la professione con maggior prestigio,

confermando in maniera indiretta lo status superiore del gruppo dei medici rispetto alle altre professioni sanitarie.

In appendice 1 – 2 - 3 le tabelle dei valori con m e DS delle variabili misurate

Verifica delle ipotesi di ricerca

Nella pagine seguenti i risultati verranno organizzati in funzione delle ipotesi di ricerca organizzate, come già evidenziato nel paragrafo §5.0.4, in funzione dei costrutti misurati.

Ipotesi sulla Inter-Professional Education (IPE)

H1.1: L'atteggiamento verso la IPE sarà maggiore dopo il tirocinio

Considerando l'intero campione il confronto delle medie effettuato attraverso il t di Student su campioni appaiati e riportato nella Grafico 5.8, mostra che l'ipotesi formulata è stata empiricamente verificata. Infatti, i valori dell'atteggiamento misurato nella condizione di post tirocinio sono significativamente più elevati di quelli rilevati prima del tirocinio.

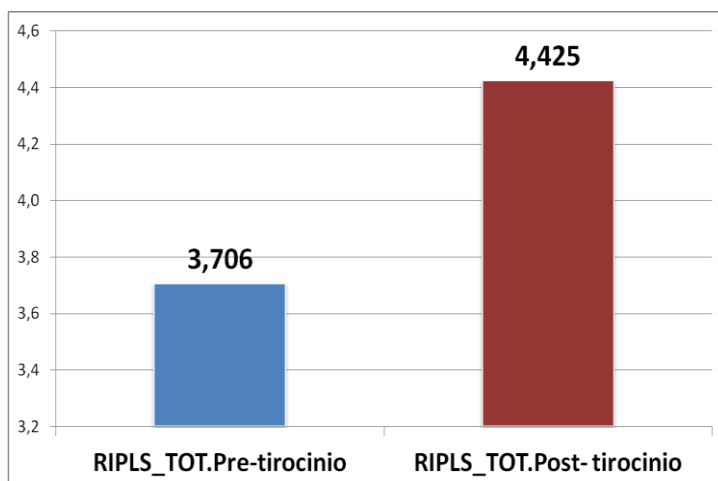


Grafico 5.8 Atteggiamento verso la IPE misurati pre e post tirocinio (N 122) $t(120) = 9.65, p < .001$

H1.2:

L'identità professionale modererà l'effetto del tirocinio sull'atteggiamento verso la IPE, quindi l'effetto del tirocinio sarà maggiore quando l'identificazione professionale è bassa rispetto a quando l'identificazione professionale, rilevata prima dell'esperienza del tirocinio, è alta

Questa ipotesi è stata verificata attraverso una regressione lineare (GLM), che ha messo in relazione la differenza tra i valori della RIPLS pre e post

(DIFF_IPE2.1) tirocinio con i valori dell'identità futura (in forma centrata)
 (Identificazione_TOT.1) misurata alla prima rilevazione.

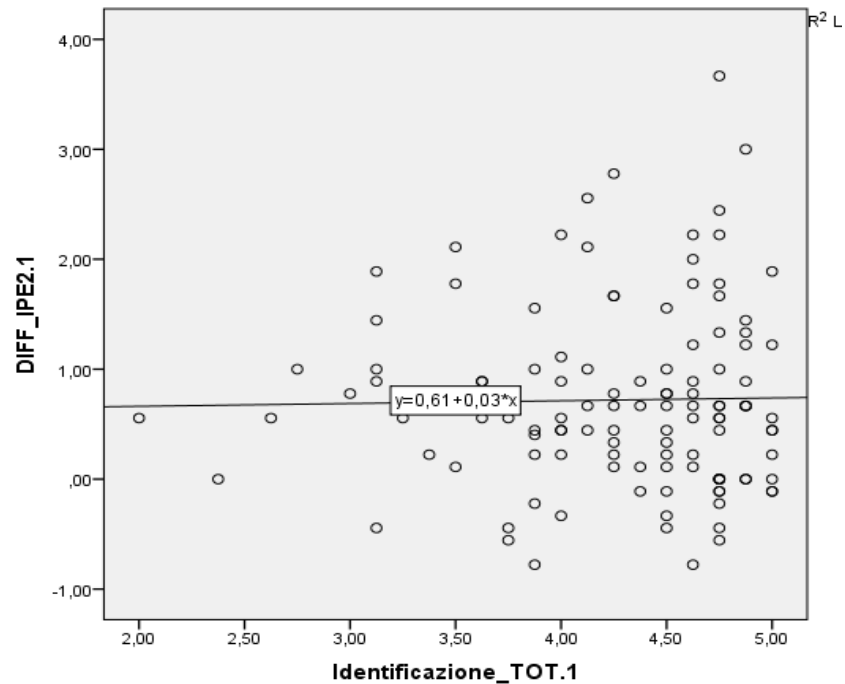


Grafico 5.9
 GLM: Differenza Atteggiamento IPE pre e post e Identificazione pre tirocinio
 $F(1,119)=0.699, p > .05$

Il Grafico 5.9 mostra la non significatività della differenza tra RIPLS post e pre tirocinio in funzione dei valori della variabile d'identificazione futura misurata nella condizione di pre tirocinio. Quindi questa ipotesi non ha trovato conferma nei dati rilevati: l'identificazione professionale misurata al t0 non modera la relazione tra ore di tirocinio effettuate e atteggiamento verso la IPE.

H1.3: In virtù di una visione più 'autonoma' della propria professione, una maggiore agenticità percepita al t0 ridurrà gli atteggiamenti verso l'IPE al t1; al contrario, per una visione più interdipendente, valori maggiori di comunaltà al t0 aumenteranno gli atteggiamenti verso la IPE al t1.

Identificando come variabile spiegata l'atteggiamento verso l'IPE nella condizione di post-tirocinio e avendo come predittori i valori degli stereotipi (ingroup) agentico e comunale rilevati prima del tirocinio, la tabella 5.10 riporta i valori della regressione utilizzata per verificare l'ipotesi formulata che non trova conferma nei dati raccolti. Infatti, né la dimensione

agentic, né quella comunale predicono significativamente i valori dell'atteggiamento verso IPE rilevati dopo l'esperienza di tirocinio.

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Errore std.		t	Sign.
(Costante)	3.764	.309		12.201	.000
Agentico Ingroup-pre-tirocinio	.100	.072	.134	1.393	.166
Comunale Ingroup-pre-tirocinio	.069	.063	.104	1.085	.280

Tabella 5.10 Coefficienti di regressione: atteggiamento - agentic / comunale ingroup-pre tirocinio su IPE

Ipotesi sugli stereotipi

H2.1 I medici si percepiranno come più agentici che comunali e percepiranno gli altri due gruppi (infermieri e Oss) come più comunali che agentici. L'effetto contrario avverrà per infermieri e OSS.

I grafici sotto riportati (figura 5.10, a, b, c, d) mostrano che le medie misurate nelle condizioni pre e post per i tre gruppi professionali concordano con l'ipotesi formulata, purtroppo la bassa numerosità dei rispondenti, non ci permette la formulazione di test statistici che validino i risultati riportati.

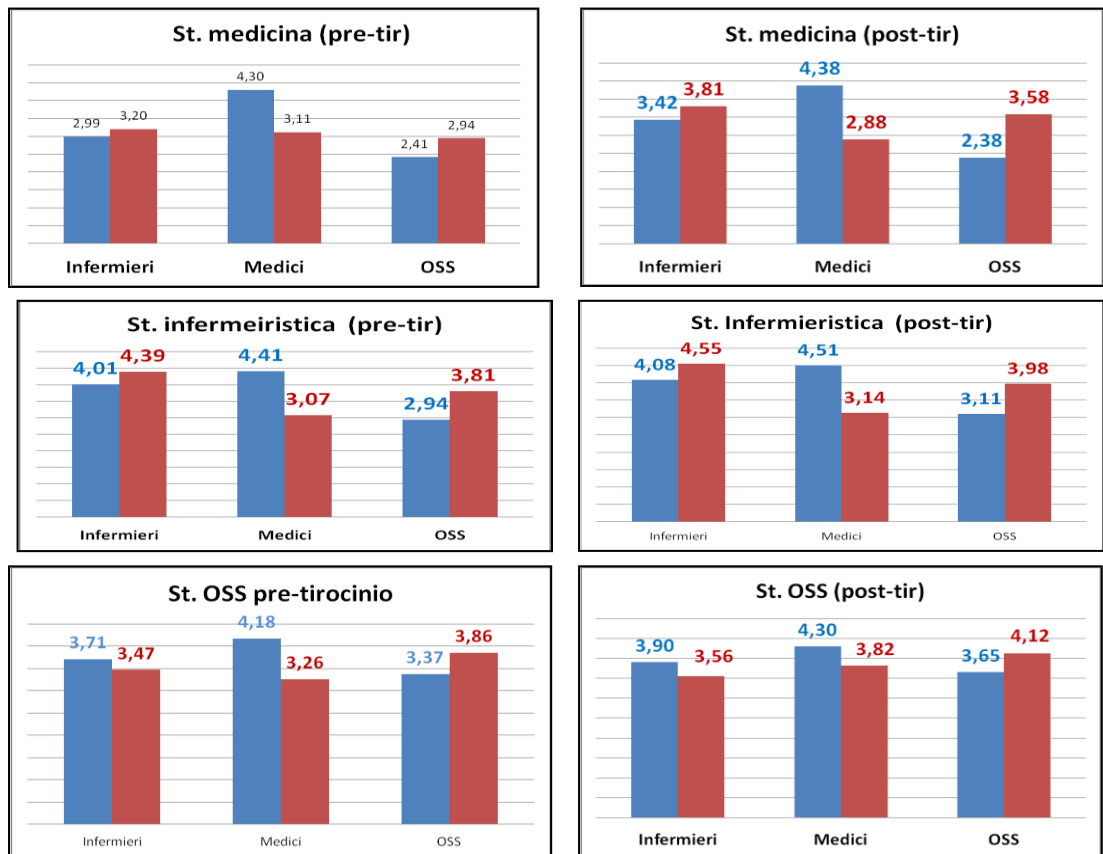


Grafico 5.10 Valori degli stereotipi (Agentico - Comunale) nei tre gruppi professionali pre e post tirocinio

H2.2 Il tirocinio aumenterà la percezione di agenticità delle professioni e ridurrà la percezione della comunalità delle professioni (favorisce una visione contro-stereotipica) in genere

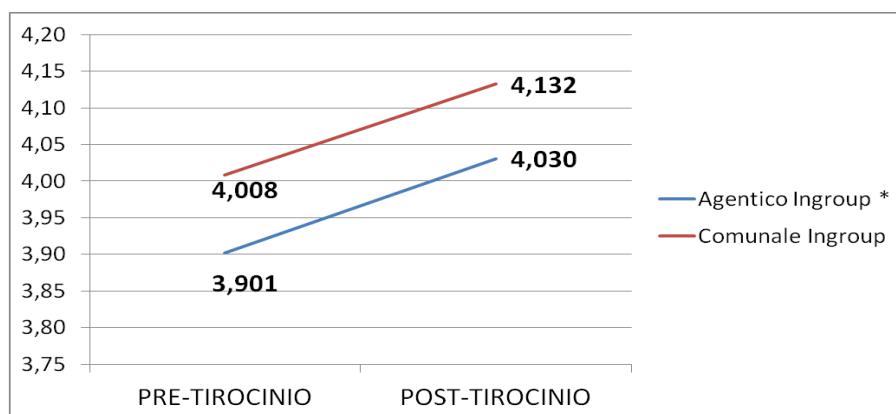
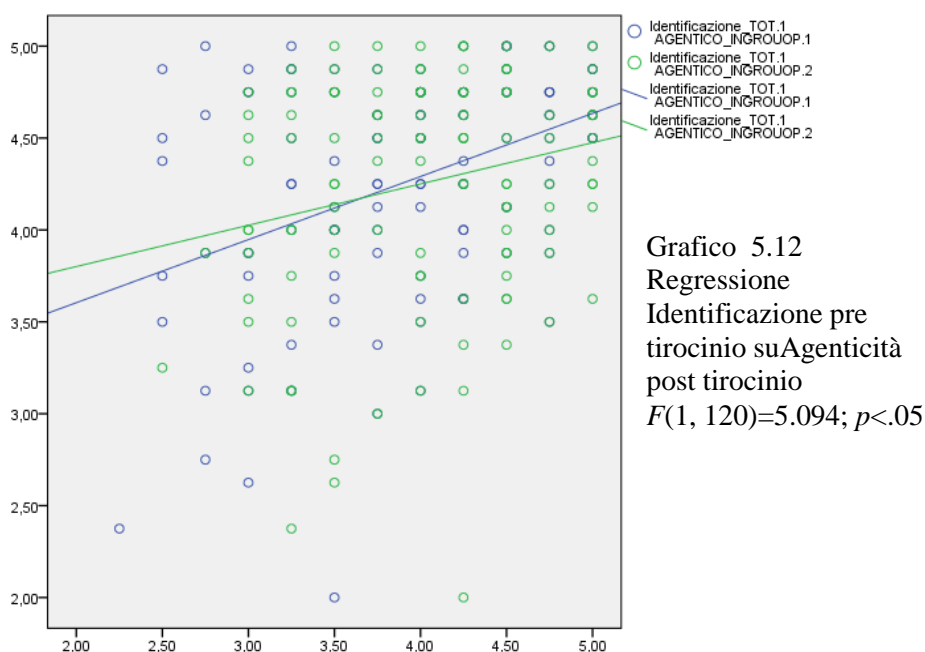


Grafico 5.11 Stereotipi professionali (comunalità e agenticità) pre e post tirocinio (valori medi) * $p < .05$

Da come si evince dal Grafico 5.11 l'ipotesi H2.2 può essere accettata solo in parte.

Infatti, solo per l'agenticità le differenze delle misure rilevate pre e post-tirocinio sono risultate statisticamente significative ($t(121)=2.198$ $p=0.030$), mentre la comunalità percepita aumenta seppur non significativamente nel post-tirocinio

H2.3 L'effetto del tirocinio sulla percezione stereotipica sarà moderata dall'identificazione professionale, in modo tale che una percezione contro-stereotipica sarà più forte in coloro che si identificano meno con la professione al t0.



Anche per verificare questa ipotesi è stata condotta una regressione lineare i cui risultati sono riportati nei grafici 5.12 e 5.13.

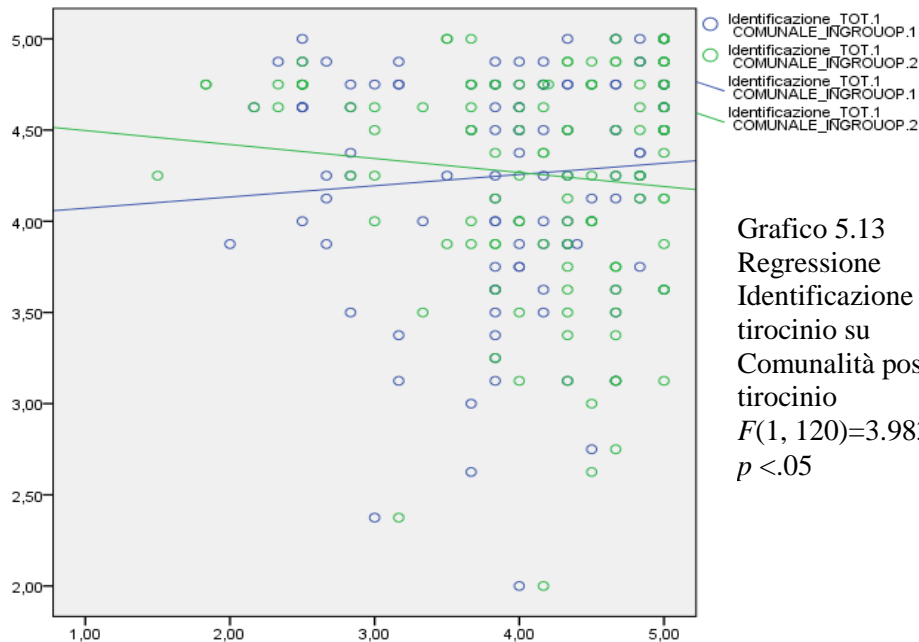


Grafico 5.13
 Regressione
 Identificazione pre
 tirocinio su
 Comunalità post
 tirocinio
 $F(1, 120)=3.983$;
 $p < .05$

Il grafico 5.12 mostra come a bassi valori di identificazione nel pre-tirocinio (identificazione_TOT.1) corrispondano maggiori valori di agenticità (ingroup) nel condizioni di post-tirocinio (AGENTICO_INGROUP.2).

Le stesse indicazioni sono suggerite dalla figura 5.13 per la comunalità.

Infatti, anche se in misura minore, a bassi valori di identificazione nel pre-tirocinio (identificazione_TOT.1) corrispondono maggiori valori di comunalità (ingroup) nelle condizioni di post-tirocinio (COMUNALE_INGROUP.2)..

§5.2.6 Discussione

Un primo risultato su cui riflettere è rappresentato dal fatto che il tirocinio sembrerebbe essere un elemento che migliora l'atteggiamento degli studenti nei confronti della formazione comune. Non di meno siamo consapevoli che questo dato, sebbene sia in linea con alcune evidenze scientifiche sulla efficacia di una formazione comune tra professionisti sanitari (Casanova et al., 2007), non risponda in maniera esaustiva alla domanda se IPE possa migliorare la collaborazione tra futuri professionisti.

I limiti di questa analisi sono rappresentati dal fatto che durante il tirocinio, sebbene esso rappresenti un "contatto" tra gli studenti dei gruppi professionali considerati, non avviene un processo di apprendimento "governato". Nelle realtà formative sede dei tirocini frequentati dai rispondenti al nostro studio, e nelle Università Italiane in generale (riferendosi alla formazione di medici e infermieri), non si prevedono,

infatti, momenti di formazione comune, per esempio dei laboratori, dove gli studenti hanno modo di elaborare insieme dei processi assistenziali sotto la supervisione di esperti professionisti. I risultati rilevati in questo studio rispetto all'atteggiamento verso l'IPE sono sicuramente incoraggianti, ma per poter rendere efficace il processo di avvicinamento tra le professioni e ridurre i bias tra i professionisti nei confronti della collaborazione occorre che i tirocini siano preceduti e seguiti da momenti di laboratorio e/o briefing e debriefing in cui poter realmente valutare le migliori strategie di intervento interdisciplinare e far in modo che le professioni si possano conoscere tra loro. Se ciò non avviene, durante i tirocini si rischia di ripercorrere comportamenti interprofessionali stereotipati, derivanti da pre-concezioni verso le altre figure professionali che in letteratura sono considerate responsabili della c.d. profezia che si auto-avvera (Hilton e Von Hippel, 1996).

Le analisi qui riportate confermano questa visione. Infatti, esse confermano che la visione stereotipica dei partecipanti si mantiene anche dopo l'esperienza di tirocinio ed è indipendente dal livello di identificazione con la propria futura professione. Queste considerazioni sono confermate anche dai dati riferiti all'ipotesi H2.1 sugli stereotipi, i cui risultati, in accordo con la letteratura (per esempio: Barnes, 2000; Hean et al., 2006; Ateah et al., 2011), mostrano infatti che le professioni concordano nel definire più agentici i medici e più comunali le altre professioni. Questi risultati sono in linea con quelli degli studi di Coyle e colleghi (Coyle, Higgs, McAllister, e Whiteford, 2011).

Anche i risultati relativi alle differenze rilevate nelle due dimensioni stereotipiche dopo l'esperienza di tirocinio sono in linea con quanto affermato. Infatti, se è vero che i risultati confermano l'ipotesi iniziale che il tirocinio aumenti i valori di agenticità, contrariamente a quanto ipotizzato le analisi hanno mostrato come il tirocinio determini anche un lieve aumento dei valori di comunaltà percepita. Questo dato potrebbe far ben sperare perché se da un lato rinforza la percezione di competenza professionale, dall'altro sembra mostrare che anche le caratteristiche comunali siano rafforzate dal tirocinio. L'impossibilità di valutare come questi dati si differenzino tra gli studenti che si stanno formando alle diverse professioni,

non ci permette di indicare in maniera analitica come queste tendenze si distribuiscono nelle professioni, ovvero se anche nelle professioni agentiche (es. mediche) vi sia un aumento della percezione (auto e/o etero professionale) del fattore comunale degli stereotipi. Ciò porterebbe alla considerazione che occorre costruire le identità professionali ben prima che gli studenti stessi si siano formati del tutto; il processo di IPE deve essere costante, modulato e governato se si vuole realmente introdurre un reale cambiamento nei processi di collaborazione tra i professionisti. Rispetto all'identità professionale, il fatto che essa non sia risultata moderare il livello di atteggiamento verso la collaborazione misurato dopo il tirocinio pare suggerire che gli intervistati non considerino la "collaborazione" con le altre figure professionali come un *modus operandi* della professione e quindi dell'identità professionale che si stanno costruendo.

Infine, i risultati dell'analisi relative all'influenza della stereotipizzazione delle professioni sull'atteggiamento verso la IPE mostrano che una maggior agenticità non è predittiva di un atteggiamento meno positivo verso l'IPE, così come maggior comunanza non è predittivo di un atteggiamento più positivo verso l'IPE. Si potrebbe ipotizzare che l'atteggiamento verso una formazione comune possa essere influenzato da altri fattori oltre a quelli definiti dalle rappresentazioni stereotipiche. La non significatività dei dati potrebbe essere imputabile al fatto che gli intervistati abbiano effettuato dei tirocini in ambiti diversi e con condizioni organizzative diverse e che ciò può aver influito sulle misure del loro atteggiamento. Tali ipotesi suggerirebbe un approfondimento di carattere più qualitativo rispetto al tirocinio e non limitarsi come fatto in questo studio alla sola indicazione delle ore svolte.

CAPITOLO VI

STABILITÀ E INSTABILITÀ DELLO
STATUS TRA I GRUPPI DI
PROFESSIONISTI SANITARI:
RELAZIONE CON LA MINACCIA
IDENTITARIA E LA PRATICA
COLLABORATIVA

§6.0 INTRODUZIONE / BACKGROUND

Nell'ambito della letteratura psicosociale molta attenzione è stata data all'influenza che le differenze di status esercitano nelle relazioni tra gruppi. La "stratificazione sociale" che ne risulta determina delle posizioni di status, che a sua volta può essere definito come la valutazione delle prerogative di un gruppo rispetto ad altri gruppi rispetto alle possibilità di possedere e controllare risorse socialmente desiderabili (Grusky, 2000). Sebbene diversi autori abbiano considerato concettualmente separati i termini status e potere, altri ne hanno sottolineato la forte correlazione. Tra quest'ultimi possiamo far riferimento a Simon e Oakes (2006) che suggeriscono come l'asimmetria degli status predisponga all'esercizio del potere. Ovvero, la superiorità dello status di un gruppo sotto l'aspetto dell'onore sociale (social honor, Weber, 1958) o del capitale culturale (Bourdieu, 1986) può favorire l'accesso ad altre forme di capitale, come ad esempio quello economico, sociale o politico. Le differenze di status, quindi, possono essere definite come il riflesso dell'accessibilità alle risorse da parte dei gruppi (Scheriff, 1966), ma anche come elementi con un forte impatto psicologico sull'identità sociale (in termini positivi o negativi) dei membri dei gruppi (Turner, 1978). Jetten, Spears, Hoggs e Manstead (2000) hanno fornito una definizione di status che meglio si adatta all'argomento di questa ricerca. Per gli autori, lo status indica la posizione che un gruppo ha in una gerarchia sociale di una data società. Più specificatamente, lo status rappresenta il prestigio associato a una posizione di un gruppo su una dimensione di confronto con altri gruppi.

In relazione all'oggetto della nostra ricerca, come abbiamo avuto modo di sottolineare ampiamente nel cap. 2, è possibile riconoscere i gruppi dei professionisti presenti in un sistema organizzativo di una qualsiasi Azienda Sanitaria come dei gruppi gerarchicamente organizzati e con status ben definiti. In particolare, possiamo riconoscere nei medici il gruppo con lo status più elevato, nei professionisti sanitari (infermieri, tecnici di radiologia, fisioterapisti, ecc....) i gruppi con uno status intermedio e, infine, nel gruppo degli OSS lo status più basso. In effetti, la professione medica è tradizionalmente riconosciuta come la professione dominante nel settore sanitario (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar, Taylor, 2010; Freidson, 1970; HallinanMills, 2009; Larkin, 1983; Witz, 1992). Attualmente, nonostante una serie di significativi cambiamenti socio-politici che hanno messo in dubbi o il predominio della medicina negli ultimi anni (Broom,

2006; Coburn, 2006; Kenny e Duckett, 2004; Willis, 2006), la professione medica ha ancora una forte influenza e autorità nei processi decisionali sia organizzativi che di cura (Germov, 2005; Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook, e Braithwaite, 2010; Schofield, 2009). Queste caratteristiche, se lette alla luce della SIT, rendono plausibile l'ipotesi che le differenze di status presenti all'interno dell'organizzazione sanitaria si accompagnino e riflettano il valore che i diversi gruppi professionali attribuiscono alla propria identità professionale e il conseguente senso di identificazione con tale categoria. Ciò è già stato dimostrato da precedenti studi ((Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar, Taylor, 2010; Freidson, 1970; HallinanMills, 2009; Larkin, 1983; Witz, 1992)- e confermato da quelli che in questo lavoro hanno riguardato gli studenti universitari.

Storicamente, nella "gerarchia sanitaria", i medici hanno quindi sempre occupato la posizione dominante in termini di vantaggio economico e politico (Reeves, 2011). Questa dominanza medica si è manifestata, in maniera formale e informale (Longo et al., 2006; Nugus et al., 2010; Reeves et al., 2009), con il riconoscimento delle competenze specialistiche (Nancarrow e Borthwick, 2005) e nell'autonomia e nell'autorità dei medici sulle altre figure sanitarie (Bourgeault e Mulvale, 2006; Boyce, 2006; Germov, 2005; Longo et al., 2006; Nugus et al., 2010; Schofield, 2009).

Il quadro che ne deriva è sicuramente di tipo gerarchico, ma in realtà la legislazione prima (con l'attivazione dei nuovi profili sanitari e con l'identificazione nelle organizzazioni di posizioni funzionali di Dirigente anche per le professioni sanitarie) e le organizzazioni poi, hanno modificato, o comunque stanno cercando di modificare, la struttura organizzativa, portandola da una struttura piramidale a una a rete (Reeves, 2011). Questa nuova prospettiva può essere tradotta nei termini dell'analisi della SIT come un elemento di *instabilità* delle differenze di prestigio fra le professioni e quindi come una minaccia all'identità sociale per alcuni gruppi. Come è stato mostrato da precedenti ricerche, quando l'identità sociale o quella professionale è minacciata, la tendenza alla categorizzazione sociale e alla stereotipizzazione intergruppi può essere accentuata (Voci, 2006) con un conseguente aumento del conflitto fra gruppi (Hornsey e Hogg, 2000). Diversi studi mostrano, in effetti, come il bias intergruppi sia maggiore quando l'identità sociale dei membri è messa in discussione o minacciata (Turner e Brown, 1978; Ellemers, et al., 1993; Ellemers et al., 1988).

L'identità professionale, inoltre, può essere vista come minacciata quando vi è il rischio percepito di emarginazione o di svalutazione del ruolo professione e/o delle competenze (Steele, Spencer, e Aronson, 2002). I medici, infatti, nel passaggio da una struttura a piramide a una a rete, possono essere considerati come il gruppo minacciato da una ridefinizione del potere di gestione delle risorse e delle responsabilità decisionali nel processo di cura. Dall'altro lato il gruppo dei professionisti sanitari (per esempio gli infermieri, ma non solo) possono immaginare che la propria condizione migliorerebbe a seguito di una struttura a rete fra i professionisti. In questo contesto di cambiamento, quindi, è possibile che le identità sociali professionali siano messe in discussione, cosa che potrebbe accrescere il conflitto fra i gruppi professionali. Se, infatti, è stato mostrato che i gruppi di status più basso sono più inclini al conflitto quando le differenze di status sono percepite come instabili e illegittime (Tajfel e Turner, 1979), i gruppi di status alto sono più inclini a mostrare un bias intergruppi, specie sulle dimensioni rilevanti per il confronto (van Knippenberg, 1978), quando le differenze di status sono legittime e stabili (Jetten et al., 2000; Mullen et al., 1992; Turner e Brown, 1978). Possono, però, mostrare "magnanimità" quando le differenze di status sono ampie. Tuttavia, è stato anche mostrato come i gruppi di status alto possano incrementare il bias intergruppi verso un gruppo di status basso, quando la loro posizione dominante è messa a rischio, perché le differenze di status diventano instabili e illegittime (Bettencourt et al., 2001).

In questo contesto è interessante soffermarsi su una riflessione rispetto alla presenza di una gerarchia sociale all'interno delle organizzazioni sanitarie. Come detto nelle pagine ... Considerando alcuni gruppi professionali, questi possono essere considerati come in una gerarchia sociale non più a due posizioni, come generalmente nelle sperimentazioni si verifica, ma in una gerarchia sociale con tre posizioni. I medici nella posizione up, gli infermieri nella posizione intermedia e gli OSS nella posizione down. In letteratura non esistono studi che hanno valutato questa specifica condizione gerarchica reale, ma possiamo far riferimento però ad uno studio di Caricati e Monacelli (Caricati, Monacelli, 2010), il cui scopo era appunto quello di esaminare il comportamento intergruppi nel gruppo di stato intermedio.

Gli autori hanno basato le loro ipotesi sull'integrazione dell'approccio dell'identità sociale (Tajfel e Turner, 1979) e la teoria sociale della classe media (ad esempio,

Ehrenreich, 1990; Leventog˘lu, 2005). Gli autori hanno dimostrato che i membri del gruppo di status intermedio mostravano un maggior favoritismo in-group, determinato dalla possibilità di ottenere una valutazione positiva, quando erano impegnati in un confronto con il gruppo di status basso. Questi risultati sembrano quindi indicare che il livello di identificazione dell'in-group non dipenda dalla posizione assoluta del proprio gruppo nella gerarchia sociale (cioè, alto o basso status), ma piuttosto sulla possibilità di impegnarsi in un confronto verso il basso (Tajfel e Turner, 1979; Taylor, Moghaddam, e Bellerose, 1989; Zagefka & Brown, 2006). Inoltre gli autori, rilevarono, come previsto, che i membri del gruppo di status intermedio erano maggiormente prevenuti nei confronti dei membri del gruppo di status alto, e rispetto ai membri del gruppo di status basso, quando le risorse non erano limitate (in una condizione cioè di bassa concorrenza sociale). Inaspettatamente però, quando le risorse erano limitate (vale a dire, vi era una marcata concorrenza sociale, Sherif, 1966), i membri del gruppo di status intermedio mostravano un maggior bias intergruppo verso entrambi i gruppi.

La condizione riferita alla limitazione o meno delle risorse, può essere ricondotta alla teoria di Tajfel e Turner (1979) sui fattori socio-strutturali, e in particolare alla stabilità / instabilità della stratificazione. Quando la stratificazione sociale è instabile a causa di risorse limitate, le minacce all'identità sociale possono derivare sia dall'avanzamento del gruppo di status basso (minaccia dall'alto) e sia al miglioramento del gruppo di status alto (minaccia dal basso). In queste condizioni, il gruppo status intermedio è perfettamente 'bloccato al centro' o, in altre parole, è 'bloccato' in un confronto verso l'alto e verso il basso. Livelli simili di pregiudizi contro entrambi i gruppi (di status alto e basso) possono essere visti come un tentativo da parte dei membri del gruppo di status intermedio per mantenere la loro posizione sociale, evitando sia lo stato di avanzamento del gruppo down e l'ulteriore miglioramento del gruppo up (Caricati, Monacelli, 2010).

Queste evidenze sembrano adattarsi bene al contesto interprofessionale in sanità e in particolare alla condizione del gruppo intermedio – infermieri – che in una situazione di instabilità dovrebbero quindi trovarsi a sperimentare maggiori minacce alla propria identità professionale di quelle sperimentate dalle altre due categorie professionali, ovvero dai medici e dagli oss. In letteratura è stato, infatti, variamente descritto come i gruppi professionali si impegnino costantemente in strategie che mirano ad aumentare la loro professionalizzazione (per esempio,

Abbott, 1988; Johnson, 1972; Willis, 1983). I professionisti sono stati descritti come attori che si sforzano di mantenere ed espandere i loro domini di lavoro in un mercato di concorrenza di gruppi professionali che amplificano i rapporti di forza all'interno del settore sanitario (Coburn, 2006). Così le modifiche dei confini della pratica professionale avranno un impatto sul dominio delle professioni limitrofe (Abbott, 1988).

Da queste considerazioni nasce però anche una delle domande a cui gli studi presentati in questo capitolo hanno cercato di rispondere, ovvero: *In un contesto come questo, in che modo la stabilità/instabilità delle differenze di status e dai suoi effetti sull'identità professionale e sulla minaccia allo status potranno influenzare anche l'atteggiamento verso la collaborazione professionale?*

In effetti, diverse ricerche che hanno studiato l'effetto di alcune variabili psicosociali sull'IPC (Caricati et al., 2013; Sollami et al., 2014) hanno evidenziato atteggiamenti positivi verso la IPC da parte degli infermieri e negativi da parte dei medici, come illustrato nel capitolo III. Ciò sebbene rappresenti una nuova prospettiva di analisi in ambito sanitario, conferma delle considerazioni ben note nell'ambito della psicologia sociale e soprattutto all'interno degli studi ispirati alla SIT (Tajfel e Turner, 1979) e alla TCS (Turner, 1989). La IPC comporta la mobilitazione di interessi professionali (identitari) che possono influenzare in modo diverso l'atteggiamento intergruppi in funzione dello status dei gruppi. La IPC per gli infermieri (status minore) potrebbe rappresentare un'opportunità di migliorare i termini di confronto del proprio gruppo professionale, mentre i medici possono valutare la IPC come una possibile minaccia alla loro posizione professionale. I risultati di Caricati e colleghi (2013) sembrano confermare che un'efficace IPC implichi considerare ben più che "lavorare insieme" o capacità individuali, ma costrutti più ampi quali l'identità professionale e, soprattutto, la differenza di potere (status) tra infermieri e medici. E' quindi possibile ipotizzare che negli studi qui presentati, il previsto migliore atteggiamento degli infermieri, rispetto alle altre categorie professionali nei confronti della IPC, possa in particolare emergere (diventare ancora più positivo) in una condizione di instabilità rispetto ad una di stabilità. Inoltre, in linea con alcuni studi (es: Le Blanc et al., 2009), oltre alla collaborazione interprofessionale, è possibile ipotizzare che anche il "team commitment", inteso come "l'attaccamento emotivo individuale verso... (identificazione con) e coinvolgimento nell'organizzazione" (Meyer e Allen 1991),

che è una delle motivazione chiave alla base del comportamento individuale nell'interesse della squadra, possa seguire lo stesso tipo di andamento. Alcuni studi hanno dimostrato che un accentuato team commitment predice fortemente la collaborazione tra i membri della squadra (Morgan & Hunt, 1994). Nel settore sanitario, Le Blanc et al. (2010) hanno rilevato che il team commitment ha predetto positivamente e contemporaneamente implementato la percezione di ICP. Oltre ad una correlazione positiva tra collaborazione interprofessionale e commitment, è quindi plausibile attendersi che, analogamente a quanto previsto per la collaborazione interprofessionale, un migliore atteggiamento degli infermieri rispetto alle altre categorie professionali nei confronti del team commitment e che questo migliore atteggiamento possa in particolare emergere (diventare ancora più positivo) in una condizione di instabilità rispetto ad una di stabilità.

Dall'analisi della letteratura che ha considerato la collaborazione, emerge un gap che merita di essere esplorato e che costituisce, anche, un elemento di novità negli studi che qui presenteremo. Negli studi sulla collaborazione, infatti, i gruppi professionali messi in relazione sono due: medici e infermieri, che però non sono i soli gruppi professionali presenti in un reparto / Servizio, esistono altri gruppi (come gli OSS con un proprio status) che concorrono agli obiettivi assistenziali e sarebbe un errore non considerarli nelle pratiche collaborative. Nella realtà sanitaria si configurano, quindi, delle relazioni triadiche nella quali i medici occupano la posizione apicale, gli infermieri la posizione intermedia e gli OSS quella più bassa. Per questo motivo abbiamo scelto di introdurre nel nostro studio anche il gruppo degli OSS, uno dei gruppi maggiormente presenti all'interno dei reparti e/o servizi.

§6.1 Obiettivi e ipotesi dello studio

Dalle considerazioni fin qui esposte nasce l'obiettivo dello studio che può essere così riportato:

Analizzare il ruolo della instabilità/stabilità nelle differenze di status fra gruppi professionali, sulla percezione di minaccia all'identità professionale e sulla collaborazione interprofessionale e sul team commitment.

Più nello specifico sono state individuate le seguenti domande di ricerca:

- ✚ Come viene percepita dai diversi gruppi professionali (medici – infermieri – OSS) la minaccia identitaria in caso di stabilità/instabilità degli status?
- ✚ Come viene percepita dai gruppi professionali (medici – infermieri – OSS) l'identità professionale in caso di stabilità/instabilità degli status?
- ✚ Come viene percepito dai diversi gruppi professionali (medici – Infermieri – OSS) il team commitment in caso di stabilità/instabilità degli status?
- ✚ Come viene percepita dai diversi gruppi professionali (medici – infermieri – OSS) la collaborazione in caso di stabilità/instabilità degli status?

Sulla base di quanto riportato in letteratura sono state formulate le seguenti ipotesi. Esse si differenziano secondo la condizione di instabilità (verso l'alto, verso il basso o stabile) e la professione (medici, infermieri e OSS) in relazione allo status che ciascuna occupa nelle relazioni con gli altri gruppi. Se la letteratura ci ha consentito di formulare ipotesi precise rispetto alle differenze tra medici ed infermieri, la mancanza di riferimenti rende le ipotesi riferite agli OSS di natura prevalentemente esplorativa.

H_1: L'identificazione professionale concorderà con il prestigio (status) del gruppo professionale, così che i medici riporteranno valori maggiori, gli infermieri valori intermedi e gli OSS quelli più bassi (H1_1); tali valori diminuiranno per tutti i gruppi professionali nella condizione sperimentale di instabilità verso il basso (down; H1_2).

H_2: L'identificazione con il reparto (team commitment) sarà maggiore negli infermieri rispetto ai medici (e presumibilmente agli OSS) (H_2_1); il divario tra infermieri e medici (OSS) aumenterà in una condizione di instabilità, in particolare di instabilità verso l'alto (H2_2)

H_3.1 La percezione della minaccia generale sarà minore per la professione con status più elevato (medici) e maggiore per lo status intermedio (infermieri; H3_1);

La percezione della minaccia (generale) sarà inoltre maggiore nelle condizione di instabilità verso il basso indipendentemente dalla professione (H3.2).

H_4: L'atteggiamento verso la collaborazione interprofessionale sarà maggiore negli infermieri rispetto ai medici (e presumibilmente agli OSS; H4_1); questa differenza, inoltre, aumenterà nella condizione di instabilità verso l'alto (H4_2).

Al fine di approfondire le ipotesi sopra sviluppate, un ulteriore obiettivo che ci si è posti è stato quello di approfondire attraverso ulteriori analisi la condizione di status intermedio per il gruppo infermieristico.

Infine, oltre alla verifica delle ipotesi di ricerca, lo studio si è posto anche l'obiettivo di approfondire le analisi sulla collaborazione e sulle funzioni che essa può avere, nella percezione dei professionisti considerati, sia per la salute del paziente, sia per l'organizzazione..

Così come per quello precedente, anche per questo studio è stato condotto uno lavoro preliminare per poter definire al meglio la scelta degli strumenti da utilizzare e le procedure sperimentali per la verifica delle ipotesi formulate.

I paragrafi seguenti illustrano sia lo studio pilota che lo studio principale.

§ 6.2 STUDIO PILOTA: LA VERIFICA DELLE CONDIZIONI SPERIMENTALI

§6.2.1 Obiettivo:

Testare le condizioni sperimentali relative ad alcune variabili di disegno:

- La percezione del prestigio attuale delle professioni;
- La percezione della condizione futura delle professioni espressa dalla manipolazione sperimentale della stabilità/instabilità;
- La percezione di minaccia dei rispondenti rispetto alla direzione della stabilità/instabilità;
- L'atteggiamento verso la formazione comune

Si è voluto, inoltre, testare:

- Il grado di correlazione tra la scala dell'identità professionale a 5 item (Professional Identity State Questionnaire, PISQ-5d; Marletta et al. 2014) e

la scala di identificazione professionale ad 1 item (Singel Item Social Identification, SISI; Postmes, Haslam&Jans, 2012).

Per questo studio sono stati utilizzati studenti di infermieristica.

§6.2.2 Metodo

Disegno di ricerca

Il disegno si configura come uno studio quasi sperimentale nel quale i partecipanti (in maniera randomizzata) sono stati assegnati a 3 condizioni, ognuna delle quali costituito da almeno 30 studenti. Ciascuna condizione sperimentale rappresentava una differente manipolazione della condizione di stabilità/instabilità.

Per ogni condizione sono state misurate le variabili identificate nelle domande di ricerca ovvero: percezione del prestigio delle professioni nelle condizione attuale, percezione del prestigio nella condizione futura (in relazione alla manipolazione), percezione della legittimità del prestigio nella condizione futura, percezione della minaccia, atteggiamento verso la formazione comune.

Procedura

Agli studenti del secondo e del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dall'Università, è stata inviata una email per raccogliere l'adesione allo studio.

I partecipanti, sono stati convocati presso il laboratorio informatico del plesso Biotecnologico dell'Università degli Studi di Parma, fatti posizionare in una postazione e il ricercatore ha dichiarato soltanto che tutte le istruzioni saranno fornite attraverso il monitor. Ogni studente volontario è stato assegnato in maniera casuale a una delle condizioni sperimentali (Stabilità, Instabilità verso l'alto ed Instabilità verso il basso) e ha risposto allo stesso questionario. In relazione alla condizione è stata quindi proposta la lettura dell'articolo fittizio corrispondente (vedi pagine seguenti) e la successiva somministrazione del questionario. Alla fine della compilazione sono stati resi noti i reali obiettivi dello studio e chiesta nuovamente l'adesione allo studio come da indicazioni del codice etico.

Cover story

Ai partecipanti è stato fatto credere di partecipare a un'indagine dell'Università degli Studi di Parma circa l'opinione dei futuri professionisti della sanità sugli

sviluppi dei profili delle competenze delle professioni sanitarie, alla luce dei lavori del Tavolo di Lavoro Regioni – Ministero.

Manipolazione della stabilità/instabilità

La manipolazione della stabilità è stata realizzata attraverso la lettura di un falso articolo che descriveva cambiamenti nella gerarchia sanitaria.

L'articolo proposto è stato presentato come l'abstract di un articolo pubblicato su una rivista nazionale che espone le prospettive di una nuova configurazione delle professioni sanitarie alla luce del tavolo di lavoro Regioni – Ministero sullo sviluppo delle professioni sanitarie (mediche e non). Coerentemente con le affermazioni di Simon e Oakes (2006) abbiamo ipotizzato che la condizione di status fosse strettamente correlata, nello specifico delle professioni sanitarie, alla possibilità di avere responsabilità e autonomia nel processo assistenziale, alla possibilità di gestire risorse materiali e al livello retributivo. Nello specifico, gli articoli avevano le seguenti caratteristiche:

Nell'Art. A (*condizione di stabilità per tutte le professioni*), veniva sostanzialmente enfatizzato un mantenimento dello stato attuale, dove il medico avrebbe mantenuto un livello retributivo maggiore e conservato le responsabilità decisionali della cura dei pazienti e la gestione delle risorse dei Servizi. Gli infermieri avrebbero continuato ad avere un livello retributivo intermedio e mantenuto una responsabilità limitata all'assistenza del paziente e limitata anche rispetto alla gestione delle risorse. Gli OSS avrebbero mantenuto il livello retributivo più basso e continuato a svolgere le attività su indicazione degli infermieri (vedi allegato1).

Nell'art. C (*condizione di instabilità verso l'alto per gli infermieri e instabilità verso il basso per i medici e gli OSS*), agli infermieri veniva prospettato un aumento del proprio livello retributivo, delle responsabilità decisionali della cura dei pazienti e quelle per la gestione delle risorse dei Servizi. Si specificava, inoltre, che in questo modo, il divario tra medici e infermieri sarebbe diminuito. Ai medici si prospettava un livello retributivo non troppo dissimile da quello degli infermieri e una condivisione con gli stessi delle responsabilità decisionali nella cura dei pazienti e della gestione delle risorse dei Servizi. Il divario tra infermieri e OSS invece veniva indicato come aumentato, con gli OSS che avrebbero avuto un profilo più basso nella gerarchia funzionale (vedi allegato2).

Nell'art. B (*condizione di instabilità verso l'alto per i medici e gli OSS e instabilità verso il basso per gli infermieri*) per il medico si prospettava una crescita del proprio livello retributivo, ma anche una maggiore responsabilità decisionale nella cura dei pazienti e l'esclusiva pertinenza nella gestione delle risorse dei Servizi. Agli infermieri si prospettava, invece, una riduzione sia la loro autonomia decisionale che la possibilità di gestire le risorse, nonché che avrebbero gestito le attività assistenziali su indicazione dei medici. Gli OSS, invece avrebbero accresciuto il proprio livello retributivo, le responsabilità decisionali nella cura dei pazienti e quelle per la gestione delle risorse dei Servizi. In questo modo, il divario tra OSS e infermieri era presentato come sempre più sottile (vedi allegato3)

Rimandando agli allegati per la visione completa degli articoli così come proposti ai rispondenti, si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, il testo di uno degli articoli (condizione di stabilità).

“Il futuro della sanità al vaglio del governo

Nuova analisi del ministro sulle professioni sanitarie

Le figure più rappresentative nella erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia sono medici, infermieri e OSS. L'organizzazione sanitaria ha da sempre definito una gerarchia funzionale tra queste tre figure, con a capo il medico e a seguire l'infermiere ed infine l'OSS. Secondo i maggiori esperti di organizzazioni sanitarie, i cambiamenti normativi in questi anni non influiranno sulle attribuzioni della responsabilità rispetto al percorso di cura e sulla gestione delle risorse. Questo quadro lascia quindi prevedere che in futuro i rapporti professionali fra medici, infermieri e OSS resteranno sostanzialmente invariati. Ai medici rimarranno le responsabilità decisionali della cura dei malati e quelle riguardanti la gestione delle risorse dei servizi. Gli infermieri manterranno il loro livello di autonomia decisionale sulle attività assistenziali dei malati e sulla gestione delle relative risorse. In questo modo il divario tra medici e infermieri rimarrà invariato rispetto alla situazione attuale. Gli OSS continueranno a svolgere le attività assistenziali su indicazione degli infermieri, senza alcuna responsabilità nella gestione delle risorse. Il divario tra OSS e infermieri, quindi, rimarrà invariato.”

§ 6.2.3 Misure

Dopo la lettura dell'articolo, sono state raccolte le seguenti misure.

Legittimità percepita

Per valutare la legittimità percepita dai rispondenti rispetto alla differenza tra gli status delle professioni nella condizione futura prospettata dall'articolo è stato chiesto di rispondere a un item per ogni coppia di professioni (medico - infermiere, medico - OSS, infermieri - OSS) con una scala tipo Likert a 10 posizioni (da 1 ingiusto a 10 giusto) (es: *Se le cose dovessero andare come è descritto nell'articolo, in che misura riterrebbe giusta la differenza fra le professioni medico e infermiere*)

Minaccia Identitaria

Per meglio identificare la variabile si è scelto di distinguere la minaccia in: minaccia generale e minaccia in funzione della posizione di prestigio occupato dal gruppo minacciante, per cui ipotizzando che il gruppo intermedio sia quello degli infermieri, questi potrebbero percepire una minaccia dall'alto, da parte dei medici e minaccia dal basso, da parte degli OSS.

Lo strumento scelto per la misura della minaccia generale è rappresentato da una selezione degli item (modificati) della scala Primary Appraisal of Identity Threats (PAIT) di Berjot e colleghi (2012), progettato per misurare la minaccia o sfida alla identità sociale. I 4 item selezionati sono stati misurati su una scala Likert a 6 punti (1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente in accordo) (es.: *La situazione descritta nell'articolo rappresenta una minaccia per la mia categoria professionale*).

Per identificare la direzione della minaccia, ovvero in che misura i rispondenti si sentissero minacciati dal gruppo con status minore (OSS) o da quello con status maggiore (medici) sono stati aggiunti altri 4 item (2 per la minaccia dall'alto e due per la minaccia dal basso), Anche per questi 4 item è stata utilizzata una scala tipo Likert a 6 punti (1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente in accordo)(es. di item per la minaccia dal basso: *Gli OSS svolgono attività che dovrebbero essere riservate agli infermieri*; es. di item per la minaccia dall'alto: *I medici sono una minaccia per la professione infermieristica*).

Identificazione professionale

In un recente articolo Postmes e colleghi (2012) illustrano un interessante lavoro sulla misurazione dell'identità sociale. Gli autori partono dal presupposto che l'identità sociale e l'identificazione con una categoria sociale, sebbene correlate, siano aspetti differenti (Ellemers et al., 2002; Leach et al., 2008).

La differenza risiede nel fatto che l'identità sociale attribuisce le proprie caratteristiche al gruppo di appartenenza (adesione, norme, rapporto intergruppi), l'identificazione sociale, invece, riguarda il rapporto del singolo membro con il gruppo. Seppure gli autori riconoscano che l'identificazione sociale comprenda tre dimensioni (cognitiva, valutativa ed emozionale), essi ritengono che, in molti casi, sia possibile utilizzare un solo item per misurare l'identificazione con una categoria sociale. In effetti, i ricercatori dimostrano che l'utilizzo di un unico item è efficace quanto una scala a più item quando i ricercatori non hanno bisogno di fare distinzioni sottili tra i diversi aspetti dell'identificazione sociale.

Per valutare se anche nella nostra realtà si potesse far ricorso all'item unico abbiamo deciso, in questo studio pilota, di proporre due scale:

- 1) la scala a item singolo di Postmes e colleghi (2012) definito come SISI (Singel Item Social Identification), declinato con “Mi identifico con gli infermieri” e misurato con una scala Likert a 6 punti (da 1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente in accordo);
- 2) la scala a 5 item (es.: E' importante per me essere un futuro infermiere) estratti dalla Professional Identity State Questionnaire (PISQ-5d, Marletta et al. 2014), adattata per gli studenti da Mancini et al.(2015). Gli item sono misurati con una scala tipo Likert a 6 punti (da 1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente in accordo).

Atteggiamento verso la Formazione interprofessionale

È stato misurato attraverso l'adattamento della Readiness Inter-professionale Learning Scale (RIPLS, Parsell e Bligh 1999) nella versione validata da ElZubeir e colleghi (El-Zubeir, Rizk et Al-Kalil, 2006). Sono stati utilizzati 14 item (vedi studio pilota precedente) a cui gli intervistati dovevano rispondere attraverso una scala tipo Likert a 5 punti (1=completamente in disaccordo, 5=completamente d'accordo).

Controllo della manipolazione della stabilità/instabilità

Sono stati inseriti alcuni item per controllare se i partecipanti avessero compreso le manipolazioni delle condizioni di stabilità/instabilità proposte nei vari articoli (*es.: Sulla base di quanto letto nell'articolo riportato, le chiediamo di esprimere la sua opinione rispetto alla condizione futura delle professioni sanitarie - Rispetto al presente, lo status e il prestigio dei MEDICI/INFERMIERI/OSS in futuro sarà:...*). Le risposte per ogni professione sono state articolate secondo una scala a 11 posizioni (da -5 a -1 in caso venga percepito un peggioramento dello status/prestigio; 0 nella condizione in cui non vi fosse nessuna percezione di cambiamento di status/prestigio; da +1 a +5 in caso venga percepito un miglioramento dello status/prestigio).

Controllo della misura delle differenze di status

Per valutare se, e in che misura, i partecipanti riconoscessero le differenze di status fra i gruppi professionali, 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 e OSS differiscono per quanto riguarda il loro status sociale, indichi il prestigio che secondo lei viene attribuito a ciascuna professione*).

§6.2.4

Campione

Gli studenti che hanno aderito allo studio sono stati 110, di questi 9 sono stati esclusi perché non di nazionalità italiana. Il genere femminile rappresenta il 67,3% (n=68) dei rispondenti (maschi: n=33; 32,7%).

Rispetto alle condizioni di instabilità verso il basso, instabilità verso l'alto e stabilità si è mostrata sostanzialmente equamente distribuita, rispettivamente con il 32,7% (n=33), il 36,6% (n=37) e il 30,7% (n=31). Il 51,5% (n=52) dei rispondenti risultava iscritto al 3 anno, il 43,6% (n=44) al secondo anno mentre il 5% (n=5) è fuori corso.

Rispetto all'età, i rispondenti presentavano una età media di 23.5 anni (ds=±4.18), con un età minima di 20 ed una massima di 45.

6.2.5 Risultati

Controllo della manipolazione: Differenze di status

La prima analisi qui riportata è finalizzata ad un controllo della manipolazione e riguarda la percezione dello status delle diverse professioni. È stata condotta una analisi della varianza per misure ripetute 3 (tra soggetti: stabilità, instabilità verso l'alto e instabilità verso il basso) x 3 (entro i soggetti: status o prestigio attribuito alla professione: medici vs. infermieri vs. OSS) con quest'ultima variabile ripetuta fra i partecipanti.

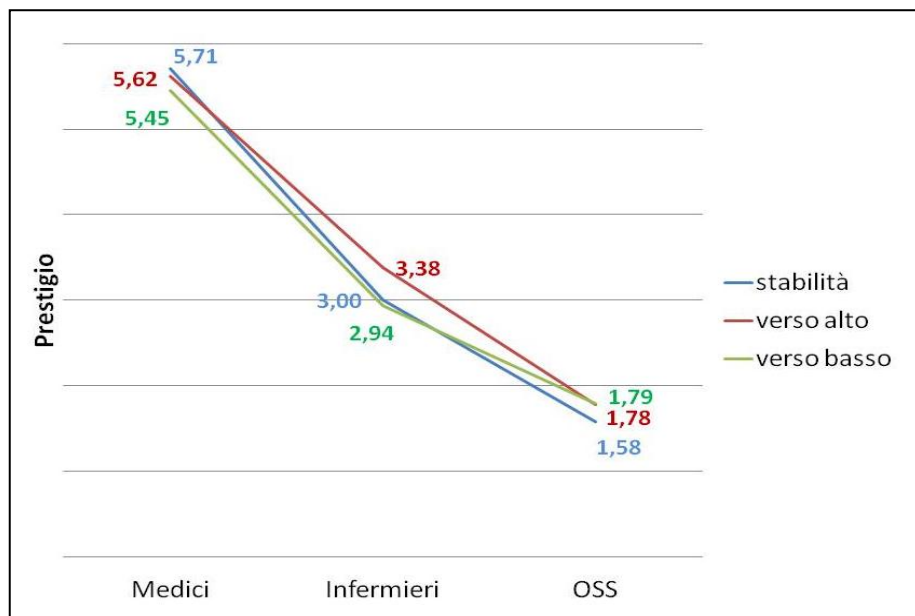


Grafico 6.1 Attribuzioni dello status (prestigio) nella condizione attuale in funzione delle tre condizioni sperimentali (range 1= poco prestigioso – 6 = molto prestigioso)

I risultati mostrano un effetto significativo della professione valutata ($F(2,196) = 404.32, p < .001, \eta^2 = 0.805$) per il quale i medici sono considerati come i professionisti con lo status più alto ($M = 5,60, SD = 0,99$), gli infermieri con uno status intermedio ($M = 3,12, SD = 1,09$) e gli OSS come quelli con lo status più basso ($M = 1,72, SD = 0,86$; tutti i post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < .001$).

Gli indici statistici mostrano, inoltre, come tali differenze restino invariate nelle diverse condizioni sperimentali, sia come effetto principale ($F(2, 98) = 1,197, p = 0,307, \eta^2 = 0,024$), sia come effetto di interazione con la professione ($F(4,196) = 0,93, p = 0,449, \eta^2 = 0,19$). Il grafico mostra come vengono percepite le differenze di

status in ogni condizione di manipolazione. Le differenze di status risultano ben definite e corrispondono a quanto atteso, ovvero ai medici viene attribuito lo status più elevato e agli OSS quello più basso, mentre agli infermieri è attribuito uno status intermedio.

Controllo della manipolazione: percezione dell'instabilità

Per valutare come i rispondenti abbiano percepito i cambiamenti futuri dello status in funzione delle tre condizioni sperimentali, e valutare quindi l'efficacia dell'artefatto sperimentale, è stata condotta un'analisi della varianza per misure ripetute 3 (condizione) x 3 (condizione futura di medici, infermieri e OSS) con quest'ultima variabile considerata entro partecipanti. Il grafico della pagina seguente (grafico 6.2), riporta le attribuzioni della condizione futura (migliore, peggiore, uguale) in funzione delle condizioni sperimentali.

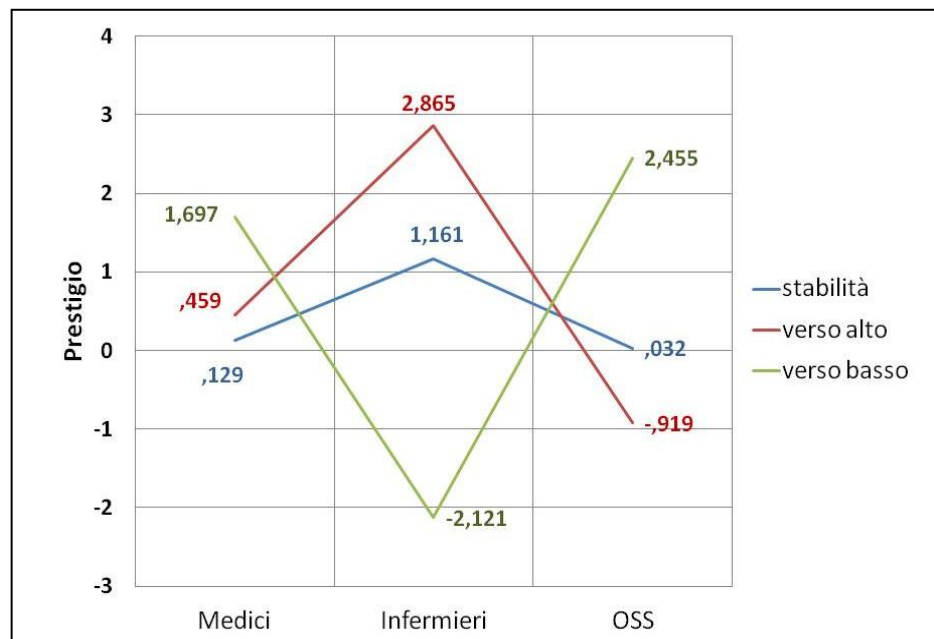


Grafico 6.2 Valutazione della condizione futura (Prestigio: range -5 = peggioramento status – +5 = miglioramento status) a seguito della manipolazione sperimentale

I risultati mostrano che la valutazione del futuro delle professioni in generale non cambia né in funzione della professione ($F(2,196)= 0,340$ $p=0,712$ $\eta^2=. 0,003$),né in funzione della condizione di stabilità ($F(2, 98)= 0,828$ $p=0,440$ $\eta^2= 0,017$).

Come atteso, invece, emerge un effetto significativo di interazione fra professione e condizione sperimentale ($F(4, 196)= 40,641$ $p=0,000$ $\eta^2= 0,453$). Come si vede, prendendo a riferimento la professione infermieristica, vi è una differenza negativa nella condizione di instabilità verso il basso e positiva nella condizione di instabilità verso l'alto e tali differenze sono speculari nelle altre professioni come atteso.

Identificazione professionale

La correlazione di Pearson tra la misura dell'identificazione a 5 item (PISQ-5d, Mancini et al.,2015) e quella con un singolo item (SISI, Postmes, Haslam e Jans, 2012) mostra un coefficiente significativo di 0,793 ($n=97$, $p < 0.001$).

A completamento dell'analisi è stata effettuata un'analisi della varianza per misure ripetute 3 (condizione) x 2 (identificazione misurata a 5 ed a 1 item) considerando questa ultima come variabile entro i soggetti (vedi grafico 6.3).

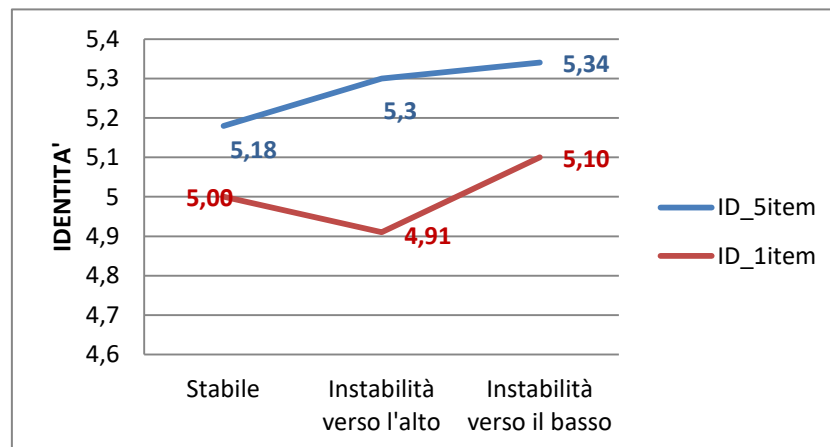


Grafico 6.3 Misura dell'identificazione professionale a 5 e ad 1 item

Il grafico mostra che la misura dell'identificazione a 5 item ha punteggi significativamente più alti della misura a singolo item ($F(1, 94)= 10,832$ $p=0,001$ $\eta^2= 0,103$), ma la differenza tra le due misure non varia in funzione della condizione, né come effetto principale ($F(2,94)=0,295$ $p=0,745$ $\eta^2= 0,006$) né come interazione ($F(2,94)=0,983$ $p=0,378$ $\eta^2= 0,020$).

Minaccia generale

Effettuando un'analisi ANOVA, considerando come variabile dipendente la minaccia generale, si è potuto valutare la sua variabilità in funzione della manipolazione.

Il grafico 6.4 riporta le medie della variabile misurate nell'intero campione rispetto alla minaccia generale dove, in linea con quanto atteso, si mette in luce il maggior grado di percezione della minaccia nella condizione di instabilità verso il basso.

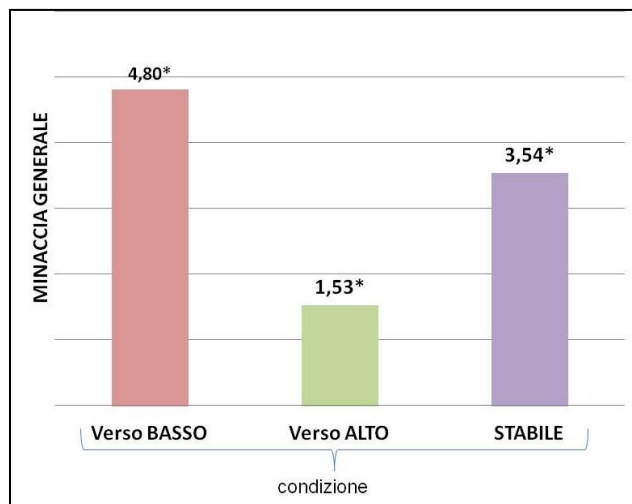


Grafico 6. 4 Valori medi Minaccia Generale (range 1 = fortemente in disaccordo – 6 = fortemente d'accordo) in funzione della condizione sperimentale

L'analisi ha mostrato una significativa variazione delle medie misurate, $F(2,98)=76.56$ $p=0,000$ $\eta^2=.0,610$, in funzione della condizione (tutti i post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < .05$).

Minaccia dall'alto e minaccia dal basso

Per valutare come le medie rilevate della minaccia dall'alto e dal basso fossero dipendenti dalla manipolazione e dalla direzione è stata effettuata un'analisi della varianza per misure ripetute 3 (condizione) x 2 (minaccia dall'alto vs minaccia dal basso). Il grafico 6.5 mostra i valori medi.

Gli indici statistici mostrano come le differenze non siano significative come effetto principale rispetto alla direzione della minaccia ($F(1,94)=0,76$ $p=0,783$ $\eta^2=0,001$), mentre sono significative le differenze misurate sia come effetto principale della condizione ($F(2, 94)=2,801$ $p=0,066$ $\eta^2=0,056$), sia per l'interazione con la condizione ($F(2,94)=4,829$ $p=0,010$ $\eta^2=0,093$).

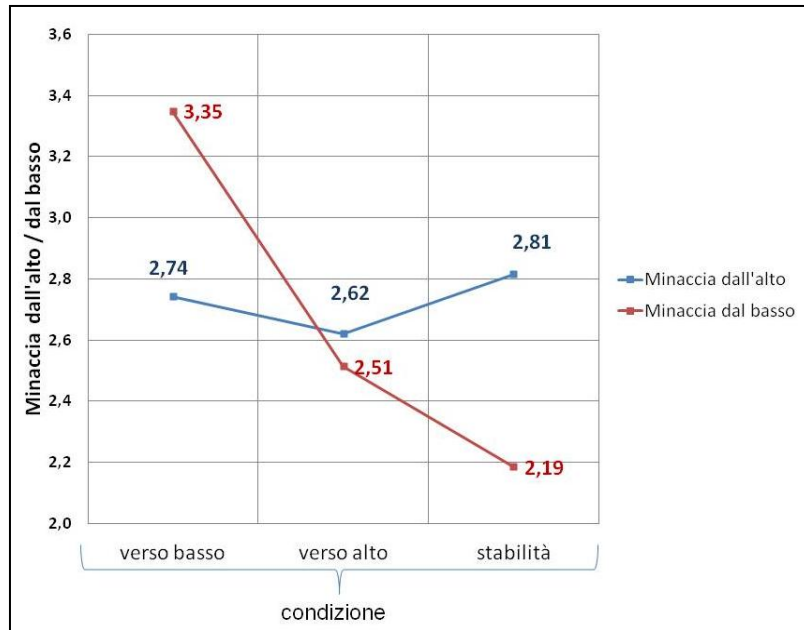
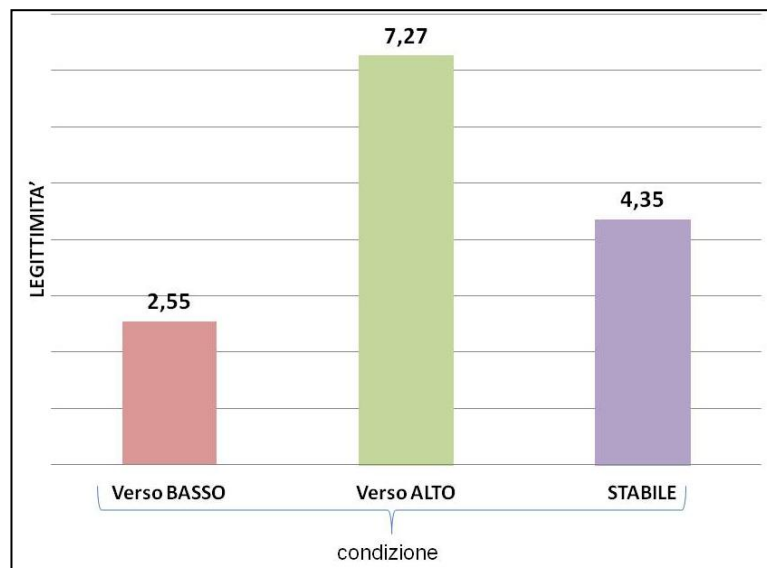


Grafico 6.5 Valori medi minaccia dall'alto / dal basso (range 1 = fortemente in disaccordo – 6 = fortemente d'accordo) in funzione della condizione sperimentale

Legittimità delle differenze di status

Indicando come variabile indipendente la legittimità percepita in funzione delle condizioni sperimentali è stata condotta una analisi ANOVA per valutarne la dipendenza dalla manipolazione. Come atteso, i valori maggiori di legittimità si sono registrati nella condizione di instabilità verso l'alto e quelli minori nella condizione di instabilità verso il basso. Il grafico 6.6 mostra i valori medi registrati dai rispondenti. I valori dell'ANOVA ($F(2,98) = 29,81$ $p = 0,000$ $\eta^2 = 0,378$) mostrano come le differenze registrate siano significative (tutti i post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < .05$).

Grafico 6.6 Valori medi della legittimità percepita (range 1 = ingiusto – 10 = giusto) in funzione delle condizioni sperimentali



Atteggiamento verso la formazione condivisa

Per valutare come l'atteggiamento alla formazione condivisa sia stato percepito in funzione della manipolazione è stata condotta un'analisi ANOVA.

Le differenze delle misure registrate per l'atteggiamento verso la formazione interprofessionale, (grafico 6.7) non mostrano differenze significative ($F(2,96)=0.634$ $p=0.533$ $\eta^2=.0013$). Non di meno, le medie alte registrate in tutte e tre le condizioni sembrano far presupporre che gli intervistati abbiano un buon atteggiamento verso la formazione comune, non curandosi della propria variazione in funzione della condizione di stabilità o instabilità in relazione allo status della professione futura.

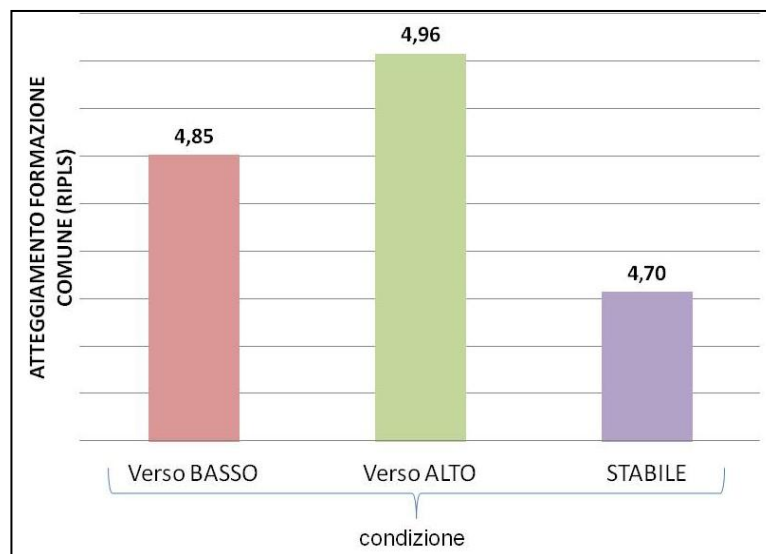


Grafico 6.7 Valori medi dell'atteggiamento alla formazione comune (range 1= completamente in disaccordo – 5 = completamente d'accordo) in funzione delle condizioni sperimentali

In appendice 1 la tabella riassuntiva dei valori di tutte le variabili misurate

§6.2.6 Discussione / Conclusioni

Obiettivo primario di questo studio pilota è stato quello di valutare se le manipolazioni proposte attraverso gli articoli fittizi fossero efficaci e se le misure proposte fossero corrette.

Per quanto riguarda il livello di prestigio delle professioni i risultati mostrano come, indipendentemente dalla condizione di stabilità/instabilità (verso l'alto e verso il basso), i rispondenti (studenti di infermieristica) hanno indicato, in accordo con le attese e con la letteratura, che i medici hanno il prestigio maggiore, gli OSS con quello più basso e gli infermieri si collocano nella posizione intermedia (Reeves, 2011).

Rispetto alla manipolazione della stabilità/instabilità della stratificazione sociale, i risultati mostrano come la percezione dello status futuro dei gruppi vari in maniera congrua rispetto alla manipolazione, mostrando così l'efficacia degli articoli come artefatto della manipolazione della stabilità e instabilità delle differenze fra le professioni. Nella condizione di stabilità, infatti, i partecipanti indicano una sostanziale mancanza di cambiamento fra le professioni, mentre nella condizione di instabilità verso l'alto viene indicato un sostanziale miglioramento del prestigio del proprio gruppo (infermieri) e un sostanziale peggioramento della condizione di medici e OSS (outgroup). Nella condizione di instabilità verso il basso, infine, i partecipanti riconoscono che il proprio gruppo (infermieri) andrà incontro a un peggioramento della propria condizione, mentre gli outgroup miglioreranno il proprio prestigio.

In accordo con quanto affermato da Postemers e colleghi (2012) e non essendoci la necessità di distinguere le varie componenti del costrutto dell'identità, le analisi di confronto tra la scala a 5 item e quella a 1 item, ci permettono la scelta di utilizzare la scala ad un item, anche in semplificare il più possibile la struttura del questionario.

Per quanto riguarda la rilevazione della percezione di minaccia rispetto alla condizione prospettata nell'articolo, i dati evidenziano una minaccia maggiore nella condizione di instabilità verso il basso.

Questo appare in linea con quanto riportato in letteratura dove si evidenzia che quando i membri dei gruppi presagiscono la possibilità di vedere ridotta la

differenza di status con un altro gruppo, riportano maggiori livelli di minaccia all'identità sociale e una ridotta autostima (Jetten et al., 2000). Similmente, poiché nel nostro studio i rispondenti erano dei futuri infermieri, un cambiamento verso il basso, ha indotto una maggiore percezione di minaccia generale.

Questa evidenza è supportata anche dai risultati relativi alle minacce dall'alto e dal basso. Infatti, in una condizione di instabilità verso il basso i valori di minaccia dal basso sono maggiori, mentre in una condizione di instabilità verso l'alto la minaccia percepita in misura maggiore è quella dall'alto. Il divario tra minaccia dal basso e dall'alto diventa più marcato nella condizione di stabilità. Si potrebbe presupporre che, in tale condizione, i rispondenti vedano nei medici (minaccia dall'alto) il gruppo che mette in discussione il loro status/prestigio. Questo, peraltro, sarebbe anche in linea con le polemiche di questi ultimi anni circa le competenze avanzate attribuite agli infermieri, ma non accettate dai medici nella pratica.

Questa considerazione trova un certo riscontro nei risultati relativi alla legittimità della condizione futura tra i gruppi. Infatti, i valori maggiori di legittimità si registrano nella condizione di instabilità verso l'alto, si riducono nella condizione di stabilità per raggiungere i livelli minori nella condizione di instabilità verso il basso.

Infine, sebbene non sia apparsa una significatività statistica, ci sembra interessante mettere in risalto come nella condizione di instabilità verso l'alto i rispondenti abbiano riportato un valore dell'atteggiamento verso la collaborazione maggiore rispetto alle altre due condizioni.

§ 6.3 STUDIO 2

§6.3.1 Metodo

Disegno di ricerca

Il disegno quasi - sperimentale prevede la costituzione di nove gruppi di partecipanti: 3 gruppi per ogni professione x 3 condizioni di stabilità/instabilità.

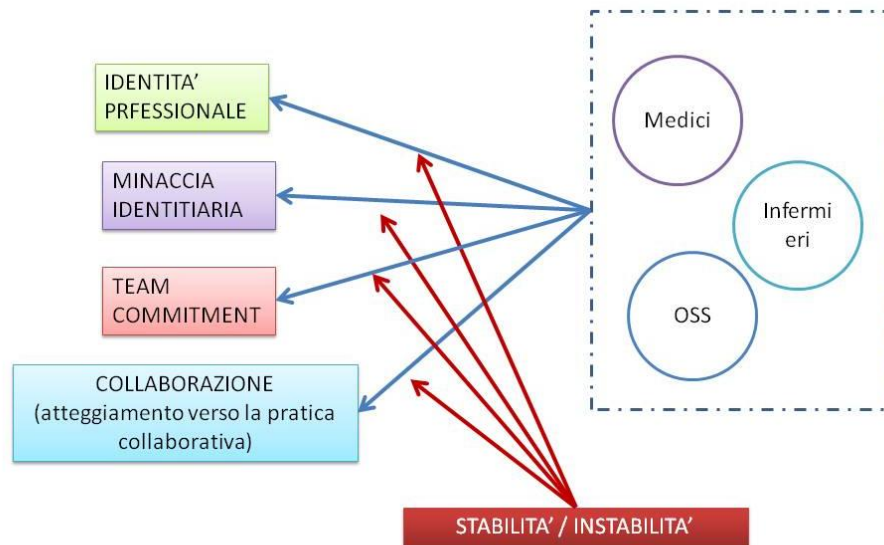


Figura 6.1 Il disegno di ricerca

La figura 6.1 raffigura il disegno di ricerca dello studio.

Sulla sinistra vengono riportati le variabili che sono state misurate per ognuno dei gruppi ed è raffigurato l'effetto moderatore (manipolazione) della stabilità/instabilità su di loro. Le ipotesi di ricerca sono state già presentate all'inizio del capitolo.

Procedura

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla Direzione Medica ed Assistenziale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, i professionisti (medici e infermieri) e gli operatori (OSS) sono stati estratti in maniera casuale dall'anagrafica aziendale attraverso il numero di matricola.

È stata inviata una email a ogni dipendente estratto per chiedere l'adesione allo studio e convocarlo, secondo un calendario stabilito, presso il laboratorio

informatico dell'Università degli Studi di Parma. Il giorno stabilito, i partecipanti sono stati fatti accomodare nella postazione e il ricercatore ha detto soltanto che tutte le istruzioni alla compilazione sarebbero state fornite attraverso il monitor. Ogni professionista è stato assegnato in maniera casuale a una delle condizioni sperimentali (stabilità, instabilità verso l'alto ed instabilità verso il basso) e ha risposto al medesimo questionario.

Cover story

Ai partecipanti è stato fatto credere di partecipare ad un'indagine Ministeriale su campo Nazionale, alla luce del Tavolo di Lavoro Regioni – Ministero sullo sviluppo del profilo di competenza delle professioni sanitarie. In relazione alla professione e alla condizione sperimentale a cui il soggetto è stato casualmente attribuito è stata proposta la lettura dell'articolo fittizio corrispondente e la successiva somministrazione del questionario. Alla fine della compilazione sono stati resi noti i reali obiettivi dello studio e chiesto nuovamente l'assenso alla partecipazione allo studio.

Manipolazione della stabilità / Instabilità

La manipolazione della stabilità/instabilità è stata realizzata attraverso un articolo fittizio che, a seconda del gruppo professionale di appartenenza, indicava condizioni di stabilità o instabilità, verso l'alto o verso il basso, per i gruppi professionali (vedi tabella 6.2).

	Stabilità	Instabilità verso l'alto	Instabilità verso il basso
medici	Art. A	Art. B	Art. C
infermieri	Art. A	Art. C	Art. B
OSS	Art. A	Art. B	Art. C

Tabella 6.2 Schema degli articoli proposti

L'articolo proposto, come per lo studio pilota, è stato presentato come l'abstract di un articolo pubblicato su una testata nazionale nel quale venivano esposte le prospettive di una nuova configurazione delle professioni sanitarie alla luce del tavolo di lavoro Regioni – Ministero sullo sviluppo delle professioni sanitarie (per la descrizione si veda §6.2.2).

§ 6.3.2 Misure

Differenze di status

Per questa misura delle differenze di status è stato riproposto lo strumento dello studio pilota.

Dopo la lettura dell'articolo, sono state proposte le seguenti misure:

Controllo della manipolazione della stabilità/instabilità

Legittimità percepita

Anche per queste misure sono stati riproposti gli strumenti dello studio pilota.

Minaccia Identitaria generale

L'indice di affidabilità per la scala della minaccia generale è risultato eccellente (α di Cronbach = 0.99).

Minaccia identitaria dall'alto e dal basso

Sebbene anche per questa misura è stato scelto lo strumento utilizzato nello studio pilota, il fatto che gli intervistati appartenevano alle tre categorie professionali, ha reso indispensabile distinguere i gruppi rispetto alla provenienza della minaccia.

A scopo esemplificativo, si riporta la tabella 6.3 a indicare per ogni gruppo rispondente il gruppo a cui corrisponde la minaccia dall'alto o dal basso.

Professione	Minaccia dall'alto	Minaccia dal basso
Medici	Infermieri	//////////
Infermieri	Medici	OSS
OSS	//////////	Infermieri

Tabella 6.1 Direzione delle minacce

Ottimi ed eccellenti si sono mostrati gli indici di affidabilità delle due scale minaccia dall'alto (α di Cronbach=0.82) e minaccia dal basso (α di Cronbach=0.98).

Identificazione professionale

L'identificazione professionale è stata misurata attraverso un singolo item proposto da Postmes e colleghi (Postmes, Haslam e Jans, 2012) definito come SISI (Singel Item Social Identification) e declinato con “*Mi identifico con*

(*medici/infermieri/OSS*)". Le risposte possibili erano disposte su una scala tipo Likert a 6 punti (da 1 = fortemente in disaccordo a 6 = fortemente in accordo).

Team Commitment

Questa variabile non è stata testata nello studio pilota in quanto non ci è sembrato opportuno proporre questa misura agli studenti che di fatto non sono assegnati ad alcuna U.O./servizio.

Per lo studio 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.*).

L'affidabilità di questa scala è ottima (α di Cronbach=0.95)

Atteggiamento nei confronti della pratica collaborativa

La scala utilizzata è la "Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration" (Hojat et al. 1999). Gli item utilizzati sono 9 a cui rispondere tramite una scala Likert a 5 punti (da 5=fortemente d'accordo a 1=fortemente in disaccordo) (es. item: *E' giusto che gli infermieri siano responsabili dell'assistenza infermieristica fornita al paziente.*).

La scala utilizzata è stata progettata e validata per la misurazione dell'atteggiamento della collaborazione tra Medici ed Infermieri. Pertanto, per misurare la stessa variabile tra infermieri ed OSS, sono stati aggiunti alcuni item derivanti dalla stessa scala, ma declinati tenendo conto di questi ultimi due ruoli sanitari, come già fatto in un precedente lavoro in Italia (Bondavalli, Guberti e Iemmi, 2012) (es item: *Gli OSS, nell'ambito dell'assistenza ai pazienti, vogliono esercitare un'autorità maggiore di quella che possono effettivamente assumersi.*).

Per le due scale gli indici di affidabilità si sono mostrati eccellenti/ottimi, per la prima α di Cronbach è risultato pari a 0.93, mentre per la seconda era pari a 0.82.

Importanza attribuita alla collaborazione fra i professionisti

Per valutare la percezione dei rispondenti circa l'importanza della collaborazione tra i gruppi professionali coinvolti nello studio in relazione all'organizzazione e alla salute del paziente, sono stati inseriti sei item (tre per ogni coppia di gruppi professionali) a cui rispondere tramite una scala Likert a 6 punti (1 pochissimo - 6 moltissimo)(es.: *Quanto incide la collaborazione tra e sulla salute*

dei pazienti? Quanto incide la collaborazione tra e
sull'organizzazione di un Servizio / U.O.?)

A completamento sono stati chiesti i dati socio anagrafici (età, genere, titolo di studio) e alcuni dati relativi alla carriera professionale (es.: anni di servizio, ambito in cui l'attuale UO è inserita).

§6.3.3 Partecipanti

I professionisti che hanno aderito allo studio sono stati 229 . Nelle tabelle seguenti la distribuzione nell'ordine in funzione del genere, dell'età e dell'anzianità di servizio.

Genere	INFERMIERI		MEDICI		OSS		TOTALE	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maschio	16	20.78%	63	87.50%	37	49.33%	116	51.79%
Femmina	61	79.22%	9	12.50%	38	50.67%	108	48.21%
totale	77	100%	72	100%	75*	100%	224*	100%

Tab 6.4 distribuzione dei rispondenti per sesso e professione
(5 OSS non hanno riportato il genere)

Da mettere in evidenza l'inversione delle percentuali tra i generi nelle professioni medica ed infermieristica e la parità, invece, in quella degli OSS
($Chi_2(2)=66.611$; $p = 0.000$).

Distribuzione età					
	n	min	max	m	DS
INFERMIERI	77	24	52	40.32	7.59
MEDICI	72	25	58	47.24	6.78
OSS	80	30	60	42.51	6.07
Totale	229	24	60	43.26	7.37

Tabella 6.5 distribuzione dei rispondenti in funzione dell'età e della professione

	n	min	max	m	DS
INFERMIERI	77	2	28	17.07	7.3
MEDICI	72	5	29	16.5	6.35
OSS	80	3	27	17.5	5.72
Totale	229	2	29	17.04	6.48

Tabella 6.6 Distribuzione dei rispondenti rispetto all'anzianità di servizio

§6.3.4 Risultati

Controllo della manipolazione

Differenze di Status

La prima analisi qui riportata è il controllo dello status, ovvero la valutazione di come i professionisti percepiscono il prestigio della propria e altrui professione. È stata condotta una analisi della varianza per misure ripetute 3 (status della professione: medici vs. infermieri vs. OSS) x 3 (professione) con la prima variabile ripetuta fra i partecipanti. Il grafico 6.8 mostra i valori misurati.

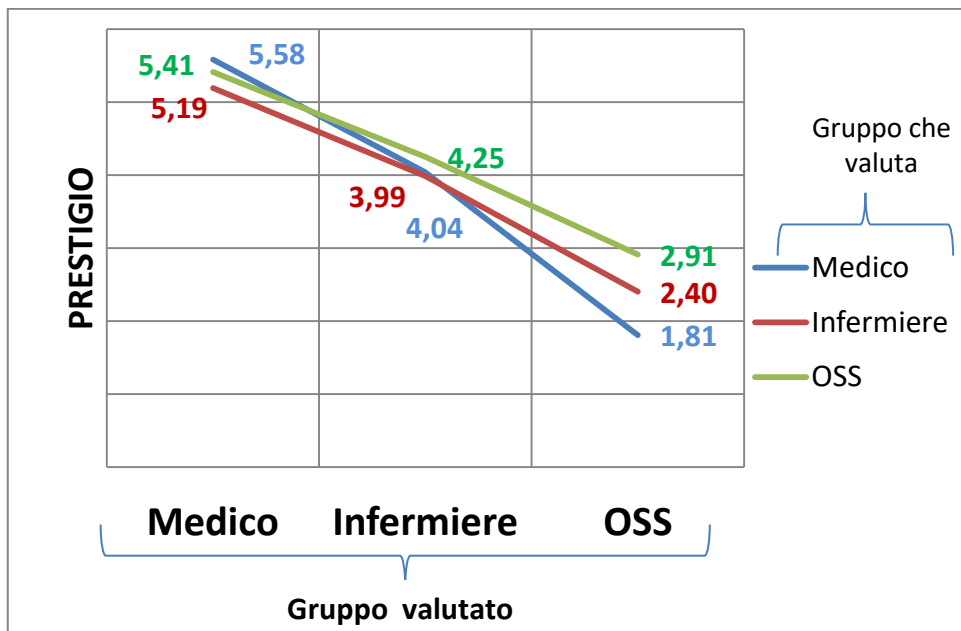


Grafico 6.5 Controllo della percezione dello status (prestigio; range 1 -6).

I risultati mostrano differenze significative tra i tre gruppi valutati ($F(2, 452)=2658.010$ $p<0.001$ $\eta^2=0.992$) e un effetto di interazione con i professionisti che valutano ($F(4,452) = 44.454$, $p < .001$, $\eta^2=0.282$). Le differenze di status (prestigio) risultano ben definite e corrispondono a quanto atteso con i medici nello status più alto ($M = 5.40$, $SD = 0.49$), gli infermieri con uno status intermedio ($M = 4.10$, $SD = 0.36$) e gli OSS come quelli con lo status più basso ($M = 2.39$, $SD = 0.76$), (i confronti multipli - con correzione di Bonferroni - sono significativi per $p < 0.001$).

I risultati mettono in evidenza come i medici pongono maggiore distanza fra la propria professione e gli OSS, e che le gerarchie sono sempre rispettate.

Manipolazione della instabilità delle differenze di status

Un'ulteriore analisi preliminare è rappresentata dal controllo della manipolazione, ovvero dal valutare come gli intervistati percepiscono il cambiamento del prestigio delle singole professioni in funzione della manipolazione definita dall'articolo. È stata, quindi, condotta un'analisi della varianza per misure ripetute 3 (condizioni sperimentali) x 3 (professione dei rispondenti) x 3 (prestigio futuro di medici, infermieri e OSS) con quest'ultima variabile considerata entro partecipanti.

Il grafico 6.8 mostra le differenze registrate dai rispondenti per le varie professioni in relazione alle tre condizioni sperimentali espresse nell'articolo.

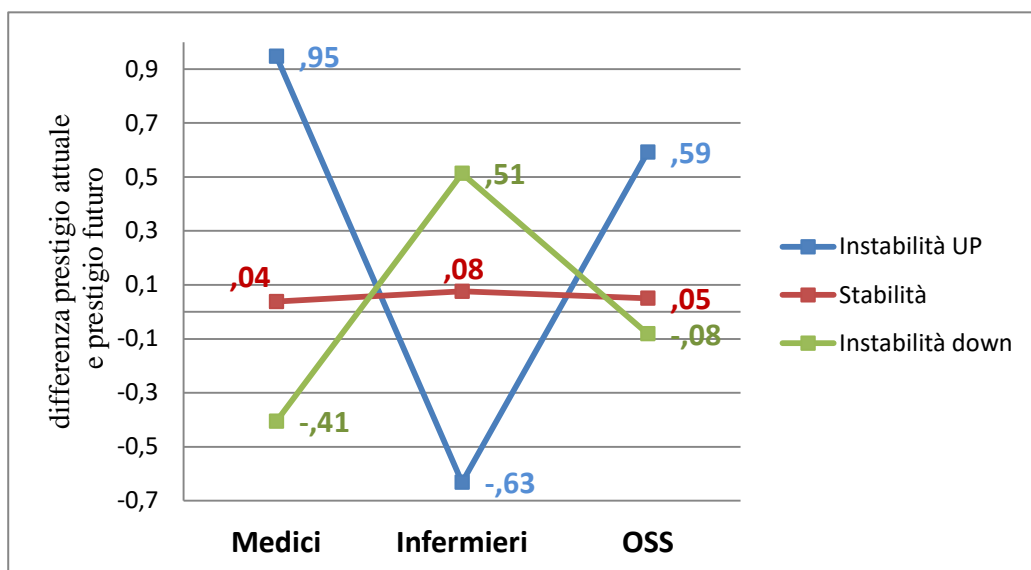


Grafico 6.6 differenze medie tra le condizioni attuali e future (range -5 peggiora - + 5 migliora) in relazione alle condizioni della manipolazione espressa nell'articolo

I risultati mostrano che la valutazione del futuro prestigio delle professioni in generale non cambia in funzione della professione ($F(2,456)= 0.787$ $p=0.456$ $\eta^2=.003$). Come atteso, invece, emerge un effetto significativo in funzione della condizione sperimentale ($F(2, 226)= 12.600$ $p < 0.001$ $\eta^2= 0.100$) e in funzione dell'interazione fra professione e condizione sperimentale ($F(4, 452)= 8.013$ $p<0.001$ $\eta^2= 0.066$). La figura 6.8 mostra come i rispondenti abbiano ben compreso la manipolazione della stabilità/instabilità: nella condizione UP (instabilità verso l'alto) è percepito un miglioramento delle condizioni da parte di Medici e OSS ed un peggioramento degli Infermieri. Le misure risultano speculari nella condizione opposta (instabilità down o verso il basso), dove a migliorare sono le condizioni

degli Infermieri e a peggiorare quelle di Medici e OSS. Nella condizione di stabilità i valori subiscono flessioni minime.

§6.3.5 Verifica delle Ipotesi

H₁: L'identificazione professionale concorderà con il prestigio (status) del gruppo professionale, così che i medici riporteranno valori maggiori, gli infermieri valori intermedi e gli OSS quelli più bassi (H1_1); tali valori diminuiranno per tutti i gruppi professionali nella condizione sperimentale di instabilità verso il basso (down; H1_2).

Per verificare questa ipotesi è stata condotta un'analisi della varianza bivariata in cui si è assunta come variabile dipendente l'identificazione professionale e come variabili indipendenti la professione e la condizione sperimentale.

Il grafico 6.9 mostra i valori misurati per professione e condizione.

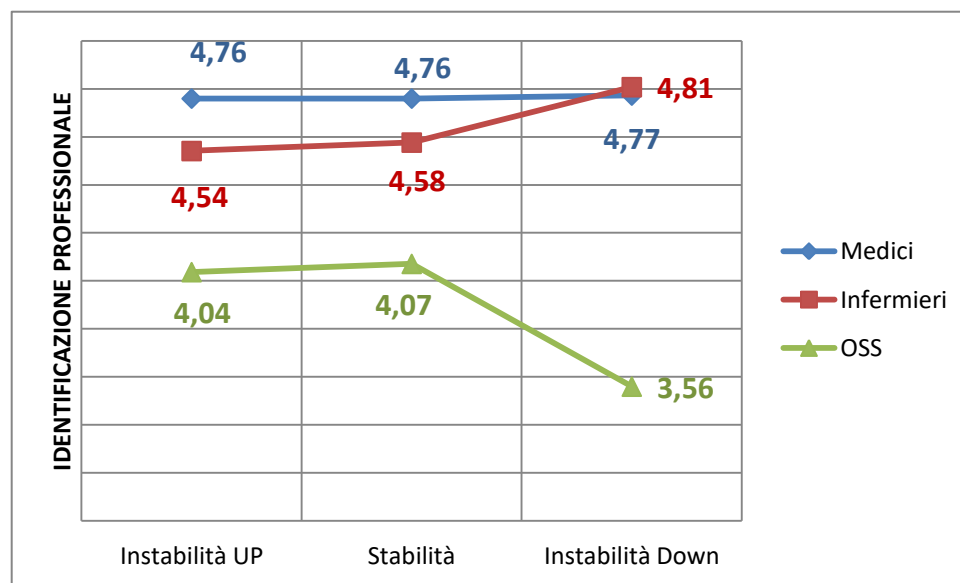


Grafico 6.7 Identificazione professionale (range 1 = disaccordo – 5 accordo) x Professione x condizione sperimentale (valori medi)

I risultati mostrano un effetto significativo della professione ($F(2, 219) = 20.846$, $p < 0,001$, $r^2 = 0.160$), mostrando i medici con una identificazione maggiore ($M = 4.76$, $SD = 0.49$), gli infermieri intermedia ($M = 4.64$, $SD = 0.92$) e gli OSS minore ($M = 3.90$, $SD = 1.16$). I post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < 0.05$, nelle differenze tra le medie tra medici e OSS e infermieri e OSS.

Non risultano effetti significativi né in funzione della condizione sperimentale ($F(2, 219) = 0.193$ $p = 0.825$ $\eta^2 = 0.002$), né dell'interazione di questa con la professione ($F(4, 219) = 1.482$ $p = 0.209$ $\eta^2 = 0.026$).

H₂: L'identificazione con il reparto (team commitment) sarà maggiore negli infermieri rispetto ai medici (e presumibilmente agli OSS) (H_{2_1}); il divario tra infermieri e medici (OSS) aumenterà in una condizione di instabilità, in particolare di instabilità verso l'alto (H_{2_2})

Anche in questo caso per verificare l'ipotesi è stata condotta un'analisi della varianza bivariata in cui si è assunta come variabile dipendente l'identificazione con il reparto (team commitment) e come variabili indipendenti la professione e la condizione sperimentale.

Il grafico 6.10 mostra i valori misurati per professione e condizione.

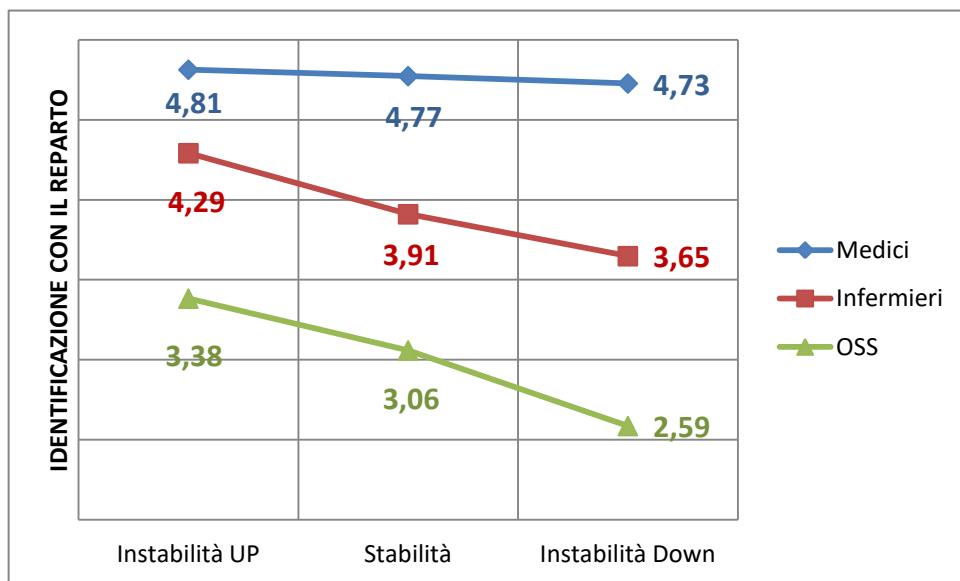


Grafico 6.8 Identificazione con il reparto x Professione x Condizione

I risultati mostrano, in analogia all'identificazione professionale, un effetto significativo della professione ($F(2, 228) = 25.765$ $p < 0.001$ $\eta^2 = 0.190$), per il quale i medici esprimono una identificazione maggiore ($M = 4.78$, $SD = 1.06$), gli infermieri leggermente minore ($M = 3.93$, $SD = 1.75$) e gli OSS una identificazione minore ($M = 3.02$, $SD = 1.60$). I post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < 0.05$.

Non risultano effetti significativi né in funzione della condizione ($F(2,220)= 2.110$ $p=0.125$ $\eta^2=0.019$), né nell'interazione di questa con la professione ($F(4, 228)= 0.386$ $p=0.819$ $\eta^2=0.007$).

H_3.1 *La percezione della minaccia generale sarà minore per la professione con status più elevato (medici) e maggiore per lo status intermedio (infermieri; H3_1); La percezione della minaccia (generale) sarà inoltre maggiore nelle condizione di instabilità verso il basso indipendentemente dalla professione (H3.2).*

La verifica di questa ipotesi può essere condotta attraverso un'unica analisi della varianza bivariata in cui la variabile dipendente è la minaccia generale e le variabili indipendenti sono la professione e la condizione sperimentale.

Il grafico 6.11 mostra i valori medi misurati per professione e condizione

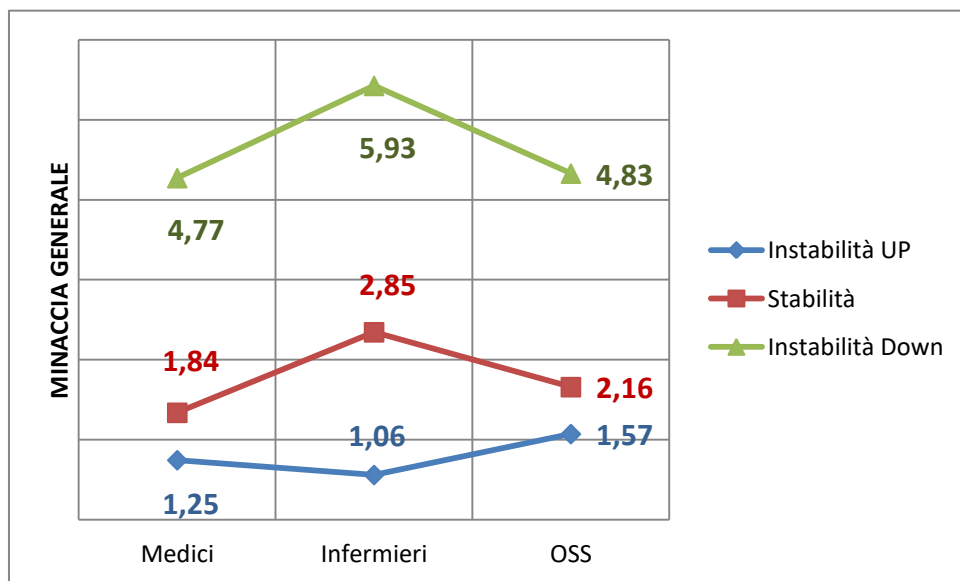


Grafico 6.9 Minaccia generale x Professione x condizione sperimentale

I risultati mostrano un effetto significativo della professione ($F(2, 220)= 25.622$ $p<0.001$ $\eta^2=0.189$), mostrando gli infermieri come il gruppo che percepisce una minaccia maggiore ($M=3.37$, $SD=2.11$), seguiti dagli OSS ($M=2.80$, $SD=1.5$) ed infine dai medici ($M=2.53$, $SD=1.61$). I post-hoc HSD di Tukey sono tutti significativi per $p < 0.05$.

Risultano, altresì, effetti significativi in funzione della condizione sperimentale ($F(2,220)= 932.462$ $p<0.001$ $\eta^2=0.894$), dove i rispondenti nella condizione di instabilità verso l'alto (UP) hanno mostrato la media più bassa ($M=1.30$, $SD=0.46$), quelli nella condizione di stabilità una media quasi raddoppiata ($M=2.28$, $SD=0.83$) e quelli nella condizione di instabilità verso il basso (Down) una media altissima ($M=5.2$, $SD=0.7$).

Anche in funzione dell'interazione tra la condizione e la professione si sono misurati effetti significativi ($F(4, 220)= 16.260$ $p<0.001$ $\eta^2=0.228$). I dati sembrano suggerire come gli infermieri in particolare, abbiano una percezione della minaccia maggiore rispetto agli altri e che la condizione sperimentale pare abbia maggior effetto su di essi, Infatti nella condizione di instabilità up registrano il valore più basso, così come nella condizione di stabilità e instabilità down registrano valori più alti, rispetto agli altri gruppi.

Inoltre è interessante sottolineare la significatività dell'effetto di interazione (non prevista nell'ipotesi) tra professione e condizione, dove in una condizione di instabilità verso l'alto infermieri e OSS si comportano in modo inatteso, cioè riducono i primi (infermieri) e aumentano i secondo (OSS) la minaccia. evidenzia Questi dati sembrano suggerire che se gli infermieri vedono bene la possibilità di un cambiamento verso l'alto, gli OSS ne hanno paura.

H_4: L'atteggiamento verso la collaborazione interprofessionale sarà maggiore negli infermieri rispetto ai medici (e presumibilmente agli OSS; H4_1); questa differenza, inoltre, aumenterà nella condizione di instabilità verso l'alto (H4_2).

Come per le precedenti ipotesi, anche per queste, è possibile per la loro verifica effettuare un'unica analisi. Si è pertanto eseguita un'analisi della varianza bivariata, dove però occorre sottolineare che le scale utilizzate per la misura dell'atteggiamento verso la collaborazione sono due, una riferita alla collaborazione tra medici ed infermieri e l'altra riferita alla collaborazione tra infermieri e OSS. Pertanto, come valore della variabile dipendente è stata utilizzata la media delle due scale e come variabili indipendenti la professione e la condizione sperimentale.

Il grafico 6.12 riporta i valori medi rilevati.

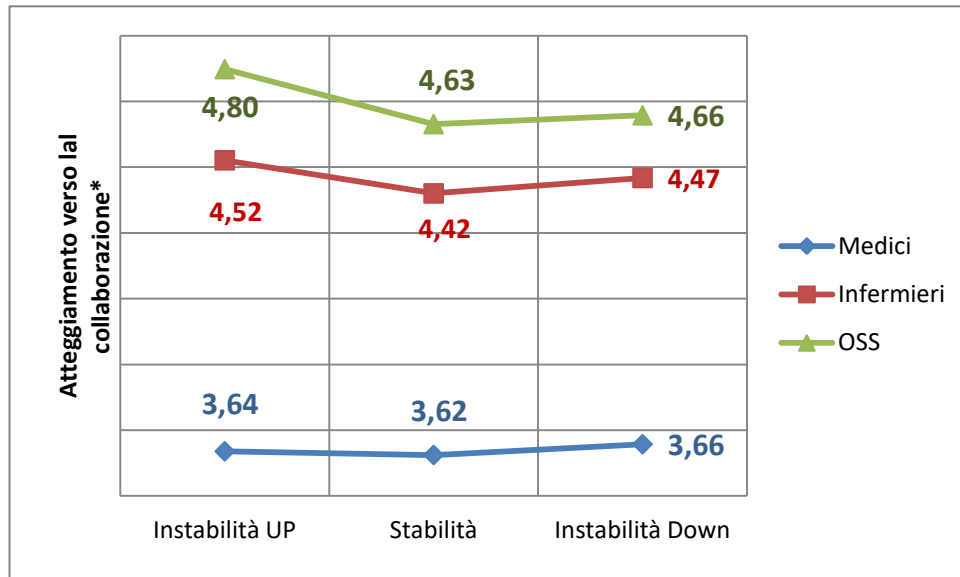


Grafico 6. 10 Atteggiamento verso la collaborazione x Professione x condizione (* media tra la misura dell'atteggiamento tra medici ed infermieri e la misura dell'atteggiamento tra infermieri e OSS)

I risultati mostrano un effetto significativo della professione ($F(2, 220)= 321.235$ $p<0.001$ $\eta^2=0.01$), mostrando gli OSS come il gruppo che ha una misura dell'atteggiamento verso la collaborazione maggiore ($M=4.70$, $SD=0.33$), seguiti dagli Infermieri ($M=4.47$, $SD=0.21$) ed infine dai medici ($M=3.64$ $SD=0.24$). I post-hoc HSD di Tukey sono tutti significativi per $p < 0.05$.

Risultano, invece privi di effetti significativi le misure rilevate in funzione della condizione sperimentale ($F(2,220) = 2.373$ $p = 0.096$, $\eta^2=0.21$) e gli effetti di interazione tra questa e la professione ($F(4,220) =0.764$ $p = 0.550$, $\eta^2=0.014$).

§ 6.3.6 ULTERIORI ANALISI

Importanza della collaborazione per la salute dei pazienti

Un'ulteriore analisi circa la misura dell'atteggiamento verso la collaborazione è stata quella effettuata chiedendo ai rispondenti la loro opinione circa l'importanza della collaborazione in funzione della salute dei pazienti e dell'organizzazione. Sono state realizzate due misure dell'importanza della collaborazione per ogni

coppia di professioni possibili (medici - infermieri; infermieri - OSS, medici - OSS); i grafici sottostanti ne riportano i risultati.

La prima misura che viene illustrata è l'atteggiamento dei rispondenti rispetto all'importanza della collaborazione tra le figure sanitarie per la salute del paziente. Per analizzare tali misure è stata condotta una analisi della varianza per misure ripetute (collaborazione medici - infermieri, infermieri - OSS, medici - OSS) considerando la professione e la condizione sperimentale come fattore ripetuto tra soggetti.

I risultati mostrano un effetto principale significativo ($F(2,220)=1004.532$ $p = 0.00$ $\eta^2=0.820$). Il grafico 6.13 evidenzia come sull'intero campione la collaborazione medico - OSS sia indicata la meno importante ($M=3.20$, $SD=0.9$), mentre la collaborazione medico - infermiere ($M=5.22$, $SD=0.53$) e la collaborazione infermiere - OSS ($M=5.03$, $SD=0.50$) registrano entrambi valori più elevati.

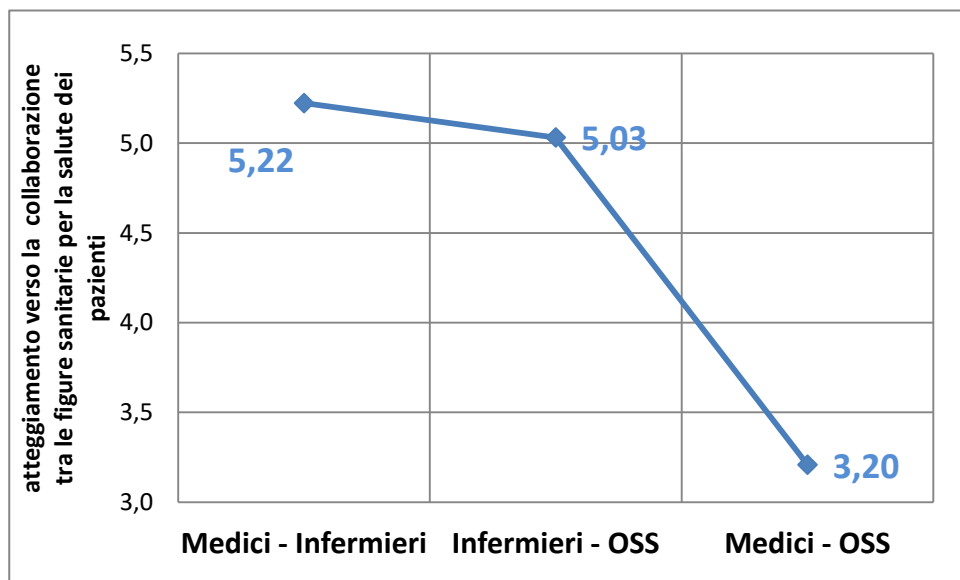


Grafico 6.13 - della collaborazione tra le figure (campione intero)

Gli indici statistici, inoltre, indicano una significatività degli effetti di interazione della variabile importanza della collaborazione per la salute dei pazienti sia con la professione ($F(4,440)=5.938$ $p = 0.000$ $\eta^2=0.051$), sia con la condizione ($F(4,440)=2.468$ $p = 0.044$ $\eta^2=0.022$). I grafici 6.14 e 6.15 ne riportano i valori.

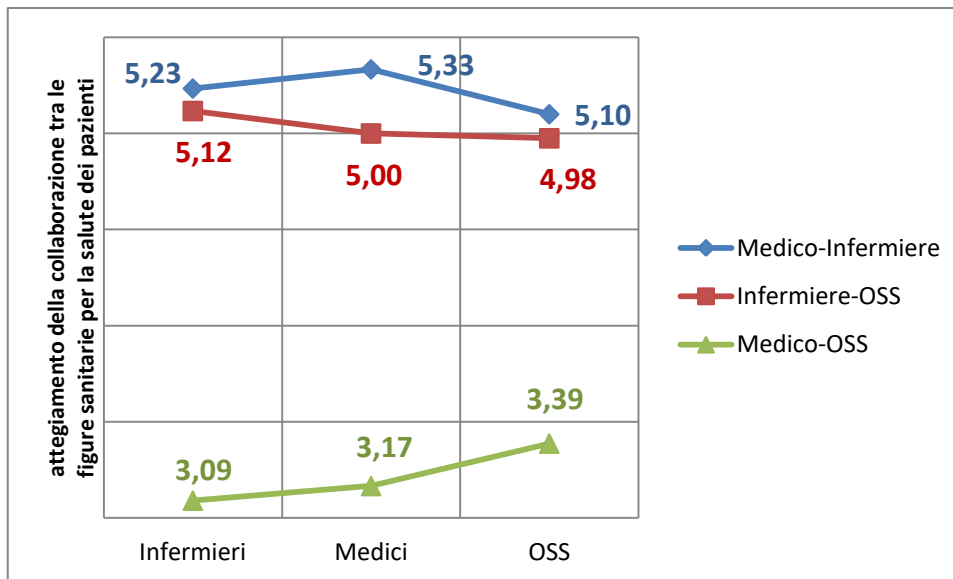


Grafico 6.14 - Atteggiamento della collaborazione tra le figure professionali per la salute del paziente x professione

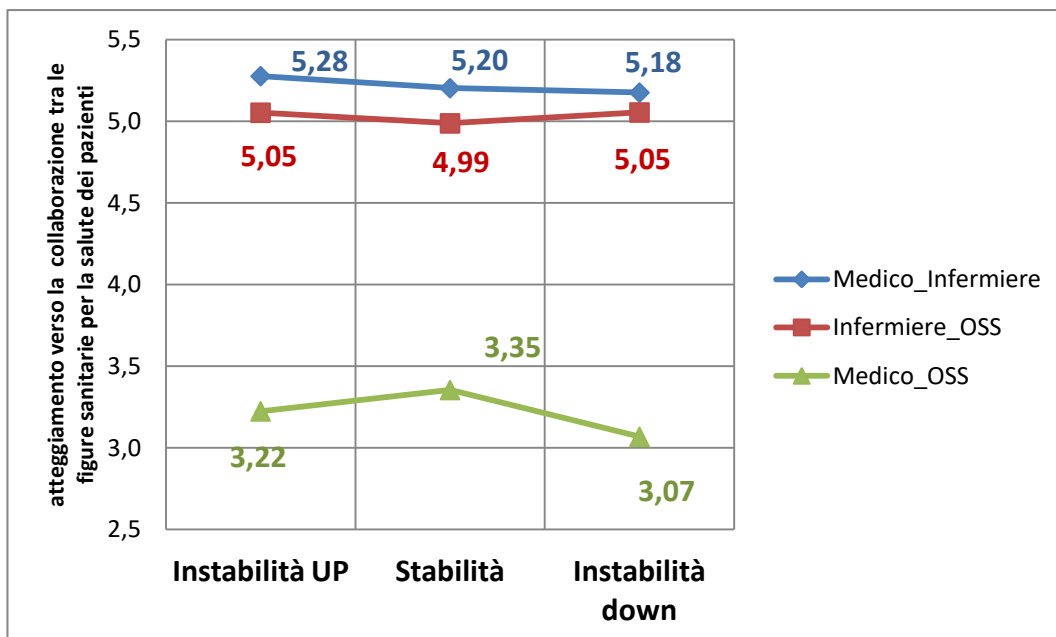


Grafico 6.15 - Atteggiamento verso collaborazione tra le figure professionali per la salute del paziente x condizione

Il grafico 6.14 mostra come la significatività dell'effetto della professione sia ad indicare i livelli distinti delle tre collaborazioni in termini di media rilevata, concordano però nell'indicare la collaborazione tra medico e OSS come la meno importante, quella tra medici e infermieri la più rilevante e quella tra infermieri e OSS nella posizione intermedia seppur con valori più vicini rispetto alla prima coppia.

Nel grafico 6.15 che illustra i valori attribuiti alle collaborazioni tra le varie figure in ragione della condizione, ed evidenzia come l'effetto della condizione sia significativo circa le medie rilevate ma mantenga l'ordine e le distanze tra le varie coppie di collaborazione percepite .

Importanza della collaborazione per l'organizzazione dei sistemi sanitari

Analoghe misure sono state condotte per valutare l'atteggiamento dei rispondenti in relazione all'importanza della collaborazione tra le figure considerate in funzione all'organizzazione.

Anche per questa variabile è stata condotta un'analisi della varianza per misure ripetute.

I risultati mostrano un effetto principale significativo ($F(2,217)=114.019$ $p = 0.000$ $\eta^2=0.0837$). Il grafico 6.14 evidenzia come sull'intero campione la collaborazione medico - OSS sia indicata come la meno importante ($M=2.73$, $SD=0.99$), mentre la collaborazione medico - infermiere ($M=5.25$, $SD=0.99$), mentre la collaborazione infermiere - OSS ($M=4.99$, $SD=0.55$) e la collaborazione Infermiere - OSS ($M=4.99$, $SD=0.56$) registrano entrambi valori elevati con un maggior valore per la prima.

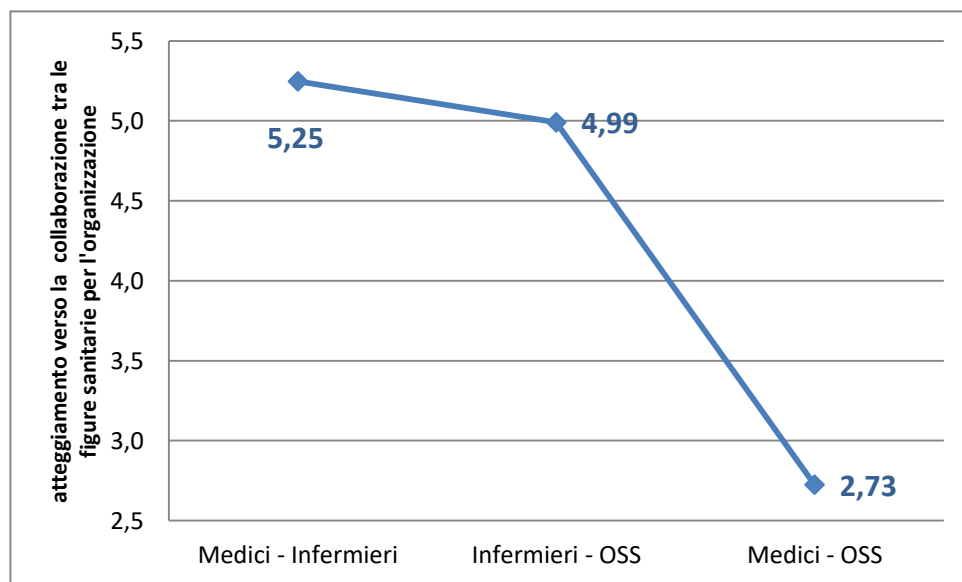


Grafico 6.14 - atteggiamento della collaborazione tra le figure professionali per l'organizzazione (intero campione)

Non si registrano effetti significativi per le interazioni della variabile con la condizione ($F(4,217)=0.314$ $p=0.868$ $\eta^2=0.003$) e con la Professione ($F(4,217)=1.252$ $p=0.288$ $\eta^2=0.011$).

Percezione della legittimità in relazione alla condizione manipolata

Facendo riferimento alle componenti strutturali della TIS ci è sembrato opportuno effettuare delle analisi sui valori misurati della legittimità in funzione della professione e della condizione manipolata. Pertanto è stata condotta un'analisi della varianza bivariata come valore della variabile dipendente è stata assunta la legittimità e come variabili indipendenti la professione e la condizione.

A riguardo il grafico 6.15 mostra tali valori.

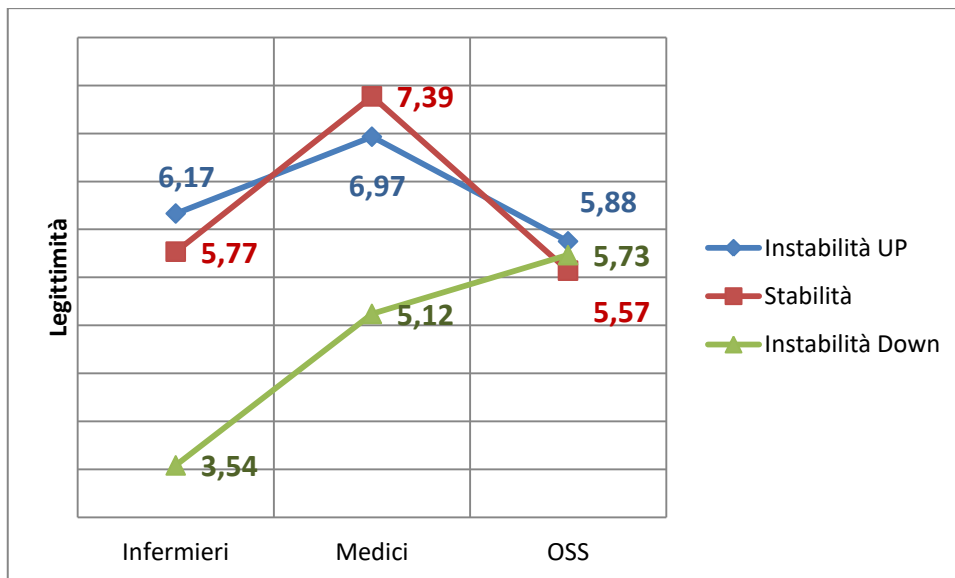


Grafico 6.15 :
Legittimità secondo la condizione sperimentale e la professione

I risultati mostrano un effetto significativo della professione ($F(2, 220) = 73.745$ $p<0.001$ $\eta^2=0.401$), mostrando i Medici come il gruppo che ha una misura della legittimità maggiore ($M=6.5$, $SD=1.2$), seguiti dagli OSS ($M=5.77$, $SD=0.6$) ed infine gli infermieri con la media più bassa ($M=5.11$ $SD=1.3$). I post-hoc HSD di Tukey sono tutti significativi per $p < 0.001$.

Risulta significativo anche l'effetto principale della condizione sperimentale ($F(2,220)= 123.659$ $p<0.001$ $\eta^2=0.529$) e l'effetto di interazione tra questa e la professione ($F(4,220)=35.587$ $p<0.001$, $\eta^2=0.393$).

È interessante valutare come le due professioni "dominanti" abbiano entrambe una percezione della legittimità bassa nella condizione di instabilità down (con un valore più basso per gli infermieri), ma è anche interessante come nella condizione

di instabilità vi sia un valore della legittimità decisamente più basso per gli infermieri rispetto ai medici. Si potrebbe ipotizzare che questo andamento rifletta una situazione di disagio percepito dagli infermieri per una non realizzazione delle condizioni di legge indicate nel profilo infermieristico, e quindi una insofferenza nel perdurare di fatto in una gerarchia funzionale che solo sulla carta dovrebbe essere superata dalle nuove disposizioni di legge. D'altronde il gruppo dominante (i medici) esprime la maggior legittimità nella condizione di stabilità, a voler rinforzare la sua posizione in un'ottica di status quo. Anche nella condizione di instabilità il livello di legittimità espresso dai medici pare scendere, come in una sorta di incertezza nella condizione futura di esercizio della propria professione.

§ 6.3.7 ANALISI RELATIVE AL SOLO GRUPPO DI STATUS INTERMEDIO (INFERMIERI)

Più volte in questo elaborato è stato sottolineato che una determinante importante di questa ricerca è la presenza di tre gruppi il cui status è legato a caratteristiche storico/ sociali che ne determinano la posizione relativa in una gerarchia e che sono state riconosciute dai rispondenti. In questa gerarchia, come già visto nelle stesse analisi (vedi grafici 6.7 - 6.8 e 6.9), il gruppo degli infermieri è posto tra un gruppo con status maggiore (medici) ed uno con status minore (OSS). La particolarità di trovarsi in uno status intermedio ci ha indotto ad effettuare alcune analisi specifiche per questo gruppo.

Percezione della minaccia

Per valutare come la minaccia generale venga percepita dagli infermieri in funzione della condizione, abbiamo proceduto con una analisi univariata della varianza considerando come variabile dipendente la minaccia generale e come fattore fisso la condizione di stabilità/instabilità verso il basso e verso l'alto.

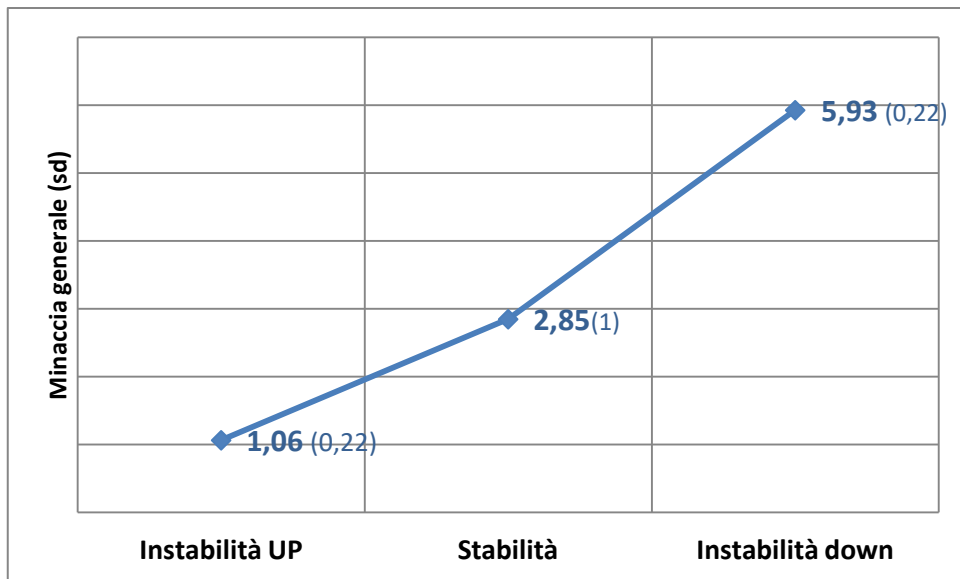


Grafico 6.15: Minaccia generale x Condizione (solo infermieri)

Il grafico mostra, come valori maggiori di minaccia generale si registrano nella condizione down rispetto alle altre due condizioni ($F(2,74)=412.954$ $p = 0,000$ $\eta^2=0,0918$).

I post-hoc HSD di Tukey sono tutti significativi per $p < 0.05$.

La posizione dello status intermedio degli infermieri ci permette di identificare anche la provenienza della minaccia percepita dagli infermieri, ovvero una minaccia percepita proveniente dal basso (dagli OSS) ed una minaccia percepita proveniente dall'alto (dai medici). Pertanto effettuando un'analisi per misure ripetute (minaccia dal basso e minaccia dall'alto), è stato possibile evidenziare nel grafico 6.16 la stima delle dimensioni degli effetti.

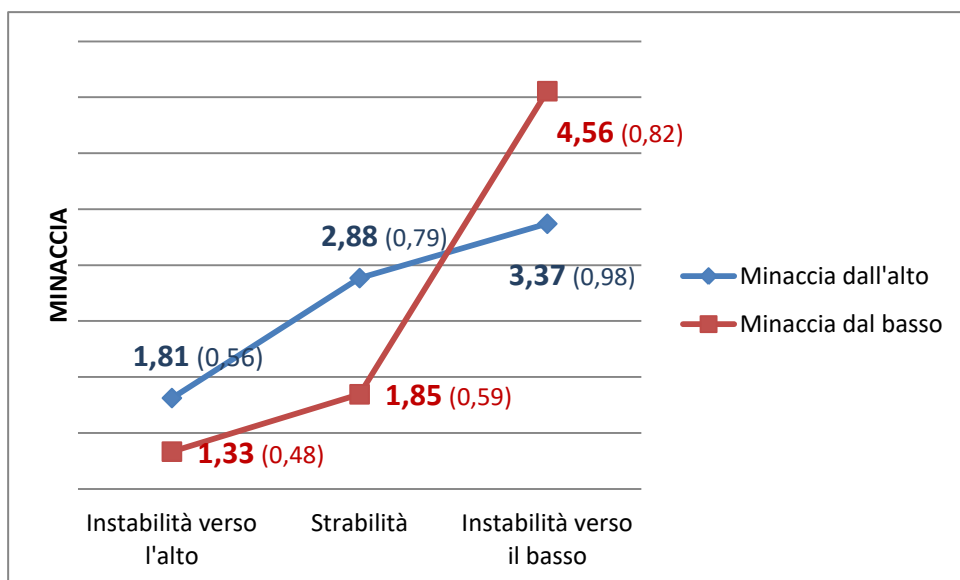


Grafico 6.16: Condizione x minaccia dall'alto/dal basso (solo infermieri)

Gli indici statistici dell'analisi mettono in evidenza la significatività degli effetti dell'interazione della minaccia con la condizione sperimentale ($F(2,74)=32.489$ $p = 0,000$ $\eta^2=0.468$). I valori delle medie riportati nel grafico 6.16 mettono in evidenza come gli infermieri percepiscono valori maggiori di minaccia nella condizione di instabilità down rispetto alla condizione di instabilità dall'alto e che tali livelli siano significativi non solo per la minaccia proveniente dal basso, ma anche per quella proveniente dall'alto. I post-hoc HSD di Tukey sono significativi per $p < 0.05$. Ciò conferma i maggiori livelli di minaccia riportati nel grafico 12, e già identificati nella ipotesi 3.

Gli indici statistici non riportano invece significatività per gli effetti diretti della variabile ($F(1,74)= 0.864$ $p = 0.356$ $\eta^2= 0.012$).

Collaborazione interprofessionale

Così come per la minaccia percepita anche la collaborazione generale per gli infermieri può assumere un valore verso l'alto (verso i medici) e uno verso il basso (verso gli OSS). Pertanto ci è sembrato opportuno condurre un'analisi della varianza per misure ripetute.

Gli indici statistici mettono in luce la significatività degli effetti diretti della variabile ($F(1, 74)= 1589.087$; $p < 0.001$ $\eta^2=0.956$) e i valori riportati nel grafico 6.17, mettono in evidenza il maggior atteggiamento verso la collaborazione con il gruppo con status maggiore (con i medici) che con quello di status inferiore (OSS) da parte degli infermieri.

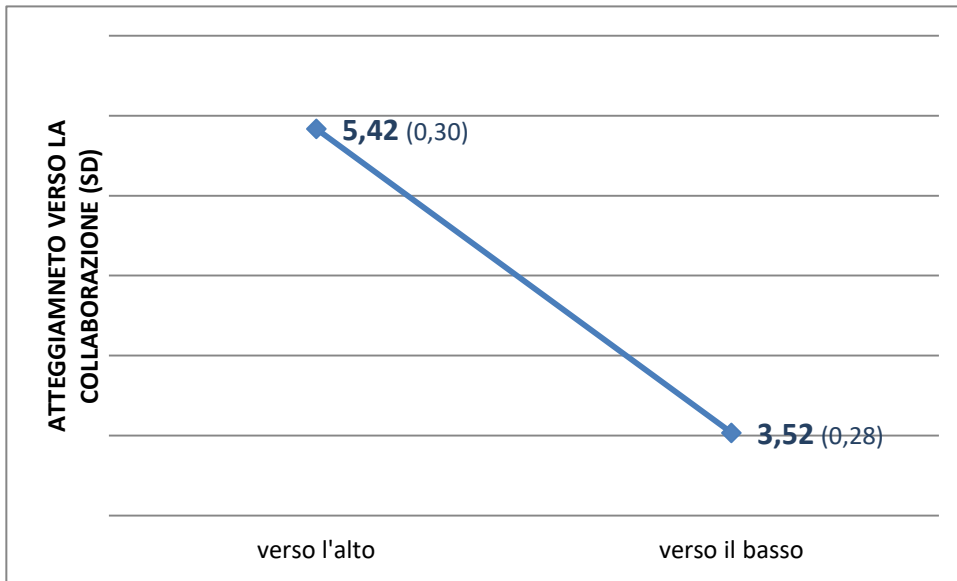


Grafico 6.17 : Atteggiamento verso la collaborazione verso l'alto/ verso il basso(solo infermieri)

Gli indici statistici indicano che non c'è un effetto significativo dell'interazione della variabile con la condizione sperimentale ($F(2, 74) = 2,813; p = .066 \eta^2 = 0,71$). Infatti, i valori mostrati nel grafico 6.18 suggeriscono che gli infermieri mostrano dei valori di atteggiamento maggiore con il gruppo di status maggiore a prescindere dalla condizione di stabilità/instabilità.

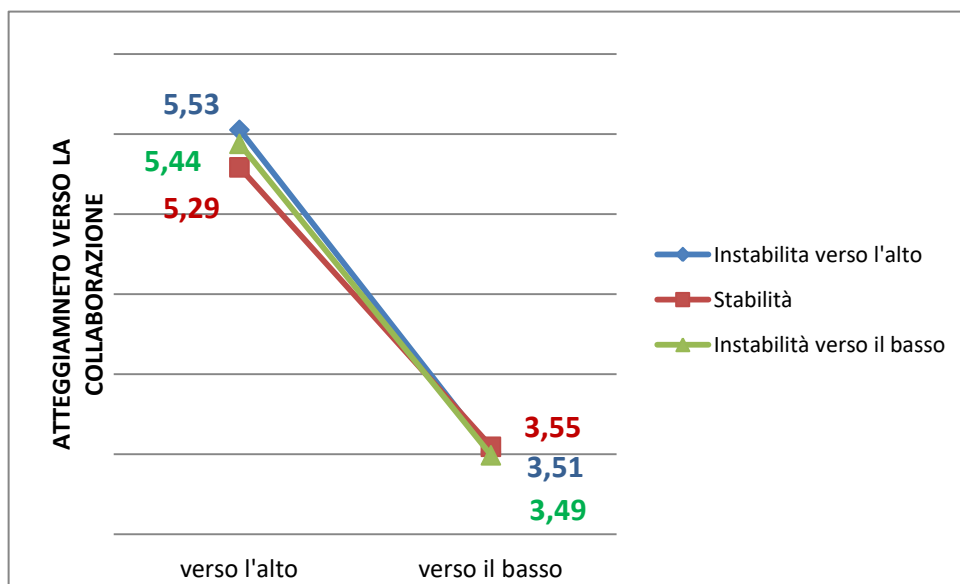


Grafico 6.18 Collaborazione verso l'alto e verso il basso x condizione

Atteggiamento verso la collaborazione in relazione alla condizione sperimentale e alla legittimità

Infine a concludere le analisi delle variabili dello studio per il gruppo intermedio degli infermieri, sono state condotte due diverse analisi applicando il modello lineare generalizzato in cui sono stati valutati gli effetti della minaccia generale (nella forma centrata) in funzione delle condizioni sperimentali di stabilità/instabilità per l'atteggiamento sia verso la collaborazione con i medici (verso l'alto) (Grafico 6.19) che verso la collaborazione con gli OSS (verso il basso) (Grafico 6.20).

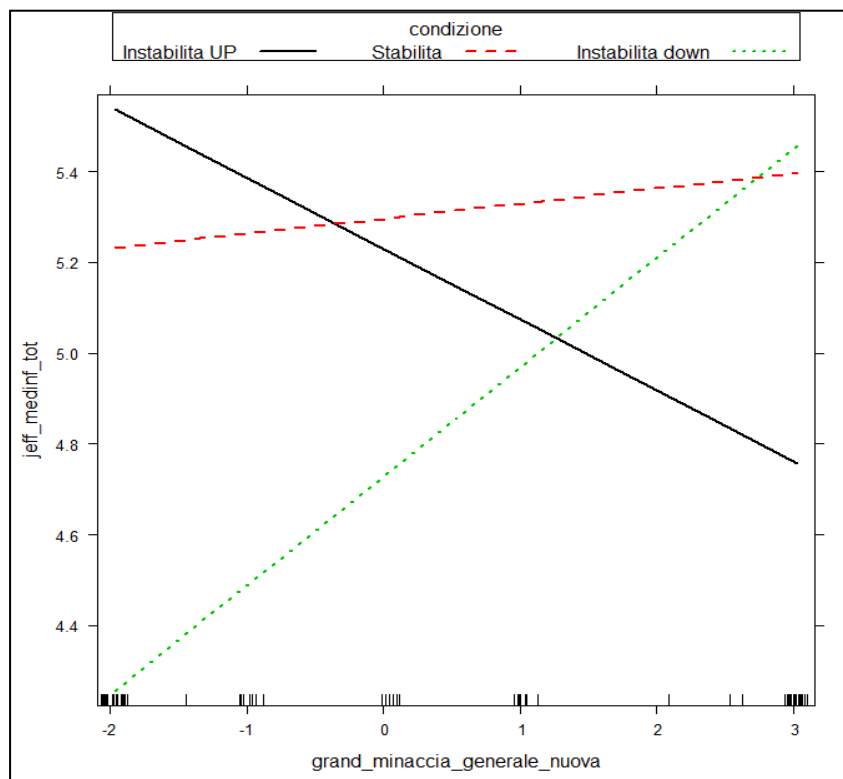


Grafico 6.19 : Atteggiamento verso la collaborazione verso l'alto (con i medici) x condizione sperimentale x minaccia generale

$$F(2, 71) = 2.787; p = 0.068$$

Il grafico 6.19 mostra come i valori dell'atteggiamento verso la collaborazione interprofessionale con i medici all'aumentare della percezione della minaccia:

- diminuiscano nella condizione di instabilità dall'alto (UP) cioè quando la minaccia deriva dai medici;

- aumentino nella condizione di instabilità dal basso (DOWN) cioè quando la minaccia deriva dagli OSS, e nella condizione di stabilità (anche se in misura minore).

Il grafico 6.20, mostra come i valori dell'atteggiamento verso la collaborazione nei confronti degli OSS. Come si può vedere all'aumentare della percezione della minaccia:

- diminuiscono nella condizione di instabilità DOWN e nella condizione di stabilità (anche se in misura minore);
- aumentano nella condizione di instabilità UP.

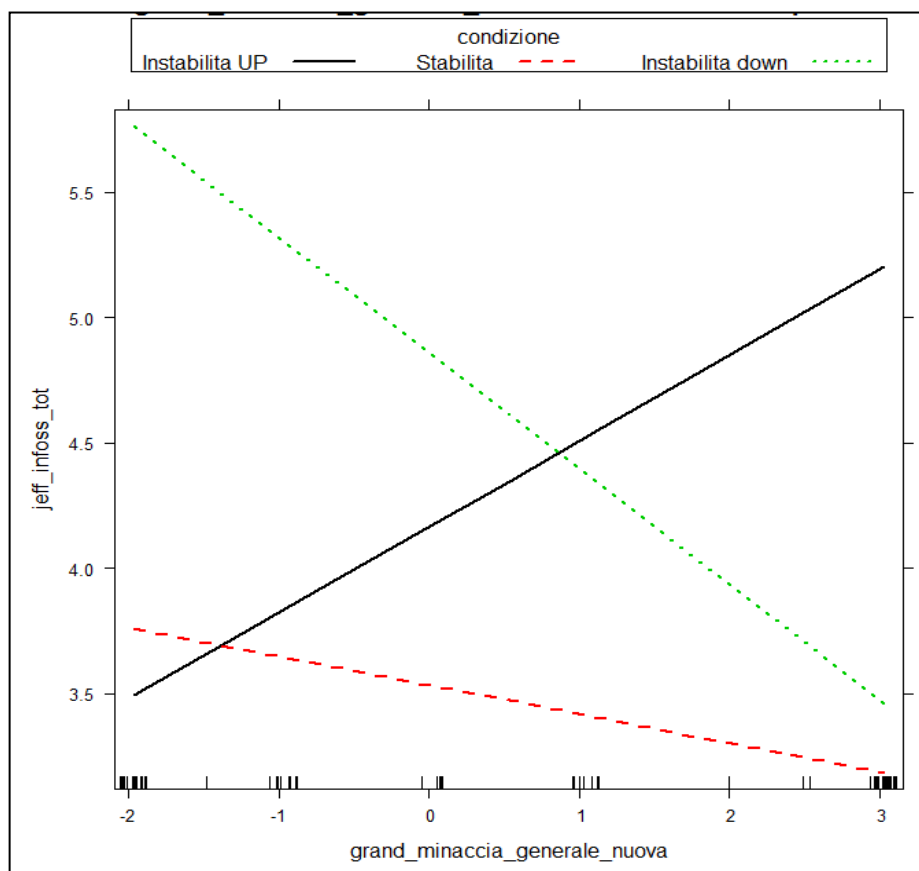


Grafico 6.20 :

Atteggiamento verso la collaborazione verso il basso (con gli OSS) x condizione x minaccia generale $F(2, 71) = 2.787$; $p = 0.068$

§ 6.3.8 **Discussione**

Una prima riflessione sui dati deve essere fatta rispetto alla percezione del prestigio che i rispondenti hanno dato alle singole professioni. I dati mostrano come tali percezioni siano in linea con quanto riportato in letteratura, ovvero che ai medici viene attribuito un prestigio maggiore rispetto a Infermieri e OSS (H_1).

La gerarchia funzionale che ne deriva, confermata dalle successive analisi, ha confermato come tutti i gruppi professionali mostrano una percezione della medesima gerarchia che può sicuramente essere associata a quella che in letteratura è stata definita “dominanza medica” già nota negli anni 70 (Freidson, 1970) e recentemente riaffermata negli studi di Benoit e colleghi (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar, Taylor, 2010) ed ancora più recentemente in quelli di Reeves (2011).

Questo dato è in concordanza con ciò che Spears e colleghi (2001) definiscono realtà sociale che tiene conto delle caratteristiche socio-politiche ed economiche in cui la gerarchia sociale in questo caso professionale si realizza.

Affinché il disegno, quasi sperimentale dello studio, fosse stato efficace occorreva che i rispondenti avessero ben compreso l’aspetto della manipolazione della condizione futura rispetto all’attuale percezione del prestigio. Pertanto è stato chiesto loro in maniera esplicita come percepivano tale variazione. I risultati mostrano come i rispondenti abbiano ben compreso la manipolazione proposta nell’articolo. Considerando la condizione di instabilità UP, infatti, in maniera congrua con quanto espresso nell’articolo, i rispondenti hanno attribuito un aumento del prestigio alle categorie Medici e OSS ed una diminuzione per il gruppo degli infermieri. Analogamente, ma ovviamente nel senso opposto, nella condizione di instabilità Down sono stati registrati miglioramenti del prestigio per il gruppo degli infermieri e peggioramenti per i gruppi di Medici e OSS. I risultati mostrano, inoltre, congruenza anche nella condizione di stabilità dove le differenze di prestigio rispetto alla condizione iniziale sono minime e non statisticamente significative.

Queste analisi, non sono solo funzionali alla verifica delle manipolazioni, ma rappresentano l’elemento centrale di alcuni dei concetti espressi nella premessa di questo capitolo, ovvero che anche nella realtà sanitaria (oggetto specifico della nostra analisi vi è una rappresentazione (e auto-rappresentazione) gerarchica del prestigio / status tra le professioni sanitarie.

I risultati della prima ipotesi formulata sembrano concordare con l'interpretazione propria della TIS, secondo cui membri di un gruppo con status elevato hanno maggior facilità ad identificarsi con il proprio gruppo, rispetto ai membri di un gruppo con status basso (per esempio vedi Ellemers, 1993; Ellemers et al, 1998). Punto di forza del nostro studio è rappresentato dal fatto che contrariamente agli studi citati, i nostri gruppi sono "reali" e confermano come i membri di un gruppo storicamente e socialmente elevato (come i medici) presentino un maggior grado di identificazione rispetto ai membri degli altri due gruppi (infermieri e OSS). ma solo la differenza con gli OSS è significativa, mentre di fatto medici e infermieri presentano identificazioni pressoché identiche. La condizione di stabilità, sembra invece che non evidenzi significativi variazioni.

Contrariamente a quanto ipotizzato sul team commitment nell'H_{2_1}, circa l'identificazione con il reparto (team commitment), i risultati descritti, mettono in evidenza come il gruppo con maggior status (e identificazione) abbia una maggior identificazione con il reparto. Su questo dato occorre fare una riflessione in quanto se consideriamo il team commitment come l'attaccamento psicologico verso il gruppo (vedi Meyer e Allen, 1991), esso sembrerebbe predittivo del fatto che i medici presentino un atteggiamento maggiore verso la collaborazione, ma come è stato evidenziato nelle successive analisi ciò non si verifica. La spiegazione a tale, apparente, incongruenza, potrebbe essere trovata nel considerare il valore maggiore di team commitment come un "favoritismo in-group" piuttosto che come un indice di collaborazione. Un'ulteriore prospettiva di analisi, che concorda con quanto detto fin'ora, potrebbe essere quella che fa riferimento alla c.d. teoria della co-variazione (Deschamps, 1996), secondo cui i membri dominati possono essere contemporaneamente categorizzati sia in termini di identità personale che sociale. Ovvero, come più tardi affermato da Lorenzi-Cioldi (1995), i membri dei gruppi dominanti tendono a considerare se stessi come una collezione di individui unici, la cui identità sociale possa essere co-presente con quella sociale, cosa che invece non accade per i membri dei gruppi con status più basso che invece tendono a percepirsi maggiormente come un aggregato di individui. Nel nostro studio i bassi livelli di identificazione professionale di infermieri e OSS possono essere ricondotti a questa

prospettiva psicosociale in cui l'identificazione in-group sia più marcata nei gruppi con status più alto.

Queste variazioni non sono significative rispetto alla condizione di stabilità / instabilità e all'interazione tra questa e la professione (H_2_2).

Il nostro studio ha posto l'accento anche sulle condizioni in cui lo status dei gruppi può essere messo in discussione, considerando i livelli di minaccia percepita dai rispondenti in relazione al proprio gruppo di appartenenza e alla condizione (H_3_1). I risultati hanno mostrato come rispetto alla condizione di stabilità/instabilità la minaccia maggiore percepita dall'intero campione fosse quella nella condizione di instabilità down. Ciò non sorprende affatto considerando che l'instabilità down (a prescindere dallo status del gruppo di appartenenza) determina (o potrebbe determinare) una revisione di quelle caratteristiche che permettono al gruppo di mantenere quel determinato status. I risultati presentati sono tra loro concordi in quanto mettono in evidenza come il gruppo degli infermieri (il gruppo intermedio nella gerarchia) registri il più alto valore della minaccia generale. Mettendo tale valore in relazione alla condizione sperimentale è stato messo in evidenza come gli infermieri percepissero la minaccia in misura maggiore nelle condizioni di instabilità down e in quello di stabilità.

Inoltre è interessante sottolineare la significatività dell'effetto di interazione (non prevista nell'ipotesi) tra professione e condizione, dove in una condizione di instabilità verso l'alto infermieri e oss si comportano in modo inatteso, cioè riducono i primi (infermieri) e aumentano i secondi (oss) la minaccia. Questi dati sembrano suggerire che se gli infermieri vedono bene la possibilità di un cambiamento verso l'alto, gli oss ne hanno paura.

Nelle realtà operative, come più volte esposto in questo elaborato, le relazioni tra le professioni stanno subendo profondi cambiamenti. Volendo effettuare una lettura attraverso le componenti della TIS, i dati appena riportati supportano tale prospettiva. Considerando, infatti, la componente strutturale della TIS, ciò che viene messo in discussione da alcuni gruppi professionali (leggi infermieri) è la legittimità, appunto, delle relazioni gerarchiche con gruppi storicamente superiori (leggi medici) conseguente per la rivisitazione della componente sociale della TIS, ovvero la normativa che pone le professioni (i gruppi) ad un medesimo livello di responsabilità e di decisionmaking all'interno del processo di cura

La percezione della legittimità nella condizione di stabilità è infatti la più alta nei medici, che vedono legittimo, l'attuale gerarchia degli status.

L'atteggiamento verso la collaborazione con valore più basso nel gruppo dei medici (H_4_1), concorda con quanto esplicitato nelle righe precedenti, infatti l'atteggiamento verso la collaborazione potrebbe essere interpretato come un indicatore di bias-intergruppo, ed una chiave di lettura congruente con questi e gli altri dati rilevati potrebbe essere riferita alla c.d. ipotesi della superiorità. Secondo questa prospettiva, infatti, il ridotto atteggiamento dei medici verso la collaborazione, così come i valori di legittimità registrati nella condizione di stabilità o instabilità down sembrano suggerire come i medici tendano a giustificare il sistema sociale (SJT; Jost, Banaji, 1994) percepito come giusto, legittimo e desiderabile, tendendo così a preservare il proprio status gerarchico nei confronti degli altri gruppi. Se questo è vero per i medici, dai dati rilevati è confermato dai valori registrati per gli OSS, che suggeriscono attraverso i valori pressoché stabili della legittimità al variare della condizione, e dai valori elevati dell'atteggiamento verso la collaborazione che il gruppo più svantaggiato nella gerarchia sanitaria tende a giustificare, mostrando un favoritismo out-group ed una accettazione della condizione del proprio status (falsa coscienza; Jost et al, 2003).

Per poter meglio approfondire tali dati occorre far riferimento ad altre due teorie affini alla teoria della SJT, quella della Social Dominance Theory (SDT; Sidanius, Pratto, 1999) secondo la quale i gruppi sociali hanno una organizzazione gerarchica, ma che tale organizzazione fa riferimento a credenze ideologiche dei membri dei gruppi che determinano le relazioni tra i gruppi, tali ideologie possono mantenere o attenuare le gerarchie esistenti tra i gruppi.

Individualmente si può far riferimento al costrutto che in letteratura è riportato come Social Dominance Orientation (SDO; Sidanius, Pratto, 1999), esso rappresenta quel tratto di personalità che tende a desiderare stabilire/mantenere un rapporto gerarchico fra i gruppi. Nel nostro studio si potrebbe ipotizzare che il favoritismo in-group (minor atteggiamento verso la collaborazione con gli infermieri) da parte dei medici sia da riferirsi possibilmente al maggior desiderio di mantenere/consolidare il livello gerarchico tra gruppi.

Il gruppo dominato, invece (gli OSS) secondo la SDO vede nei membri del suo gruppo un maggior favoritismo out-group (vedi maggior atteggiamento verso la collaborazione con gli infermieri).

Se invece consideriamo il gruppo degli infermieri occorre fare dei distinguo, determinati dalle caratteristiche delle misure rilevate. Tali misure si distinguono per il gruppo infermieristico per la posizione gerarchica che essi hanno nei confronti degli altri gruppi. La posizione centrale fa sì che gli infermieri abbiano da differenziare la direzione dell'atteggiamento e della minaccia in funzione della condizione di stabilità/instabilità.

Considerando la misura della minaccia generale in funzione della condizione di stabilità/ instabilità per i soli infermieri si evidenzia come è nettamente maggiore la minaccia percepita nella condizione di instabilità down, ovvero nella condizione in cui il proprio status viene svalutato. Se in maniera più dettagliata consideriamo come la minaccia si distingue rispetto alla condizione di stabilità/instabilità e alla direzione da cui proviene, è interessante valutare come la condizione di instabilità down vede i maggior valori di minaccia sia dall'alto che dal basso.

Se analogamente vogliamo distinguere i valori riportati per l'atteggiamento verso la collaborazione verso l'alto e verso il basso, i dati mostrano come gli infermieri abbiano un atteggiamento verso la collaborazione maggiore verso l'alto (verso i medici) che verso il basso (gli OSS). Tali misure non si modificano in funzione della condizione di stabilità / instabilità, infatti i valori dell'atteggiamento della collaborazione verso l'alto mantengono valori maggiori in tutte e tre le condizioni.

Per meglio comprendere l'effetto dell'atteggiamento degli infermieri verso la collaborazione occorre distinguere l'atteggiamento verso gli altri gruppi professionali in funzione della loro posizione e delle condizioni di stabilità/instabilità.

I valori della collaborazione verso i Medici (dove cioè gli infermieri assumono nella gerarchia degli status una posizione dominata) sempre in funzione della misura centrata della minaccia percepita e delle condizioni di instabilità/stabilità, mostrano che all'aumentare della percezione di minaccia, nella condizione di instabilità UP i valori dell'atteggiamento verso la collaborazione diminuiscono

mostrando un favoritismo in-group. I valori invece aumentano nelle condizioni di stabilità e instabilità down, mostrando un favoritismo out-group.

Analogamente, i valori della collaborazione verso gli OSS (dove cioè gli infermieri assumono nella gerarchia degli status una posizione dominante) in funzione della misura centrata della minaccia percepita e delle condizioni di stabilità/instabilità, diminuiscono nella condizione di stabilità / instabilità down mostrando un favoritismo in-group. Nella condizione di instabilità UP invece i valori dell'atteggiamento verso la collaborazione con gli OSS aumentano, mostrando un favoritismo out group.

Un dato interessante, evidenziato in questo studio rispetto alla collaborazione, è riportato si evidenzia nell'ordine di rilevanza attribuito dai rispondenti alle collaborazioni tra i vari gruppi in funzione della salute del paziente. Tutti i gruppi concordano nel valutare un'importanza maggiore alla collaborazione Medico - Infermiere, seguita dalla collaborazione Infermiere - OSS, mentre appare più netta la differenza per la collaborazione medico - OSS. Questo dato, a mio avviso, conferma un aspetto del costrutto della collaborazione importante ovvero l'obiettivo comune delle figure professionali coinvolte "la salute del paziente". Il dato concorde tra le professioni potrebbe far supporre un'intento comune tra i gruppi coinvolti ed una chiara identificazione delle finalità. Dall'altro lato, i dati sembrano ancora una volta ribadire la struttura gerarchica dell'organizzazione sanitaria.

Al di là delle teorie a cui si possa far riferimento per spiegare i fenomeni descritti, occorre tener presente che nelle relazioni tra i gruppi non si possono assumere categorizzazioni a priori, occorre tener conto delle condizioni in cui i gruppi stessi mettono in atto tali relazioni.

CONCLUSIONI

La collaborazione in ambito sanitario, rappresenta una tematica complessa da affrontare. Il contesto in cui si realizza è articolato e deve dipanarsi tra complessità assistenziali e vincoli organizzativi in cui sono presenti professionisti che appartengono a diversi profili professionali.

E' proprio ques'ultima riflessione che ha indirizzato questo lavoro all'analisi della collaborazione tra i gruppi professionali presenti nell'organizzazione in funzione del loro status relativo all'interno della gerarchia sanitaria. Questo lavoro ci ha dato la possibilità di analizzare le relazioni tra gruppi (reali) in una condizione in cui non esiste solo un'opposizione diadica (status alto vs status basso), ma dove è presente una stratificazione sociale definita dai ruoli esercitati all'interno dell'organizzazione.

Un primo dato mostrato con chiarezza da entrambi gli studi riguarda il fatto che, in accordo con gli studi presenti in letteratura (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar, Taylor, 2010), all'interno del contesto sanitario vi è una netta stratificazione gerarchica auto ed etero percepita dai gruppi professionali (siano essi studenti che professionisti già formati) in cui il gruppo dei medici rappresenta il gruppo dominante. Questo dato, sebbene possa non rappresentare una novità per gli addetti ai lavori (ma anche per i cittadini), è una conferma che aiuta a meglio interpretare sia i risultati complessivi della ricerca presente, sia alcune dinamiche osservabili all'interno dei contesti di cura.

Rispetto al primo studio è interessante sottolineare quanto i dati confermino la concezione stereotipica delle professioni anche dopo il tirocinio. Infatti, sia prima che dopo i tirocini, la concezione stereotipica orientata all'agenticità della professione medica permane, come permane la concezione prevalentemente comunale delle altre due professioni, confermando quando già riscontrato in letteratura (es. Hean et al., 2006) Tali rappresentazioni stereotipiche, inoltre, sono sia auto che etero percepite dai gruppi degli studenti intervistati

La letteratura mostra come gli studenti delle professioni sanitarie che non partecipano a processi di socializzazione (o formazione interprofessionale) con le altre professioni, tendono a confermare le concezioni stereotipiche verso la propria e le altre professioni evidenziandone le differenze (per es., Coyle, Higgs, McAllister, e Whiteford, 2011). I risultati del primo studio, invece, sembrano indicare che il tirocinio non abbia un effetto sulle attribuzioni stereotipiche alle diverse professioni sanitarie, Tali dati possono essere giustificati dalla impossibilità degli studenti intervistati di effettuare una reale formazione condivisa, il tirocinio da solo, come sembra indicato dai nostri risultati, non può essere elemento per modificare le concezioni stereotipiche delle professioni.

I risultati dello studio 1, inoltre, mostrano che i livelli di agenticità e comunaltà attribuiti ai gruppi professionali –prima del tirocinio non sono predittivi dell’atteggiamento verso la formazione comune dopo il tirocinio. Questo sembra suggerire che l’atteggiamento verso la formazione condivisa sia legato ad altri fattori oltre che ad una visione stereotipica della professione. Occorre tuttavia tener conto anche del fatto che i tirocini sono diversificati tra loro sia in termini di durata che in termini di qualità dell’esperienza professionale e che queste differenze, come le differenze qualitative tra le diverse esperienze, non sono state rilevate in questo studio.

Lo studio 1 ha inoltre mostrato come il tirocinio abbia prodotto (seppur in maniera non significativa da un punto di vista statistico) un incremento dei valori di agenticità e comunaltà negli studenti di tutte le professioni sanitarie considerate. Questo aspetto sembra suggerire come, a fronte di un consolidamento della percezione stereotipica delle professioni (auto - etero diretta), l’esperienza di tirocinio sia comunque in grado di aumentare la percezione di agenticità della professione e, allo stesso tempo, una maggior consapevolezza di aspetti professionali che implicano abilità e capacità di condivisione e collaborazione con le altre professioni.

Infine, i risultati dello studio 1 mostrano anche che l’atteggiamento verso la formazione condivisa, conformemente alle attese, aumenta dopo il tirocinio. Questo sembra suggerire che l’esperienza di tirocinio sia in grado di incentivare l’intenzione degli studenti di prendere parte a percorsi formativi interprofessionali.

Questo dato, sembra far ben sperare nel fatto che una formazione condivisa con percorsi ben strutturati e governati, potrebbe permettere una reale costruzione di un obiettivo comune tra i membri dei team sanitarie e implementare così una reale pratica collaborativa.

Per quanto riguarda il secondo studio, invece, una prima considerazione da fare riguarda la correlazione positiva fra i livelli di identificazione professionale dei professionisti e lo status attribuito alla propria professione. Più in particolare, i risultati mostrano l'esistenza di una forte identificazione con il proprio gruppo professionale da parte dei medici, ovvero da parte dei membri del gruppo dominante. Questo risultato non è sorprendente e conferma quelli presenti in letteratura che hanno messo in evidenza come i membri di gruppi con status basso si identificano meno con l'ingroup rispetto ai membri di gruppi con status alto (Ellemers, 1993; Ellemers et al, 1998). E' interessante però evidenziare come, diversamente da quanto ipotizzato, nel nostro studio non siano emerse differenze statisticamente significative tra medici e infermieri, ma solo tra medici e oss e tra infermieri e oss.

I dati sembrano suggerire che il momento storico che sta attraversando la professione infermieristica stia mettendo in discussione il senso di appartenenza alla propria categoria (almeno per i rispondenti del nostro studio). Nemmeno le condizioni sperimentali hanno prodotto una significativa variazione dell'identificazione a riprova che l'identificazione non è legata alla condizione di status relativo quando al confronto con altri gruppi.

Nel 1999, è stata emanata una legge in cui, si delineava una nuova prospettiva professionale infermieristica per gli infermieri, sancita dall'abolizione del termine "ausiliario" dalla figura medica nel profilo professionale infermieristico. Questo avrebbe dovuto determinare, in ambito organizzativo, una revisione dei processi decisionali nell'ambito operativo, che invece non si è verificato. La gerarchia sociale tra medici e infermieri è stata di fatto mantenuta ed è riconosciuta anche dal nostro campione di intervistati.

Un risultato interessante, inoltre, è quello relativo alla percezione della minaccia che mostra come gli infermieri, percepiscano la minaccia in misura maggiore rispetto alle altre figure professionali, non solo in una condizione di oggettiva minaccia all'identità professionale (instabilità verso il basso), ma anche nella condizione di stabilità. Quest'ultimo risultato è interpretabile facendo riferimento alla dimensione storico-sociale del processo di professionalizzazione degli infermieri. Come abbiamo ricordato nell'introduzione, nel 1999 è stata emanata una legge in cui si delineava una nuova prospettiva professionale per gli infermieri, sancita dall'abolizione del termine "ausiliario" dalla figura medica nel profilo professionale infermieristico. Questo avrebbe dovuto determinare, in ambito organizzativo, una revisione dei processi decisionali nell'ambito operativo, che invece non si è verificato. La gerarchia sociale tra medici e infermieri è stata, però, di fatto mantenuta e è riconosciuta anche dal nostro campione di intervistati. In questo senso, una condizione di stabilità può rappresentare una situazione fortemente illegittima: non vedendosi

riconosciuti come professionisti con uguale dignità dei medici, nonostante una legislazione copiosa in tali termini, gli infermieri potrebbero percepire come una minaccia alla propria identità professionale il perdurare di questa differenza di status con la professione medica.

A ulteriore sostegno di questa spiegazione, il livello della minaccia proveniente dall'alto, ovvero dai medici, è maggiore nella condizione di stabilità, rispetto alle condizioni di instabilità verso l'alto o verso il basso

Generalizzando queste considerazioni, si potrebbe ipotizzare che il conflitto tra i professionisti a cui stiamo assistendo in questi anni sia almeno in parte dovuto ad una reazione di protesta da parte degli infermieri verso il perdurare di una situazione ingiusta e illegittima, e che tale conflitto possa essere esplicitato in un ridotto atteggiamento verso la collaborazione. In effetti, i risultati mostrano che gli infermieri sono, in generale, più propensi a collaborare con i medici rispetto agli OSS. In questo senso, essi sembrano voler avere una relazione collaborativa con la professione dominante, piuttosto che con quella dominata, quasi a voler vedere riconosciute le proprie competenze. I risultati relativi alla relazione fra percezione della minaccia, stabilità e atteggiamento verso la pratica collaborativa sembrano andare in questa direzione: quando la gerarchia viene presentata come instabile verso l'alto (cioè un miglioramento è possibile), la percezione di minaccia proveniente dai medici riduce l'atteggiamento verso la pratica collaborativa degli infermieri. Al contrario, quando la gerarchia viene presentata come instabile verso il basso (cioè viene paventato un possibile peggioramento), gli infermieri esprimono un desiderio di collaborazione con i medici maggiore all'aumentare della percezione della minaccia. Da questo punto di vista, inoltre, i risultati mostrano che la condizione di stabilità sia più simile alla condizione di instabilità verso il basso (minacciosa) piuttosto che a quella verso l'alto. Risultati identici, ma di segno opposto, sono stati osservati per quanto riguarda la collaborazione con gli OSS.

In conclusione, i risultati rilevati in questo studio rispetto all'atteggiamento verso l'IPE (primo studio) e verso l'IPC (secondo studio) sono sicuramente incoraggianti sulla volontà e la prospettiva di attuare realmente una collaborazione interprofessionale. Per poter rendere efficace il processo di avvicinamento tra le professioni e ridurre i bias tra i professionisti, incrementando così la loro collaborazione, occorre che i tirocini siano preceduti e seguiti da momenti di laboratorio e/o briefing e debriefing in cui poter realmente valutare le migliori strategie di intervento interdisciplinare e far in modo che le professioni si possano conoscere tra loro. In caso contrario, i tirocini potrebbero limitarsi a configurarsi come situazioni inter-professionali nelle quali vengono riproposti comportamenti stereotipati ancorati a visioni stereotipate delle altre figure professionali.

I risultati rilevati nello studio 2 seppur incoraggianti mettono in evidenza alcune aspetti critici derivanti dagli effetti sulle singole professioni dei possibili cambiamenti delle differenze di status. Occorre agire sugli antecedenti la collaborazione, ovvero sulla formazione comune, affinché i professionisti futuri sperimentino in maniera controllata e supervisionata il significato di condivisione delle decisioni, e degli obiettivi assistenziali. Occorre costruire delle identità professionali “nuove” e non legate alle storiche concezioni stereotipiche.

Uno dei limiti di questo studio potrebbe essere rappresentato dalla natura del campione, estratto dalla popolazione di una azienda e proveniente quindi da realtà operative diverse. Si potrebbe ipotizzare uno studio futuro, considerando come unità di analisi un numero ristretto di professionisti provenienti da specifici reparti, realizzando uno studio mixed method sulle variabili indicate da questa ricerca, permettendo un’analisi più approfondita delle variabili.

Riferimenti Bibliografici

Gli asterischi (*) indicano gli studi inseriti nella meta-analisi (capitolo 3)

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago, IL: University of Chicago Press

Abbot, D., Watson, D., & Townsley, R. (2005). The proof of the pudding: What difference does multi-agency working make to families with disabled children with complex health care needs? *Child and Family Social Work*, 10, 229–238.

Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice* (25th ed.). Cambridge, MA: Perseus Books Publishing, L.L.C.

Ambrosetti, F., Piccinelli, M., & Piccinelli, R. (2003). *La responsabilità nel lavoro sanitario d'equipe. Profili penali e civili*. Torino, Utet.

*Ardahan, M., Akc, asu, B., & Engin, E. (2010). Professional collaboration in students of medicine faculty and school of nursing. *Nurse Education Today*, 30, 350–354.

Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of management review*, 14(1), 20-39.

Ashforth, B. E., & Johnson, S. A. (2001). Which hat to wear. *Social identity processes in organizational contexts*, 32-48

Ateah, C.A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, P., Fricke, M., Ludwig, S., & Anderson, J. (2011) Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Educ Today*, 31(2):208-13.

Atwal, A., & Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: A study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 268–273

Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York: Basic Books.

Baggs, J.G., Schmitt, H.M., Mushlin, A.I., Mitchell, P.H., Eldredge, D.H., Oakes, D. & Hutson, A.D. (1999) Association between nursephysician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27, 1991–1998

Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 145–149.

Baggs, J. G., Norton, S. A., Schmitt, M. H., & Sellers, C. R. (2004). The dying patient in the ICU: Role of the interdisciplinary team. *Critical Care Clinics*, 20(3), 525–540.

Baldwin, H. J., Richmond, V. P., Mccroskey, J. C., & Berger, B. A. (1983). Understanding (and conquering) communication apprehension. *Patient Counselling in Community Pharmacy*, 2, 8 – 12.

- Barley, S. R., & Kunda, G. (2001). Bringing work back in. *Organization science*, 12(1), 76-95
- Barnes, D., Carpenter, J., & Dickinson, C. (2000). Interprofessional education for community mental health: attitudes to community care and professional stereotypes. *Social Work Education*, 19, 565 – 583.
- Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (1999). Systematic review of the effectiveness of interprofessional education: Towards transatlantic collaboration. *Journal of Allied Health*, 28(2), 104–108.
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000). *Evaluations of interprofessional education: A United Kingdom review for health and social care*. London, UK: British Education Research Association and Centre for the Advancement of Interprofessional Education
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth D.(2005) *Effective Interprofessional education. Argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell Publishing
- Bartunek, J. M. (2011). Intergroup relationships and quality improvement in healthcare. *BMJ quality & safety*, 20(Suppl 1), i62-i66.
- Begg, C.B., & Mazumdar, M. (1994) Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics*, 50:1088-1101
- Benci, L. (2001), Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento, “*Rivista di diritto delle professioni sanitarie*”, n. 2: 84-90.
- Benci, L. (2002). *Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medici-legali*. McGraw-Hill: Milano.
- Benci, L. (2008). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. McGraw-Hill: Milano.
- Benoit, C., Zadoroznyj, M., Hallgrimsdottir, H., Treloar, A., & Taylor, K. (2010). Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia. *Social Science & Medicine*, 71(3), 475-481.
- Berjot, S., Giraut-Lidvan, N., & Gillet, N (2012) Appraising Stigmatization and Discrimination: construction and Validation of a Questionnaire Assessing Threat and Challenge Appraisals to Personal and Social Identity. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 12, 191–216.
- Bertin, G. (2013). Modelli di welfare e professioni sociali. in Cipolla, C., Campostrini, S., & Maturo, A *Cipolla, a cura di, Occupazione senza professione. Occupazione senza professione? Il lavoro nel settore dei servizi sociali* (Vol. 54). Milano: FrancoAngeli
- Bettencourt, L. A., Gwinner, K. P., & Meuter, M. L. (2001). A comparison of attitude, personality, and knowledge predictors of service-oriented organizational citizenship behaviors. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 29.

Bettencourt, B., Charlton, K., Dorr, N., & Hume, D. L. (2001). Status differences and in-group bias: a meta-analytic examination of the effects of status stability, status legitimacy, and group permeability. *Psychological bulletin*, 127(4), 520.

Bondavalli, P, Guberti, & M., Iemmi, M. (2012) La Collaborazione tra infermiere e operatore socio sanitario: Indagine conoscitiva sui comportamenti in ambito sanitario. *Professioni Infermieristiche* , 65 (4), 225-234.

Borsato P. & Tessadori M.T. (2002), Medici, infermieri, utenti: perché è così difficile modificare le cose? Indicazioni da un'analisi empirica. *NEU*, n. 1: 33-43.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In J. G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press.

Bourgeault, I., & Mulvale, G. (2006). Collaborative health care teams in Canada and the US: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 481–495

Boyce, R. A. (2006). Emerging from the shadow of medicine: Allied health as a 'profession community subculture. *Health Sociology Review*, 15(5), 520–534.

Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 77(1), 135.

British Medical Association (BMA) (2004). *The demography of medical schools: A discussion document*. London, BMA; Accessed 13 February 2012 from: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/DemographyMedSchls/>

Broom, A. (2006). Reflections on the centrality of power in medical sociology: An empirical test and theoretical elaboration. *Health Sociology Review*, 15(5), 496–505; Abramson, J. S., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 41(3), 270–281.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306

Buttar, A.B., Stump, T.E., et al. (2007) Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA*., 298(22), 2623–33.

Callan, V. J., Terry, D. J., & Amiot, C. E. (2007). Status, equity and social identification during an intergroup merger: A longitudinal study. *British Journal of Social Psychology*, 46(3), 557-577.

Callahan, C.M., Boustani, M.A., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G., Damush, T.M., Perkins, A.J., Fultz B.A., et al. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 295, 2148–2157.

Card, N.A. (2012). *Applied meta-analysis for social science research*. New York: Guilford Press.

Caricati, L., & Monacelli, N. (2010). Social hierarchies and intergroup discrimination: The case of the intermediate-status group. *British Journal of Social Psychology*, 49, 637–646. doi:10.1348/014466610X489876

Caricati, L. (2006). *Relazioni tra gruppi*. Roma: Carocci.

*Caricati, L., Mancini, T., Sollami, A., Guidi, C., Prandi, C., Bianconcini, M., Silvano, R., et al. (2013). Nurse-physician collaborative scale: A contribution to the Italian validation. *TPM - Testing Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 20, 263–276.

* Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., ... & Artioli, G. (2014). Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 85(3S), 32-40.

Carpenter, J. (1995a). Doctors and nurses: Stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 9, 151 – 161.

Carpenter, J. (1995b). Interprofessional education for medical and nursing students: Evaluation of a programme. *Medical Education*, 29, 265 – 272.

Carpenter, J., & Hewstone, M. (1996). Shared learning for doctors and social workers: Evaluation of a programme. *British Journal of Social Work*, 26, 239 – 257.

Carpenter, J., Barnes, D., & Dickinson, C. (2003). *Making a Modern Mental Health Care force: Evaluation of the Birmingham University Interprofessional Training Programme in Community Mental Health 1998 – 2002*. Durham: University of Durham.

Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse physician work relations and role expectation. *The Journal of Nursing Administration*, 2(37), 68-70.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education(CAIPE), United Kingdom, 2002.

Chakraborti, C., Boonyasai, R. T., Wright, S. M., & Kern, D. E. (2008). A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of general internal medicine*, 23(6), 846-853.

Cheater, F. M., Hearnshaw, H., Baker, R., & Keane, M. (2005). Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 779–791.

*Cicchetti, A., Lo Scalzo, A., Tangucci, M., Amicosante, A.M.V., & Liva, C. (2002). La relazione medico-paziente e la relazione medicoinfermiere presso il Policlinico Agostino Gemelli – Agenzia per i Servizi Sanitari Regione Lazio.

Coburn, D. (2006). Medical dominance then and now: Critical reflections. *Health Sociology Review*, 15(5), 432–443.

Colyer, H., Helme, M., Jones, I., Adams, A., Barr, H., Carpenter, J., & Wilby, P. (2005). *The theory-practice relationship in interprofessional education*. London, UK: Higher Education Academy Health Sciences and Practice. Retrieved 18 May 2006 from: <http://www.health.heacademy.ac.uk/publications/occasionalpaper>

Conroy, R. M., Teehan, M., Siriwardena, R., Smyth, O., Mcgee H.M., & Fernandes, P. (2002). Attitudes to doctors and medicine: the effect of setting and doctor-patient relationship. *British Journal of Health Psychology*, 7, 117 – 125

Turner, J. C. (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. *Social identity: Context, commitment, content*, 6-34.

Colombo, G. (1989), *Professione medico, professione infermiere: elementi per una lettura di genere*, Bologna:Il Mulino

Cooper, H., & Spencer-Dawe, E. (2006). Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 20(6), 306–317.

Coster, S., Norman, I., Murrells, T., Kitchen, S., Meerabeau, E., Sooboodoo, E., et al.(2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1667–1681

Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W,

Crocetti, E., Avanzi, L., Hawk, S. T., Fraccaroli, F., & Meeus, W. (2014). Personal and social facets of job identity: A person-centered approach. *Journal of Business and Psychology*, 29(2), 281-300.

Cuddy A.J., Fiske, S.T., & Glick, P.(2007) The BIAS map: behaviors from intergroup affect and stereotypes. *J Pers Soc Psychol* , 92(4):631-48

Cuddy A.J.C., Fiske, S.T., & Glick, P. (2008) Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map. *In Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 40, pp.61–149). New York, NY: Academic Press

*Curran, V., Sharpe, D., Flynn, K., & Button, P. (2010). A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 41–52.

Douglas, S. P., & Craig, C. S. (2007). Collaborative and iterative translation: An alternative approach to back translation. *Journal of International Marketing*, 15(1), 30-43.

D’Amour, D., Ferrada-Videla, M. , San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, 1, 116 – 131.

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8–20.

Deschamps, J.C. (1996) *Differenziazioni interindividuali e inter-gruppi: il modello della covariazione* in J.C. Deschamps, Serino, C. (a cura di) *Mondi al singolare*, Napoli:m Liguori

Dechairo-Marino, A. E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G., & Saulo, M. (2001). Nurse/physician collaboration: Action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 223– 232.

Department of Health (2000). *The NHS: A plan for investment, a plan for reform*. London: Department of Health

*Dillon, P., Noble, K.A., & Kaplan, L. (2009). Collaborative interdisciplinary education nursing. *Education Research*, 30, 87–90.

Dimonte, V. (1993), Infermieri e assistenza nell'evoluzione ospedaliera all'inizio del Novecento, in Martellotti E. (a cura di) (1993), *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Roma Aldina.

*Donald, F., Mohide, E.A., Dicenso, A., Brazil, K., Stephenson, M., & Akhtar-Danesh, N. (2009). Nurse practitioner and physician collaboration in long-term care homes: Survey results. *Canadian Journal of Aging*, 28, 77–87.

Doosje, B., Spears, R., & Ellemers, N. (2002). Social identity as both cause and effect: The development of group identification in response to anticipated and actual changes in the intergroup status hierarchy. *British Journal of Social Psychology*, 41(1), 57-76.

Drotar, D. (2002). Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium: Perspectives and challenges. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(3), 175–180.

Du, Toit, D. (1995). A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 164 – 171.

Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *Psychology of attitudes*. New York, NY: Harcourt, Brace Jovanovich.

Egger, M., et al. (1997) Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315:629-634.

Ehrenreich, J. H. (1990). Effect of social class of subjects on normative responses to TAT cards. *Journal of clinical psychology*.

*El Sayed, K.A., & Sleem, W.F. (2011). Nurse-physician collaboration:A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8, 140–146.

- Ellemers, N., Spears, R., & Doosje, B. (1999). *Social identity* (p. 144). Oxford.
- Ellemers, N., Spears, R., & Doosje, B. (2002). Self and social identity*. *Annual review of psychology*, 53(1), 161-186.
- Ellemers, N., van Knippenberg, A., de Vries, N. K. & Wilke, H. (1988). Social identification and permeability of group boundaries. *European Journal of Social Psychology*, 18, 497- 513
- Ellemers, N., Wilke, H. e van Knippenberg, A. (1993). Effects of the Legitimacy of Low Group or Individual Status on Individual and Collective Status-Enhancement Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 766-778.
- El-Zubeir, M., Rizk, D. E., & Al-Khalil, R. K. (2006). Are senior UAE medical and nursing students ready for interprofessional learning? Validating the RIPL scale in a Middle Eastern context. *Journal of interprofessional care*, 20(6), 619-632.
- Fineberg, I. C., Wenger, N. S., & Farrow, L. (2004). Interdisciplinary education: Evaluation of a palliative care training intervention for pre-professionals. *Academic Medicine*, 79(8), 769–776.
- Fineberg, I. C. (2005). Preparing professionals for family conferences in palliative care: Evaluation results of an interdisciplinary approach. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 857–866
- Fiske, S.T., Cuddy, A.J.C., Glick, P., Xu, J. (2002) A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition. *J Pers Soc Psychol*, 82: 878–902
- Fournier, V. (2000). *Boundary work and the (un) making of the professions*. In E.Malin (Ed.), *Professionalism, Boundaries and the Workplace* (pp. 67-86). London: Routledge;
- Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2002). *A critical review of evaluations of interprofessional education*. London: LTSN-Centre for Health Sciences and Practices
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine* Dodd. New York: Mead
- Freidson E. (2002), *Professionalismo: la terza logica*, Bari: Dedalo.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 37–46.
- Freeth, D., & Reeves, S. (2004). Learning to work together: Using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 43–56.
- *Garber, J.S., Madigan, E., Click, E.R., & Fitzpatrick J.J. (2009). Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *Journal of Interprofessional Care*, 23,331–340.

Gelman, S.B., White, A.W., Carlson, L., & Norman, L. (2000). Making organizational change to achieve improvement and interprofessional learning: Perspectives from health professions educators. *Journal of Interprofessional Care*, 14, 131-146.

*Gerard, C.J. (2011). The effect of a communication protocol implementation on nurse/physician collaboration and communication. Louisville, Kentucky: University of Louisville. Gillen, K. (2007). Understanding attitude toward nurse/physician collaboration in practicing nurses and physicians (Master Thesis, University of Nevada, Reno).

Germov, J. (2005). Challenges to medical dominance. In J. Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (pp. 290–311). South Melbourne, VIC: Oxford University Press.

Grusky, D. B. (2000). Social Stratification. In E. F. Borgatta e R. J. V. Montgomery (Eds.), *Encyclopaedia of Sociology*. Second Edition, (Vol. 4, pp. 2807-2821). New York, NY: Macmillan.

Giarelli G., e Venneri, E. (2009) *Sociologia della salute e della medicina*, Milano: Franco Angeli.

Guidicini, P. & Pieretti, G. (1989), *Immagini della salute: una struttura si interroga*. Milano: Franco Angeli

Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine*, 88, 1509–1515.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 188–196.

Hallam, J. (2000). *Nursing the image: Media, culture and professional identity*. London, Routledge.

Hallinan, C., & Mills, J. (2009). The social world of Australian practice nurses and the influence of medical dominance: An analysis of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 489–494

*Hojat, M., Fields, S.K., Veloski, J., Griffiths, M., Cohen J.M. & Plumb, J.D (1999). Psychometric Properties of an Attitude Scale Measuring Physician-Nurse Collaboration. *Eval Health Prof* , 22, 208 – 220 (DOI: 10.1177/01632789922034275)

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007) A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education Medical Teacher. *Med Teach* , 29:735-51.

*Hamric, A.B., & Blackhall, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35, 422–429.

Hansen, H. E., Biros, M. H., Delaney, N. M., & Schug, V. L. (1999). Research utilization and interdisciplinary collaboration in emergency care. *Academic Emergency Medicine*, 6(4), 271–279.

*Hansson, A., Avremon, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattson B. (2010). Working together – Primary care doctors’ and nurses’ attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 78–85.

Haslam, S. A., Powell, C., & Turner, J. C. (2000). Social identity, self-categorization, and work motivation: Rethinking the contribution of the group to positive and sustainable organisational outcomes. *Applied Psychology: An International Review*, 49, 319 – 339.

Haslam, S. A., Turner, J. C., Oakes, P. J., Reynolds, K. J., & Doosje, B. (2002). *From personal pictures in the head to collective tools in the world: How shared stereotypes allow groups to represent and change social reality*. In C. McGarty, V. Y. Yzerbyt, & R. Spears (Eds.), *Stereotypes as explanation: The formation of meaningful beliefs about social groups* (pp. 157 – 185). Cambridge: Cambridge University Press.

Haslam, S. A., Jetten, J., O'Brien, A., & Jacobs, E. (2004). Social identity, social influence and reactions to potentially stressful tasks: support for the self-categorization model of stress. *Stress and Health*, 20(1), 3-9

*Hayes, A.F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1, 77–89.

Hean, S., Macleod Clark, J., Adams, K., Humphris, D., & Lathlean, J. (2006a). Being seen by others as we see ourselves: Ingroup and outgroup perceptions of health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5, 10 – 22.

Hean, S. Macleod-Clark, J., Adams, K., & Humphris, D. (2006b) Will opposites attract? Similarities and differences in students’ perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *J Interprof Care*, 20: 162–181.

Henneman, E.A., Lee, J.L., & Cohen, J.I.. (1995) Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs.*, 21(1), 103–9.

Hewstone, M. E., & Brown, R. E. (1986). *Contact and conflict in intergroup encounters*. Basil: Blackwell.

Hewstone, M., Carpenter, J., Franklyn-Stokes, A., & Routh, D. (1994). Intergroup contact between professional groups: Two evaluation studies. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4, 347 – 363.

Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237 – 271.

Hind, M., Norman, I., Cooper, S., Gill, E., Hilton, R., Judd, P., & Jones, S. C. L. (2003). Interprofessional perceptions of health care students. *Journal of Interprofessional Care*, 17, 21 – 34.

Hughes, C. M., & McCann, S. (2003). Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: A qualitative assessment. *British Journal of General Practice*, 53, 600 – 606.

Hughes, B., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 6(24), 625-632
Hammick, M. (2000). Interprofessional education: evidence from the past to guide the future. *Medical Teacher*, 22(5), 461-467.

*Hind, M., Norman, I., Cooper, S., Gill E., Hilton, R., Judd P., & Jones S.C. (2003). Interprofessional perceptions of health care students. *Journal of Interprofessional Care*, 17, 21–34.

*Hojat, M., Fields, S., Veloski, J., Griffiths, M., Cohen, M., & Plumb, J. (1999). Psychometric properties of an attitude scale measuring physician nurse collaboration. *Evaluation & the Health Professions*, 22, 208–220.

*Hojat, M., Nasca, T.J., Cohen, M.J., Fields, S.K., Rattner, S.L., Griffiths, M., Ibarra D., et al. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50, 123–128.

*Hojat, M., Gonnella, J., Nacsa, T., Fields, S., Cicchetti, A., & Scalzo, A. (2003). Comparison of American, Israeli, Italian and Mexican physician and nurse on the total and factor scores of Jefferson Scale of attitudes toward physician nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 427–435.

Hornsey, M. J., & Hogg, M. A. (2000). Assimilation and diversity: An integrative model of subgroup relations. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 143-156.

*Hughes, B., & Fitzpatrick, J.J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 625–632.

Kripalani, S., LeFevre, F., Philips, C.O., Williams, M.V., Basaviah, P., & Baker, D.W. (2007). Deficit in communication and information transfer between hospital-based and primary care physician: Implication for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297, 831–841.

Kaler, S. R., Levy, D. A., & Schall, M. (1989). Stereotypes of professional roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 21, 85 – 89

Katz, J.S., Moji Titiloye, V., & Balogun, J.A. (2001) Physical and occupational therapy undergraduates' stereotypes of one another. *Perceptual and Motor Skills* 92, 843–851.

Kay, A.C. & Jost, J.T. (2003) Complementary justice: Effects of “poor but happy” and “poor but honest” stereotype exemplars on system justification and implicit activation of the justice motive. *J Pers Soc Psychol* , 85: 823-37

Kay, A.C., Jost, J.T., & Young, S.(2005) Victim derogation and victim enhancement as alternate routes to system justification. *Psychological Science* ; 16: 240-46.

Kenny, A., & Duckett, S. (2004). A question of place: Medical power in rural Australia. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1059–1073

Kirkham, M., Stapleton, H., Curtis, P., & Thomas, G. (2002). Stereotyping as a professional defence mechanism. *British Journal of Midwifery*, 10, 549 – 552.

Kuhse, H. (2000), *Prendersi cura: l'etica e la professione di infermiera*. Torino: Comunità

Jetten, J., Spears, R., Hogg, M.A., e Manstead, A.S.R. (2000). Legitimacy of discrimination: Group variability and unfavorable group differences. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 329-356.

Johnson, T. J. (1972). *Professions and power*. London, England: Macmillan.

*Jones, T.S., & Fitzpatrick, J.J. (2009). CRNA-physician collaboration in anesthesia. *AANA Journal*, 77, 431–437.

Jost, J. T., & Banaji, M. (1994). The role of stereotyping in system justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 22, 1–27. doi:10.1111/j.2044- 8309.1994.tb01008.x

Larkin, G. (1983). *Occupational monopoly and modern medicine*. NeW York: Taylor & Francis.

Leach, C. W., Van Zomeren, M., Zebl, S., Vliek, M. L., Pennekamp, S. F., Doosje, B., & Spears, R. (2008). Group-level self-definition and self-investment: a hierarchical (multicomponent) model of in-group identification. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 144.

Leaviss, J. (2000). Exploring the perceived effect of an undergraduate multiprofessional educational intervention. *Medical Education*, 34, 483–486

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.

Leventoğlu, B. (2005). Social mobility and political transitions. *Journal of Theoretical Politics*, 17(4), 465-496.

Liaw SY, Siau C, Zhou WT, Lau TC. (2014) Interprofessionalsimulation-based education program: A promising approach for changing stereotypes and improving attitudes toward nurse-physician collaboration. *Appl Nurs Res* 2014, S0897- 1897(14)00075-5 [Epub ahead of print].

Lidskog, M., Löfmark, A., & Ahlström, G. (2008). Learning about each other: Students' conceptions before and after interprofessional education on a training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 22(5), 521-533.

- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 12, 251–258.
- Lindeke, L. L., & Block, D. E. (2001). Interdisciplinary collaboration in the 21st century. *Minnesota Medicine*, 84(6), 42–45
- Lindeke, L. L., & Sieckert, A. M. (2005). Nurse–physician workplace collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), Manuscript 4. Disponibile in: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_416011.aspx [24, Agosto 2015]
- Lingard, L., Vanstone, M., Durrant, M., Fleming-Carroll, B., Lowe, M., Rashotte, J., Sinclair L., & Tallett, S. (2012). Conflicting messages: Examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Academic Medicine*, 87, 1762–1767.
- Lipsey, M., & Wilson, D. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis. *Psychological Methods*, 6, 413–429.
- Long, D., Forsyth, R., Iedema, R., & Carroll, K. (2006). The (im)possibilities of clinical democracy. *Health Sociology Review*, 15(5), 506–519.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1995) *The self in Collection and aggregate groups*, in I. Lubeck et al. (eds) *Trend and issues in theoretical psychology*, New York: Springer
- Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., & Millman, E.A. (2006). Operating room teamwork among physician and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of American College Surgery*, 2, 746–752.
- Mancini, T., & Tonarelli, A. (2013). Professional identity construction processes in university students. An extensions od the identity status paradigm. *Giornale italiano di psicologia*, 40(3), 589-614.
- Mancini, T., Caricati, L., Panari, C., & Tonarelli, A. (2015). Personal and social aspects of professional identity.: An extension of Marcia's identity status model applied to a sample of university students. *Journal of Vocational Behavior*, 89, 140-150.
- Mangiacavalli, B. (2002). La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica. *Nursing Oggi*, 3, 8-12.
- Mann, K.V., Mcfetridge-Durdle, J., Martin-Misener, R., Clovis, J., Rowe, R., Beanlands, H., & Sarria, M. (2009). Interprofessional education for students of the health professions: The “Seamless Care” mode. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 224–233.
- Mansourimoaied, M., Boman, K., & Causley, T. (2000). Nurses’ perceptions of interdisciplinary collaboration. *Nursing Connections*, 13(1), 21–31.

Marletta, G., Caricati, L., Mancini, T., La Sala, R., Pelosi, G., Ampollini, M., ... & Sarli, L. (2014). Professione infermieristica: stati dell'identità e soddisfazione lavorativa. *Psicologia della Salute*.

Maton, K. I., Perkins, D. D., & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research, see comment. *American Journal of Community Psychology*, 38(1–2), 9–21.

McCallin A. (2001) Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs*.10(4), 419–28.

*McCaffrey, R., Hayes, R.M., Cassell, A., Miller-Reyes, S., Donaldson, A., & Ferrell, C. (2012). The effect of an educational programme on attitudes of nurse and medical resident towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 293–301.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resources Management Review*, 1 (1), 61–89.

Miller, C., Freeman, M., & Ross, N. (2001). *Interprofessional practice in health and social care*. London: Arnold.

Mills, J., & Hallinan, C. (2009). The social world of Australian practice nurses and the influence of medical dominance: An analysis of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 489–494

*Miller, P.A. (2001). Nurse-physician collaboration in an intensive careunit. *American Journal of Critical Care*, 10, 341–350.

Mitchell, R.J., Parker, V. & Giles, M. (2011) When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations* 64 (10), 1321–1343.

Mizrahi, T., & Abramson, J. S. (2000). Collaboration between social workers and physicians: Perspectives on a shared case. *Social Work in Health Care*, 31(3), 1–24

Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing*, 20-38.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annual Internal Medicine*, 151, 264–269.

Muller, J., Shore, W. B., Martin, P., Levine, M., Harvey, H., Kelly, P., et al. (2001). What did we learn about interdisciplinary collaboration in institutions? *Academic Medicine*, 76(Suppl. 4), S55–S60.

Mullen, B., Brown, R. e Smith, C. (1992). Ingroup bias as a function of salience, relevance and status: An integration. *European Journal of Social Psychology*, 22, 103-122.

*Nair, D.M., Fitzpatrick, J.J., McNulty, R., Click, E.R., & Glembocki, M.M. (2012). Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 115–120.

Nancarrow, S., & Borthwick, A. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897–919.

*Nathanson, B.H., Henneman E.A., Blonaisz, E.R., Doubleday N.D., Lusardi, P., & Jodka, P.G. (2011). How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1817–1823.

*Nelson, G.A., King, M.L., & Brodine, S. (2008). Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medical Surgical Nursing Journal*, 17, 35–40.

Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5), 898–909

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional care*, 19(sup1), 39-48.

Ødegaard, A., & Bjørkly, S. (2012). A mixed method approach to clarify the construct validity of interprofessional collaboration: An empirical research illustration. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 283–288.

Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E. M., & Day, M. (2007). Measuring interdisciplinary perceptions of collaboration on hospice teams. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(1), 49–53.

Outhwaite, S. (2003). The importance of leadership in the development of an integrated team. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 371–376.

Owens, P., & Gibbs, T. (2001). More than just a shopkeeper: Involving the community pharmacist in undergraduate medical education. *Medical Teacher*, 23, 305 – 309

Papathanassoglou, E.D., Karanikola, M.N., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemoindou, C., & Albarran, J.W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21, 41–52.

Parker, H.J. & Chan, F. (1986). Physical and occupational therapists characterize themselves and each other. *Physical Therapy* 66, 668–672

Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33, 95 – 100

Postmes, T., Haslam, S.A., & Jans, L. (2012). A single-item measure of social identification: Reliability, validity, and utility. *British Journal of Social Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1111/bjso.12006

*Pevida, A. (2009). Measurement of attitude towards nurse/physician collaboration in the health care corporation of St. John's (Master Thesis, Memorial University of Newfoundland).

Pettigrew, T. F. (1997). Generalized intergroup contact effects on prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 173 – 185
Remington TL, Foulk MA, Williams BC. (2006) Evaluation of evidence for interprofessional education. *Am J Pharm Educ* , 70: 66

Pearson, D., & Pandya, H. (2006). Shared learning in primary care: Participants' views of the benefits of this approach. *Journal of Interprofessional Care*, 20(3),

Pietroni P. (1994) Interprofessional teamwork: its history and development in hospital, general practice and community care (UK). In A leathard (ed) *Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare*. London: Routledge

*Pomari, C. (2009). Studio descrittivo sugli atteggiamenti riguardanti la collaborazione medico-infermiere in un'Azienda Sanitaria Locale veneta. *Professioni Infermieristiche*, 62, 109–119.

Ramanujam, R., & Rousseau, D.M. (2006). The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 811–827.

Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 98(3), 347–352

Reese, D. J., & Sontag, M. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26(3), 167–175.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Vol. 8). John Wiley & Sons.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effect on professional practice and health care outcomes (update). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28, CD002213.

Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of systematic reviews*, 1(1).

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell, Oxford.

Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and nonnegotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633–645

Reeves, S. (2011). *Using the sociological imagination to explore the nature of interprofessional interactions and relations*. In S. Kitto, J. Chesters, J. Thistelthwaite, & S. Reeves (Eds.), *Sociology of interprofessional health care practice: Critical reflections and concrete solutions* (pp. 9–22). New York, NY: Nova Science

*Refatti, C., & Bevilacqua, A. (2007). L'integrazione tra infermiere e medico nelle medicine. Risultati di un'indagine. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 26, 32–37.

Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, G.L., Kenaszchuck, C., Russel, A., & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 350–361.

Robinson, F.P., Gorman, G., Slimmer, L.W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45, 206–216.

Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis: An evolutionary view. In B.L. Rodgers & K. A. Knafel (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed., pp. 77–102). Philadelphia: Saunders

Rodriguez, D., & Aprile, A. (2005). *Medicina legale per infermieri*. Roma: Carocci Faber.

Rosenstein, A.H., & O'Daniel, M. (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *The American Journal of Nursing*, 105, 54–64.

Rosenstein, A.H., O'Daniel, M. (2008) A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 8, 464-71

Ryan, A., & McKenna, H. (1994). A comparative study of the attitudes of nursing and medical students to aspects of patient care and the nurse's role in organizing care. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 114–123.

*Russel, L., Nyohf-Young, J., Abosh, B., & Robinson, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 29–39.

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 132-147.

Schein, E. H. (1978). *Career dynamics: Matching individual and organizational needs* (Vol. 6834). New York: Addison Wesley Publishing Company.

Sherif, M. (1966). *Group conflict and cooperation: Their social psychology*. London: Routledge and Kegan Paul

Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29, 74–83.

Schmitt, M.H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 47–66

Schofield, T. (2009). Gendered organisational dynamics. *Journal of Sociology*, 45(4), 383–400

Schraeder, C., Shelton, P., & Sager, M. (2001). The effects of a collaborative model of primary care on the mortality and hospital use of community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series A*, 56, 106–112.

Skjorshammer, M. (2001). Cooperation and conflict in a hospital: Interprofessional differences in perception and management of conflict. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 7–18.

Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge University Press.

Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991–1003.

Simeoni, I., & De Santi, A. M. (2009). *Comunicazione in medicina: collaborazione tra professionisti sanitari*. Torino: Seed.

Simon, B. e Oakes, P. (2006). Beyond dependence: An identity approach to social power and domination. *Human Relations*, 59, 105-139.

Sollami, A., & Caricati, L. (2015). Intergroup threat perception among intermediate-status group members: The role of stability-instability of social stratification. *Psicologia sociale*, 10(3), 273-282.

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

Spears, R., Jetten, J., & Doosje, B. (2001). The (il)legitimacy of in-group bias: From social reality to social resistance. In J. Jost & B. Major (Eds.), *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations* (pp. 332–362). Cambridge: University Press.

Stein-Parbury, J., & Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16, 470–478.

*Sterchi, S. (2007). Perception that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN Journal*, 86, 46–57.

Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in experimental social psychology*, 21, 261-302.

- Steele C.M., Spencer S.J., Aronson J. (2002). Contending with group image: the psychology of stereotype and social identity threat. *Advances in Experimental Social Psychology*, 34: 379-440.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (1984). The role of ignorance in intergroup relations. In N. Miller & M. B. Brewer (A cura di), *Groups in contact* (pp. 229 – 257). New York: Academic Press.
- Streed, C.P. & Stoecker, J.L. (1991). Stereotyping between physical therapy students and occupational therapy students. *Physical Therapy* 71, 16–24
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Aronson, J. (2002). Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. *Advances in experimental social psychology*, 34, 379-440
- Takase, M., Kershaw, E., & Burt, L. (2001). Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 819 – 826.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The social psychology of intergroup relations*, 33(47), 74.
- Tajfel,H., & Turner, J.C. (1985) *The social identity theory of intergroup behavior*. In S.Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp.7-24). Chicago: Nelson-Hal .
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60, 291–302.
- *Taylor, C. (2009). Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia. *American Association of Nurse Anesthetist Journal*, 77, 343–348.
- Taylor, J.S. (1996). Collaborative practice within the intensive care unit: A deconstruction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 64–70
- Taylor, D. M., Moghaddam, F. M., & Bellerose, J. (1989). Social comparison in an intergroup context. *The Journal of social psychology*, 129(4), 499-515.
- Thistlethwaite, J.E., & Moran, M. (2010) Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care*, 24: 503-13
- Thomson, S. (2007). Nurse-physician collaboration: A comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. *MEDSURG Nursing*, 16(2), 87–91.
- Tschannen, D. (2004). The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration on the work environment. *Medsurg Nursing*, 13, 312–318.
- Tousijn, W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino
- Tunstall-Pedoe, S., Rink, E., & Hilton, S. (2003). Student attitude to undergraduate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 17, 161 – 172

Turner, J. C. (1978). Social comparison, similarity and ingroup favouritism. In H. Tajfel (Ed.), *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. (pp. 235-250). London, UK: Academic Press.

Turner, J. C. e Brown, R. (1978). Social status, cognitive alternatives, and intergroup relations. In E. Tajfel (Ed.), *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations* (pp. 201-234). New York: Academic Press

University of Oklahoma. Institute of Group Relations, & Sherif, M. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The Robbers Cave experiment* (Vol. 10, pp. 150-198). Norman, OK: University Book Exchange

Ushiro, R. (2009). Nurse-physician collaboration scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1497–1508.

van Knippenberg, A. (1978). Status differences, comparative relevance and intergroup differentiation. In H. Tajfel (Ed.), *Differentiation between social groups* (pp. 171-199). London: Academic Press.

Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. F., & Cowan, M. (2005). Effect of multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71–77.

Vicarelli, G. (2000, Novembre), *Le risorse relazionali nella professione medica. Differenze di genere*, relazione presentata al Convegno AIS.

Vicarelli, G. (1997a), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*. Bologna: Il Mulino

Vicarelli, G. (1997b), *La politica sanitaria tra continuità e innovazione, in Storia dell'Italia Repubblicana*, vol. III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio. Torino: Einaudi

Vicarelli, G. (2001, settembre), *Asclepio, Igea o Panacea? Le scelte di specializzazione delle donne medico nel secondo Novecento*. Relazione presentata al Convegno SISSCO: "Genere, lavoro, gerarchie",

Vicarelli, G. (2002), Tendenze e limiti della politica sanitaria in Italia. *Economia e Lavoro* anno XXXVI, n. 1: 97-118.

Voci, A. (2006). The link between identification and in-group favouritism: Effects of threat to social identity and trust-related emotions. *British Journal of Social Psychology*, 45(2), 265–284

Wachs, J. E. (2005). Building the occupational health team. *Aaohn Journal*, 53(4), 166-171.

Weiss, S., & Davis, H. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34, 299–304.

Weber, M. (1958). Class, status, party. In H. H. Gerth e C. W. Mills (Eds.), *From Max Weber: Essay in sociology* (pp. 180-195). New York: Oxford University Press.

Willis, E. (1983). *Medical dominance: The division of labour in Australian health care*. North Sydney, NSW: George Allen & Unwin

Willis, E. (2006). Introduction: Taking stock of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 421–431.

Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.

World Health Organization. (2010a). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010b). *Interprofessional education companion academic report*. Geneva: World Health Organization.

Yasemin, E., & Yldirim A. (2011). Attitudes towards physician-nurse collaboration in intensive care unit. Articolo presentato al 4th EfCCNa & FSAIO Congress, Session 18, Copenhagen.

Yeager, S. (2005) Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of health care. *Crit Care Nurs Clin North Am.*, 17(2), 143–8

Yildirim, A., Atesa, M., Akincib, F., Rossb, T., Selimenc, D., Isseverd, H., Erdim A., & Akgu ın, M. (2005). Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul’s public hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 429–437.

Yildirim, A., Akinci, F., Ates, M., Ross, T., Issever, H., Isci, E., & Selimen, D. (2006). Turkish version of the Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration: A preliminary study. *Contemporary Nurse*, 23, 38–45.

Zagefka, H., & Brown, R. (2006). Predicting comparison choices in intergroup settings: A new look. *Social comparison and social psychology: Understanding cognition, intergroup relations and culture*, 99-126.

Zangaro, G.A., & Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses’ job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445–458.

Zwarenstein, M., & Reeves, S.(2006) Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof.*, 26(1), 46–54.

Zwarenstein, M., Bryant, W. (2000) Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000072

APPENDICI

Appendice 1

		Condizione								
		Verso BASSO			Verso ALTO			STABILE		
		n	m	DS	n	m	DS	n	m	DS
Status (1 poco prestigioso - 6 molto prestigioso)	MEDICI	33	5,45	1,15	37	5,62	,89	31	5,71	,94
	INFERMIERI	33	2,94	1,09	37	3,38	,95	31	3,00	1,24
	OSS	33	1,79	1,05	37	1,78	,71	31	1,58	,81
Differenza di status pre - post manipolazione	MEDICI	33	1,70	2,67	37	,46	1,71	31	,13	1,41
	INFERMIERI	33	-2,12	2,86	37	2,86	2,00	31	1,16	1,90
	OSS	33	2,45	1,92	37	-,92	1,88	31	,03	1,56
Legittimità delle differenze di status post manipolazione (1 ingiusto - 10 giusto)		33	2,55	3,27	37	7,27	2,00	31	4,35	2,39
Identità (1 bassa identificazione - 6 alta identificazione)	1 item	33	5,18	,98	37	4,92	1,38	31	4,90	1,11
	5 item	33	5,35	,75	37	5,30	1,09	31	5,18	,90
Minaccia (1bassa minaccia -6 alta minaccia)	Generale dall'alto dal basso	33	4,80	1,23	37	1,53	,77	31	3,54	1,33
		33	3,16	1,19	37	2,96	1,17	31	3,09	1,06
		33	3,29	1,41	37	2,36	1,03	31	2,19	,78
Atteggiamento formazione condivisa (1 basso atteggiamento - 5 alto atteggiamento)	RIPLS_media	33	4,85	1,00	37	4,96	,76	31	4,71	,87

Studio Pilota 1 : Tabella misure delle variabili per condizione

Appendice _ 2

Misure PRE - Tirocinio		Corso								
		Infermieristica			Medicina			OSS		
		n	m	DS	n	m	DS	n	m	DS
Prestigio*	INFERMIERI	68	3,45	,89	23	3,17	,65	31	3,26	,73
	MEDICI	68	4,74	,64	23	4,52	,67	31	4,94	,36
	OSS	68	2,09	1,09	23	1,74	,75	31	2,16	,78
Stereotipia (ingroup)	Agentico	68	4,01	,67	23	4,30	,45	31	3,37	,65
	Comunale	68	4,39	,52	23	3,11	,81	31	3,85	,74
	Totale (media agentico-comunale)	68	4,20	,56	23	3,71	,52	31	3,61	,60
Identificazione		68	4,10	,68	23	4,55	,30	31	4,38	,57
Atteggiamento formazione continua		68	3,84	,89	23	3,32	,72	31	3,70	,75

Tabella 5.10 - valori delle variabili nella condizione di pre-tirocinio

* I valori riportati si riferiscono alle attribuzioni date dagli studenti (colonna) alla categoria (riga)

CORRELAZIONI MISURE PRE - TIROCINIO		1	2	3	4	5	6	7
Prestigio INFERMIERI (1)	Correlazione di Pearson	1	,235**	,657**	,194*	,210*	,249**	,092
	Sign. (a due code)		,009	,000	,033	,021	,006	,315
	N		121	121	121	121	121	121
Prestigio MEDICI (2)	Correlazione di Pearson		1	,147	-,055	,048	,019	,153
	Sign. (a due code)			,106	,549	,601	,837	,095
	N			122	122	122	122	121
Prestigio OSS (3)	Correlazione di Pearson			1	,103	,182*	,183*	,080
	Sign. (a due code)				,261	,045	,044	,386
	N				122	122	122	121
AGENTICO INGROUOP (4)	Correlazione di Pearson				1	,348**	,389**	,107
	Sign. (a due code)					,000	,000	,244
	N					122	122	121
COMUNALE INGROUOP (5)	Correlazione di Pearson					1	,079	,328**
	Sign. (a due code)						,386	,000
	N						122	121
Identificazione (6)	Correlazione di Pearson						1	,042
	Sign. (a due code)							,645
	N							121
RIPLS (7)	Correlazione di Pearson							1
	Sign. (a due code)							
	N							

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).
 * . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Tab 5.11 - Correlazioni tra le variabili in condizione di pre tirocinio

Appendice _ 3

Misure POST - Tirocinio		Corso								
		Infermieristica			Medicina			OSS		
		n	m	DS	n	m	DS	n	m	DS
Prestigio*	INFERMIERI	68	3,69	,83	23	3,30	,82	31	3,52	,72
	MEDICI	68	4,82	,42	23	4,78	,52	31	4,94	,36
	OSS	68	2,22	1,13	23	2,00	1,21	31	2,42	,89
Stereotipia (ingroup)	Agentico	68	4,08	,62	23	4,38	,54	31	3,65	,56
	Comunale	68	4,55	,43	23	2,89	,82	31	4,14	,55
	Totale (media agentico-comunale)	68	4,32	,47	23	3,64	,57	31	3,90	,48
Identificazione		68	4,47	,62	23	4,58	,28	31	4,67	,37
Atteggimento formazione continua		68	4,41	,57	23	4,30	,54	31	4,55	,40

Tabella 5.12 - Valori delle variabili nella condizione di post-tirocinio

* I valori riportati si riferiscono alle attribuzioni date dagli studenti (colonna) alla categoria (riga)

CORRELAZIONI MISURE POST - TIROCINIO		1	2	3	4	5	6	7
Prestigio INFERMIERI (1)	Correlazione di Pearson	1	,167	,658**	,174	,299**	,319**	,124
	Sign. (a due code)		,067	,000	,055	,001	,000	,172
	N		121	121	122	122	122	122
Prestigio MEDICI (2)	Correlazione di Pearson		1	,025	-,060	,054	,006	-,090
	Sign. (a due code)			,785	,516	,554	,944	,327
	N			121	121	121	121	121
Prestigio OSS (3)	Correlazione di Pearson			1	,162	,216*	,251**	,191*
	Sign. (a due code)				,076	,017	,005	,036
	N				121	121	121	121
AGENTICO INGROUOP (4)	Correlazione di Pearson				1	,164	,686**	,120
	Sign. (a due code)					,071	,000	,189
	N					122	122	122
COMUNALE INGROUOP (5)	Correlazione di Pearson					1	,830**	,126
	Sign. (a due code)						,000	,165
	N						122	122
Identificazione (6)	Correlazione di Pearson						1	,161
	Sign. (a due code)							,077
	N							122
RIPLS (7)	Correlazione di Pearson							1
	Sign. (a due code)							
	N							

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Tab 5.11 - Correlazioni tra le variabili in condizione di pre tirocinio

ALLEGATI

Nota: Gli articoli riportati sono fittizi,
pertanto non sono stati realmente pubblicati.

24 ORE

Sanità



Il Futuro della Sanità al vaglio del Governo

Nuova analisi del ministro sulle professioni sanitarie

Le figure più rappresentative nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia sono Medici, Infermieri e OSS. L'organizzazione sanitaria ha da sempre definito una gerarchia funzionale tra queste tre figure, con a capo il medico e a seguire

l'infermiere e infine l'OSS. Secondo i maggiori esperti di organizzazioni sanitarie, i cambiamenti normativi di questi anni non influiranno sulle attribuzioni delle responsabilità rispetto al percorso di cura e sulla gestione delle risorse. Questo quadro lascia quindi prevedere che in futuro i rapporti professionali fra medici, infermieri e OSS resteranno sostanzialmente invariati. Ai medici rimarranno le responsabilità decisionali della cura dei malati e quelle riguardanti la gestione delle risorse dei Servizi. Gli infermieri

manterranno il loro livello di autonomia decisionale sulle attività assistenziali dei malati e sulla gestione delle relative risorse. In questo modo il divario tra medici e infermieri rimarrà invariato rispetto alla situazione attuale. Gli OSS continueranno a svolgere le attività assistenziali su indicazione degli infermieri, senza alcuna responsabilità nella gestione delle risorse. Il divario tra OSS e infermieri, quindi, rimarrà invariato.

Ciresi Maria Antonia

ALLEGATO 2 - ARTICOLO CONDIZIONE DI INSTABILITA' UP PER INFERMIERI / DOWN PER MEDICI E OSS

24 ORE

Sanità



Il Futuro della Sanità al vaglio del Governo

Nuova analisi del ministro sulle professioni sanitarie

Le figure più rappresentative nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia sono Medici, Infermieri e OSS. L'organizzazione sanitaria ha da sempre definito una gerarchia

funzionale tra queste tre figure, con a capo il medico e a seguire l'infermiere e infine l'OSS. Secondo i maggiori esperti di organizzazioni sanitarie, i cambiamenti normativi di questi anni influiranno sulle attribuzioni delle responsabilità rispetto al percorso di cura e sulla gestione delle risorse. I medici dovranno condividere con gli infermieri la responsabilità decisionale sia nella cura dei malati, sia nella gestione delle risorse dei Servizi. Gli infermieri avranno maggiore autonomia decisionale e maggiori possibilità di gestire le risorse dei Servizi. In questo modo, il divario tra medici e

infermieri sarà sempre più ridotto. Gli OSS continueranno a svolgere le attività assistenziali su indicazione degli infermieri, senza alcuna responsabilità nella gestione delle risorse. In questo modo, il divario tra infermieri e OSS sarà sempre più ampio.

Ciresi Maria Antonia

ALLEGATO 3 - ARTICOLO CONDIZIONE DI INSTABILITA' UP PER MEDICI E OSS , DOWN PER INFERMIERI

Il Sole 24 ORE

Sanità



Il Futuro della Sanità al vaglio del Governo

Nuova analisi del ministro sulle professioni sanitarie

Le figure più rappresentative nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia sono Medici, Infermieri e OSS. L'organizzazione sanitaria ha da sempre definito una gerarchia

funzionale tra queste tre figure, con a capo il medico e a seguire l'infermiere e infine l'OSS. Secondo i maggiori esperti di organizzazioni sanitarie, i cambiamenti normativi di questi anni influiranno sulle attribuzioni delle responsabilità rispetto al percorso di cura e sulla gestione delle risorse. Questo quadro lascia quindi prevedere che in futuro i rapporti professionali fra medici, infermieri e OSS si modificheranno sostanzialmente. I medici avranno l'esclusiva responsabilità decisionale sulla cura dei malati e sulla gestione delle risorse dei Servizi. Gli infermieri avranno meno

autonomia decisionale e minore possibilità di gestire le risorse, potendo gestire le attività assistenziali solo su indicazione dei Medici. In questo modo, il divario tra medici e infermieri sarà sempre più ampio. Gli OSS, invece, avranno maggiori responsabilità decisionali sia nella cura dei malati, sia nella gestione delle risorse dei Servizi. Il divario tra OSS e infermieri, quindi, sarà sempre più ridotto.

Ciresi Maria Antonia