Traduzione di Luciana Modena
Centro Studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Italia
www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

NOVEMBER 2006

RNAO Registered Nurses Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Healthy Work Environments
Best Practice Guidelines

Collaborative Practice Among Nursing Teams

Pratica collaborativa fra i teams infermieristici

Ontario

Greetings from Doris Grinspun, Executive Director Registered Nurses' Association of Ontario

It is with great pleasure that the Registered Nurses' Association of Ontario releases the "Collaborative Practice Among Nursing Teams" Guideline. This is one of a series of six Best Practice Guidelines (BPGs) on Healthy Work Environments (HWE), developed by the nursing community. The aim of these guidelines is to provide the best available evidence to support the creation of thriving work environments.

Evidence-based Healthy Work Environments BPGs, when applied, will serve to support the excellence in service that nurses are committed to delivering in their day-to-day practice. RNAO is delighted to be able to provide this key resource to you.

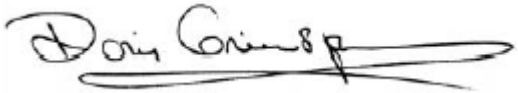
We offer our endless gratitude to the many individuals and organizations that are making our vision for HWE BPGs a reality. To the Government of Ontario and Health Canada for recognizing RNAO's ability to lead this program and providing generous funding. To Donna Tucker – Program Director from 2003 to 2005, and Irmajean Bajnok – Director, Centre for Professional Nursing Excellence and the program's lead since 2005, for providing wisdom and working intensely to advance the production of these HWE BPGs. To each and all HWE BPG leaders and in particular, for this BPG, Panel Co-Chairs Diane Doran and Leslie Vincent and Panel Coordinator Val Coubrough, for providing superb stewardship, commitment and above all exquisite expertise. Thanks also go to the amazing Panel Members who generously contributed their time and knowledge. We could not have delivered such a quality resource without you!

We thank in advance the entire nursing community, committed and passionate about excellence in nursing care and healthy work environments, who will now adopt these BPGs and implement them in their worksites. We ask that you evaluate their impact and tell us what works and what doesn't, so that we continuously learn from you and revise these guidelines informed by evidence and practice. Partnerships such as this one are destined to produce splendid results – learning communities – all eager to network and share expertise. The resulting synergy will be felt within the BPG movement, in the workplaces, and by people who receive nursing care.

Creating healthy work environments is both a collective and an individual responsibility. Successful uptake of these guidelines requires the concerted effort of nurse administrators, staff and advanced practice nurses, nurses in policy, education and research, and healthcare colleagues from other disciplines across the organization. It also requires full institutional support from CEO's and their Boards. We ask that you share this guideline with all. There is much we can learn from one another.

Together, we can ensure that health organizations including nurses and all other health care workers, build healthy work environments. This is central to ensuring quality patient care. Let's make health care providers, their organizations and the people they serve the real winners of this important effort!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (c), O.Ont



Executive Director

Registered Nurses' Association of Ontario

Pratica collaborativa tra i Teams Infermieristici

Disclaimer & Copyright

Disclaimer

Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri o le organizzazioni che le usano. Il loro utilizzo dovrebbe essere flessibile, basato sui bisogni dell'individuo e delle situazioni locali. Esse non determinano la responsabilità né la rinuncia alla stessa. Sebbene siano stati fatti notevoli sforzi per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nè gli autori, nè la *Registered Nurses' Association of Ontario* danno garanzie sull'accuratezza dell'informazione qui contenuta, non accettano alcuna responsabilità rispetto a perdita, danno, spese e costi derivati da errori o omissioni nei contenuti di questo lavoro.

Copyright

Questo documento è di pubblico dominio e può essere usato e riprodotto senza speciali autorizzazioni, tranne che per quelle parti coperte da copyright per le quali è vietata la riproduzione in mancanza dei dovuti permessi rilasciati da coloro che detengono il copyright originario. La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) apprezza di essere citata come fonte nel modo seguente:
Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams.* Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Membri del Panel di sviluppo

Diane Irvine Doran, RN, PhD, FCAHS
Panel Co-chair
Associate Dean of Research
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Leslie Vincent, RN, MScA, CON(C)
Panel Co-chair
Senior Vice President, Nursing
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Diane Caughey, RN, BScN, GNC(C)
Resident Care Coordinator
Marianhill Inc.
Pembroke, Ontario

Cheryl Cott, BPT, MSc, PhD
Associate Professor
Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine
University of Toronto
Toronto Ontario

Eric Drouin, RN
First Vice Coordinator
Ontario Nurses' Association, Local 083
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Lee Anne Harper-Femson, RN, EdD
Associate Professor
Ryerson University
School of Nursing
Toronto, Ontario

Barbara Jones, RN, BScN, MSW
North York General Hospital
Professional Practice Leader, Nursing
Toronto, Ontario

Linda Jones RN (EC)
PHC Nurse Practitioner
Consultant Collaborative Practice
Ottawa, Ontario

Bernadette Lamourie, RN
Night Charge Nurse
Extendicare – Laurier Manor
Bup/LC Ontario Nurses' Association Local 074
Ottawa, Ontario

Sara Lankshear, RN, M.Ed, PhD (student)
Past President, Professional Practice Network of Ontario
President, Relevé Consulting Services

Burlington, Ontario
Sharon Lawlor, RN, BScN, MN
Health Team Manager
Lorelei Lingard, PhD
Associate Professor
Wilson Centre for Research in Education &
Department of Paediatrics
Faculty of Medicine, University of Toronto
Toronto, Ontario
Sandra MacDonald-Rencz, RN, MEd, CHE
Executive Director, Office of Nursing Policy
Health Policy Branch, Health Canada
Ottawa, Ontario
Sheri Oliver, RPN (Registered Practical Nurse)
Director, Strategic Nursing Initiatives
Registered Practical Nurses Association of Ontario
Mississauga, Ontario
Gail Pahwa, RN, BN, MEd(c)
Team Building Group Lead
George Brown College
Toronto, Ontario
Cheryl Reid-Haughian, RN, MHScN, CCHN(C)
Debbie White, RN, PhD
Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Calgary
Research Consultant
Calgary Health Region
Calgary, Alberta

North End Community Health Center
Halifax, Nova Scotia

Director, Professional Practice
ParaMed Home Health Care
Ottawa, Ontario
Donna Romano, RN, BScN, MSc, PhD(c)
Nursing Unit Administrator
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario
Marcy Saxe-Braithwaite, RN, BScN, MScN, MBA, CHE
Vice President Programs and Chief Nursing Officer
Providence Continuing Care Centre
Kingston, Ontario
Dawn Sidenberg, BScN
Director, Organization Renewal
Bluewater Health
Sarnia, Ontario
Jane Van Alphen, RN, MSc, MBA
Child Health Services Director, Cardiac Program
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Le dichiarazioni di interesse e di riservatezza sono state fatte dai membri del panel di sviluppo della linea guida. Ulteriori dettagli sono disponibili presso la Registered Nurses' Association of Ontario.

Responsabilità dello sviluppo

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), con la sovvenzione di "Ontario Ministry of Health and Long-Term Care", ed in collaborazione con Health Canada è stata coinvolta in un progetto a lungo termine di sviluppo, implementazione pilota, valutazione e disseminazione di linee guida di miglior pratica infermieristica tramite un panel di esperti.
Questa linea guida è stata sviluppata dal panel convocato dalla RNAO ed ha condotto questo lavoro indipendentemente da ogni pregiudizio o influenza delle agenzie di finanziamento. Il panel è stato supportato dai membri del team di progetto RNAO sotto elencati.

Project Team

Irmajean Bajnok, RN, MSN, PhD
Director, RNAO Centre for Professional Nursing Excellence
Project Director (2005)
Donna Tucker, RN, MScN
Project Director (2003-2005)

Valerie Coubrough, RN, BScN, MS
Panel Coordinator (as of August, 2005)
Dianna Craig, RN, BA, MEd
Panel Coordinator (2004 – 2005)

Lisa Beganyi, BSc, BA
Project Assistant (2004 – September 2005)
Pauline Matthews, BA
Project Assistant (as of September 2005)

Contact Information

Registered Nurses' Association of Ontario Healthy Work Environments Best Practice Guidelines Project -158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3
Website: http://www.rnao.org/projects/hwe.asp

Ringraziamenti per gli Stakeholders

La Registered Nurses' Association of Ontario desidera ringraziare le seguenti persone per il loro contributo nel revisionare la linea guida di miglior pratica e nel fornire un importante feedback:

Jacqueline A. Barrett, RN, BScN, MHSc
Director Maternal & Child/Emergency Services
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario
Mary-Agnes Beduz, RN, BScN, MN
Assistant Professor
McMaster University
Hamilton, Ontario
Cheryl Beemer, RN
Staff Nurse – Heart Investigation Unit
Hamilton Health Sciences Centre
Hamilton, Ontario
Jodie Boltuc, BScN(c)
Nursing Student/Ontario Regional Director
Ryerson University/Canadian Nursing Students'
Association
Toronto/Ottawa, Ontario
Michelle Bott, RN, BScN, MN
Director, Professional Practice
Guelph General Hospital
Guelph, Ontario
Patricia Boucher, RN, BHSc(N), COHN(C),
CRSP, CDMP
Director of Client and Consulting Services
Ontario Safety Association for Community & Healthcare
Toronto, Ontario
Gwendolyn D. Bourdon, RN, BScN, MEd
Education Manager
Runnymede Healthcare Centre
Toronto, Ontario
Frances Carvalho, BSc, BScN(c)
Nursing Student
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto, Ontario
Elizabeth Chu, RN, BAS, BScN, MN
Director of Care,Wellness Coordinator Long Term Care
Tall Pines Long Term Care Centre
Brampton, Ontario
Patrick Clifford, BA, BSW, BEd, MSW, RSW
Manager, Professional Practice and Research Ethics
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario
Marnie Delaney, BSc, BScN(c)
Nursing Student
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto, Ontario
Penny Demarest, RN(EC), BScN
Primary Health Care Nurse Practitioner
Hunter Street Medical Centre
Woodstock, Ontario
Cécile Diby, RN, BScN
Nursing Education Specialist
SCO Health Service
Nursing Resource Team
Ottawa, Ontario
Kimberley English, BScN, MN
Nursing Faculty
Trent University/ Fleming College
School of Nursing
Peterborough, Ontario
Kathryn Ewers, RN, BA, MEd
Educator
Jackson Health System
Miami, Florida, USA
Michelle Farah, RN, BA
RN Staff Nurse Mental Health

Halton Healthcare Services
Oakville, Ontario

Joyce Fenuta, RN, BScN, MHS
Clinical Leader / Manager
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Barbara Foster, RN, BScN
Senior Policy Advisor
Public Health Agency of Canada
Ottawa, Ontario

Rose Gass, RN, BA (Econ), ENC(C), MHS(c)
Director Emergency and Intensive Care
Norfolk General Hospital
Simcoe, Ontario

Linda Gould, RPN (Registered Practical Nurse)
Stroke Data and Evaluation Specialist
Hamilton Health Sciences
Hamilton General Hospital
Hamilton, Ontario

Katherine Grant-Brown, RN
Clinical Practice Leader
Bayshore Home Health
Mississauga, Ontario

Julie Gregg, RN, BScN, MAdEd
Coordinator, Member Relations & Development
College of Registered Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Lynne Hanna, RN, BScN, MEd
Manager, Child Health
Halton Region
Oakville, Ontario

Cheryl Harris, RN
Project Manager, Policies and Procedures
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Mary Jane Herlihey, RN, BScN
Clinical Education Consultant
ParaMed Home Health Care
Ottawa, Ontario

Mariëlle Heuvelmans, RN, HBScN, GNC(C)
Vice-President Clinical and Therapeutic Programs & Services
Hôpital Général de Hawkesbury and District General Hospital
Hawkesbury, Ontario

Ena Howse, RN, PhD
Associate Professor
Queen's University School of Nursing
Kingston, Ontario

Jennie Humbert, RN(EC), BScN, MHSc
Nurse Practitioner Regional Co-ordinator
University of Ottawa
Ottawa, Ontario

Suman D. Iqbal, RN, CON(C)
Staff Nurse, Co-Chair Nursing Council
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Rosanne Jabbour, RN, MHSc
Senior Policy Analyst
Nursing Secretariat, Ministry of Health and Long-Term Care
Toronto, Ontario

Bonny Johnson, RN(EC)
Nurse Practitioner
Whitewater Bromley CHC satellite
Lanark Health And Community Services
Beachburg, Ontario

Carolyn Johnson, RN, BScN, MEd
Professional Practice Liaison Children's Health
Clinical Policy & Documentation Systems Coordinator
IWK Health Centre
Halifax, Nova Scotia

Rachel Johnson, BScN
Graduate Nurse
St. Michaels Hospital
Toronto, Ontario

Joy Kellen, RN, BN, MSc
Policy Coordinator
Saskatchewan Registered Nurses' Association
Regina, Saskatchewan

Denise Konopaskie, RN, HBA, ACRPS
Independent Practice – Psychotherepy, Complimentary Care Practitioner
Keswick, Ontario

Chantale LeClerc, RN, MSc, GNC(C)
Chief Nursing Officer
SCO Health Service
Ottawa, Ontario

Katherine Luke, RN, OHN, BScN, MHS
Program Manager, ONTraC
(Ontario Transfusion Coordinators)
Provincial Blood Conservation Program
St. Michael's Hospital

Toronto, Ontario
Cheryl Lyons, RN, BScN
Professional Practice Educator
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario
Mariana Markovic, RN, CPN(C), BScN
Labour Relations Officer,
Professional Practice Specialist
Ontario Nurses' Association
Toronto, Ontario
Mary-Lou Martin, RN, MScN, MEd
Clinical Nurse Specialist /
Associate Clinical Professor
St. Joseph's Healthcare Hamilton / McMaster University
Hamilton, Ontario
Lynn McEwen, RN, BA, BScN, MN(c)
Nurse Educator
Bluewater Health
Sarnia, Ontario
Andrea McLellan, RN, BScN, MEd
Coordinator, Quality Improvement, Risk Management,
Education and Privacy
North Bay General Hospital
North Bay, Ontario
Nancy Menagh, RN, BScN, MEd, MN(c)
Education Coordinator
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia, ON
Toba Miller RN, MScN, MHA, GNC(C)
Advanced Practice Nurse
The Ottawa Hospital, Rehabilitation Centre
Ottawa, Ontario
Diane Milne, RN, BScN, CCN(C)
Nurse Educator
Providence Health Care
St. Paul's Hospital
Vancouver, British Columbia
Mitzi Grace Mitchell, RN, PhD(c)
Lecturer
York University, School of Nursing
Toronto, Ontario
Jane Moore-Smithson, RN, MSc, PhD(c)
Advanced Practice Nurse
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario
Debbie Moyst, BN, OHS
Program Division Manager ER / AMB
Eastern Health, SCMH
St. John's, Newfoundland
Brenda Mundy, RN, PNC(C)
Professional Practice Faciliator
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario
Sylvia Naughton, RN
Research Coordinator
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia, ON
Norma Nicholson, RN, BA, MA(Ed)
Service Manager
West Park Health Care Centre
Toronto, Ontaro
Kim Pittaway, RN, BScN
Nursing Professional Practice Leader
Cambridge Memorial Hospital
Cambridge, Ontario
Pam Pogue, RN, MSc, ACNP, CCN(C)
Chief Nurse and Professional Practice Executive
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario
Sheri Price, RN, MN
Research Associate,Women's Health Program
IWK Health Centre
Halifax, Nova Scotia
Anita Purdy, RN
Clinical Manager, Inpatient Surgery &
Pre-Admit Clinic
Chatham-Kent Health Alliance
Chatham, Ontario
Holly Quinn, RN, BScN
Director of Clinical Programs
Bayshore Home Health
Barrie, Ontario
Sheila Rankin, RN, BN
Director of Human Resources
Annapolis Valley District Health Authority
Kentville, Nova Scotia
Lesreen Romain, RN, BScN, MHS
Clinical Leader In-Patient Rehabilitation
Lakeridge Health Corporation
Ajax, Ontario
Josette Roussel, RN, MSc, MEd, GNC(C)
Advanced Practice Nurse
SCO Health Service
Ottawa, Ontario
Shalimar Santos-Comia, RN, BScN, MHSc
Director, Nursing Education and Informatics
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Rhonda Seidman-Carlson, RN, BA, MN
Director, Nursing Placement,
Development & Practice
Baycrest
Toronto, Ontario

Wendy Seroski, RN, BScN(c)
Staff Nurse – Pediatric Thrombosis Nurse Coordinator/
Hemophilia Nurse
Hamilton Health Sciences,
McMaster Children's Hospital
Hamilton, Ontario

Jo Anne Shannon, RN
Labour Relations Officer
Ontario Nurses' Association
Hamilton / Dundas, Ontario

Judy Smith, RN, BScN, ENC(C)
Clinical Nurse Educator – Emergency Medicine Program
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Mae Squires, RN, BA, BNSc, MSc, PhD (student)
Program Operational Director,
Cardiac & Critical Care Programs
Kingston General & Hotel Dieu Hospitals
Kingston, Ontario

Grace St. Jean, RN, BScN
Administrative Director Critical Care Program
Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital
Sudbury, Ontario

Judy Stanley, RN, BScN, MN
Public Health Nurse
Peterborough County City Health Unit
Peterborough, Ontario

Peggy Swerhun, RN, COHN(C), CRSP, CIC
Consultant
Ontario Safety Association for Community and Healthcare
Toronto, Ontario

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd
Clinical Nurse: High Risk Antepartum / Postpartum & Sessional Instructor
Mount Sinai Hospital and
George Brown College
Toronto, Ontario

Beatriz Valdes, RN, MBA, MSN
Patient & Family Education Coordinator
Jackson Health Systems
Miami, Florida, USA

Tazim Virani, RN, MScN, PhD(c)
Program Director, Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Julia Watson-Blasioli, RN, BScN, PNC, MScN
Clinical Manager, Birthing Unit
Ottawa Hospital: General Campus
Ottawa, Ontario

Patricia Wejr, RN (non-practicing), BA, MSc
Communications Officer/Policy Analyst
British Columbia Nurses' Union
Burnaby, British Columbia

Joni Wilson, RN, BN(c)
Manager of Complex Continuing Care
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

Margaret Wolecki, RPN (Registered Practical Nurse)
Staff Nurse
North York General Hospital
Toronto, Ontario

Bette Zeran, RN, MSHc
Manager of Clinical Utilization
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario

Indice

Background del Progetto di linee guida di Miglior Pratica per gli Ambienti di Lavoro Salubri 10
Organizzare una Struttura per il Progetto di Linee guida di Miglior Pratica per gli Ambienti di Lavoro Salubri. 13
Background della Linea Guida di Practica Collaborativa tra i Teams Infermieristici 15
Obiettivi e Scopi 16
Come si usa questo documento. 17
Sommario delle Raccomandazioni di Practica Collaborativa tra i Teams Infermieristici 19
Fonti e Tipi di Evidenze su Practica Collaborativa tra i Teams Infermieristici. . . . 23
Raccomandazioni per l'individui/il Team. 24
Raccomandazioni per l'Organizzazione. 31
Raccomandazioni per l'Esterno/il Sistema. 36
Raccomandazioni per il Governo 37
Raccomandazioni per la Ricerca 38
Raccomandazioni per l'Accreditamento 39
Raccomandazioni per l'Educazione 39
Raccomandazioni per la gli Infermieri 41
Processo di Revisione ed aggiornamento delle Linee Guida di Miglior Pratica per gli Ambienti di Lavoro Salubri. 43
Riferimenti bibliografici numerati. 44
Riferimenti bibliografici in ordine alfabetico. 48
Appendice A: Glossario dei Termini. 54
Appendice B: Processo di sviluppo della Linea Guida 56
Appendice C: Processo di Revisione sistematica della letteratura su "Pratica Collaborativa Tra i Teams infermieristici" completato dal Joanna Briggs Institute 57
Appendice D: Misure dei Concetti Relativi al Modello di Practica Collaborativa tra i Teams Infermieristici 59

* Le parole affiancate dal simbolo [G] sono presenti nel glossario.

Background del progetto di Linee Guida di Miglior Pratica per Ambienti di Lavoro Salubri (Healthy Work Environments)

Nel luglio 2003 la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), con la sovvenzione di Ontario Ministry of Health e Long-Term Care, (MOHLTC) e lavorando in collaborazione con Health Canada, Office of Nursing Policy, ha iniziato lo sviluppo di linee guida di miglior pratica basate su prove di efficacia per creare gli ambienti salubri[G] per gli infermieri[G]. In modo analogo alla presa di decisioni in ambito clinico, è importante focalizzarsi sulla presa di decisioni per la creazione di un ambiente di lavoro salubre basato sulla miglior evidenza disponibile.
Il progetto di Linee Guida[G] di Miglior Pratica per un Ambiente di Lavoro Salubre è una risposta ai bisogni prioritari identificati dal Joint Provincial Nursing Committee (JPNC) e dal Canadian Nursing Advisory Committee.[1] L'idea di sviluppare e distribuire in forma allargata una guida dell'ambiente di lavoro salubre era stata inizialmente proposta in *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario*[2] sottoposto al MOHLTC nel 2000 e approvato da JPNC.

I sistemi sanitari sono sottoposti ad una forte pressione determinata dal dover controllare i costi ed aumentare la produttività e allo stesso tempo rispondere alla crescente domanda dovuta all'aumento ed all'invecchiamento della popolazione, ai miglioramenti tecnologici e ad un consumismo più sofisticato. In Canada, la riforma sanitaria è attualmente focalizzata sugli obiettivi primari identificati dal Federal/Provincial/Territorial First Ministers' Agreement 2000,[3] e dal Health Accords del 2003[4] e 2004[5]:

- disposizione di un accesso tempestivo ai servizi sanitari in base al bisogno;
- servizi sanitari di alta qualità, efficacia, centrati sull'utente e sicuri;
- un sistema sanitario sostenibile e contenuto nei costi.

Gli infermieri sono una componente essenziale per raggiungere questi obiettivi. Una sufficiente dotazione di infermieri è centrale per sostenere un accesso a basso costo alla prestazione sanitaria sicura e puntuale. Perseguire un ambiente salubre per infermieri è critico rispetto alla sicurezza, reclutamento e trattenimento degli infermieri.

Numerosi reports ed articoli hanno documentato la sfida nel reclutamento e trattenimento di operatori sanitari infermieristici.[2, 6, 10] Alcuni hanno suggerito che l'attuale insufficienza di infermieri è il risultato di un ambiente di lavoro non salutare.[11, 12, 13, 14] Sono richieste delle strategie che aumentino i posti di lavoro per infermieri per riparare al danno indotto da un decennio di implacabili ristrutturazioni e ridimensionamenti.

C'è una maggiore comprensione della relazione tra ambiente di lavoro infermieristico, risultati dei pazienti/utenti e performance organizzativa e di sistema.[15-17] Un certo numero di studi ha mostrato un forte collegamento tra staff infermieristico e risultati dell'assistito[18-28] L'evidenza mostra che un ambiente di lavoro salubre produce benefici finanziari per l'organizzazione in termini di riduzione dell'assenteismo, della perdita di produttività, dei costi sanitari organizzativi,[29] e dei costi derivati da risultati avversi del paziente/utente.[G, 30]

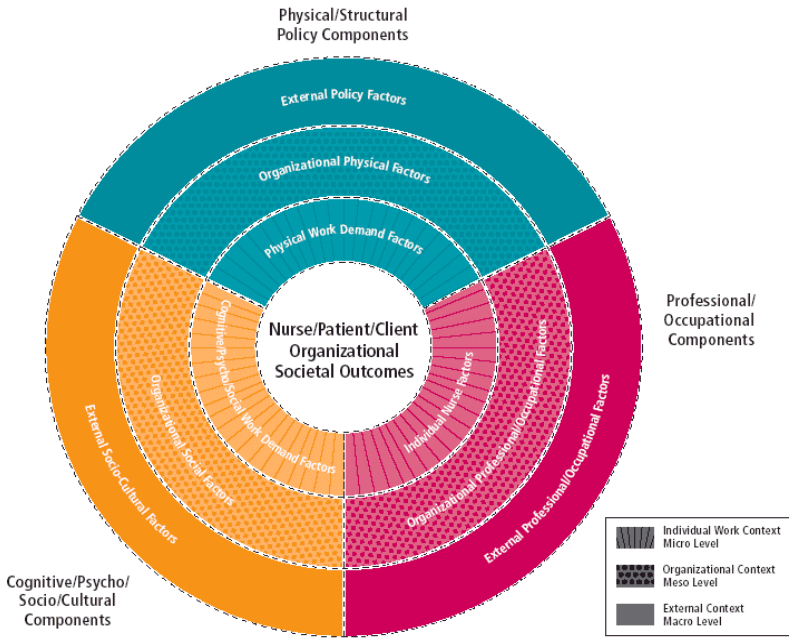
La realizzazione di ambienti di lavoro salutari per infermieri richiede *cambiamenti trasformazionali*, con "interventi che hanno come bersaglio il posto di lavoro di base ed i fattori organizzativi".[31] E' con queste intenzioni che abbiamo sviluppato queste linee guida. Noi crediamo che la completa implementazione farà la differenza per gli infermieri, i loro assistiti, le organizzazioni e le comunità in cui essi lavorano. Il presupposto è che focalizzarsi sulla creazione di un ambiente di lavoro salubre porterà beneficio non solo agli infermieri, ma anche agli altri membri del team sanitario. Crediamo inoltre che le linee guida pratiche possano essere implementate con successo solo dove ci siano adeguati processi di pianificazione, risorse, supporti organizzativi ed amministrativi e facilitazioni appropriate.

Il progetto elaborerà sei Linee Guida di Miglior Pratica per Ambienti di Lavoro Salubri

- *Collaborative Practice Among Nursing Teams* (Pratica collaborativa tra i teams infermieristici)
- *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices* (Sviluppo e Sostegno di uno Staff efficace e del carico di lavoro)
- *Developing and Sustaining Nursing Leadership* (Sviluppo e Sostegno della leadership infermieristica)
- *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence* (Accettazione della diversità culturale nella sanità: sviluppo della competenza culturale)
- *Professionalism in Nursing* (Professionalità in ambito infermieristico)
- *Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurse* (Luogo di lavoro salubre, sicurezza e benessere dell'infermiere)

" Un ambiente di lavoro salubre è…
…un ambiente pratico che massimizza la salute intesa come benessere degli infermieri,
la qualità dei risultati per il paziente/utente,
le prestazioni organizzative ed i risultati sociali."

Struttura Organizzativa del Progetto delle Linee Guida di Miglior Pratica per un Ambiente di Lavoro Salubre



Un ambiente salubre per infermieri è complesso e multidimensionale, comprensivo di numerose componenti e delle relazioni tra le stesse. Un modello omnicomprensivo è necessario per guidare lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione di un approccio sistematico per accrescere l'ambiente di lavoro degli infermieri. Gli ambienti di lavoro salutari per infermieri sono definiti come un ambito pratico che massimizza la salute ed il benessere dell'infermiere, la qualità degli esiti per il paziente/utente, la gestione organizzativa ed i risultati nella società.

Fig.1. Modello Concettuale dell'ambiente di lavoro salubre per infermieri – Componenti, Fattori & Risultati[i-iii]

Il "*Comprehensive Conceptual Model for Healthy Work Environments for Nurses" (Fig.1) (Modello Concettuale omnicomprensivo di un Ambiente di Lavoro Salubre per gli infermieri)* presenta l'ambiente di lavoro salubre come il prodotto della interdipendenza tra i determinanti del sistema individuale (livello micro), organizzativo (livello medio), ed esterno (livello macro). Al centro del cerchio ci sono i beneficiari attesi degli "ambienti di lavoro salutari per infermieri" – infermieri, pazienti, organizzazioni/sistemi e società nel suo insieme, comprese le comunità sanitarie.[iv] Le linee all'interno del modello sono tratteggiate per indicare l'interazione sinergica tra tutti i livelli ed i componenti del modello.

Il modello suggerisce che il funzionamento individuale è mediato ed influenzato dall'interazione tra l'individuo ed il suo ambiente. Così, gli interventi per promuovere gli ambienti di lavoro salutari devono essere portati ai molteplici livelli e componenti del sistema. Ugualmente, gli interventi devono influenzare non solo i fattori all'interno del sistema e le interazioni tra questi fattori, ma anche il sistema stesso.[v,vi]

Le assunzioni che sottostanno al modello sono le seguenti:

- gli ambienti di lavoro salubre sono essenziali per la qualità e la sicurezza della cura del paziente;
- il modello è applicabile a tutti gli ambiti pratici ed a tutti i domini infermieristici;
- i fattori del sistema a livello individuale, organizzativo ed esterno sono i determinanti degli ambienti di lavoro salutari per infermieri;
- i fattori a tutti e tre i livelli impattano con la salute ed il benessere degli infermieri, la qualità degli esiti dei pazienti, le prestazioni organizzative e di sistema, e i risultati nella società considerata sia individualmente, sia attraverso le interazioni sinergiche;
- ad ogni livello ci sono componenti politiche fisico-strutturali, componenti cognitivo-psico-socio-culturali e componenti professionali/occupazionali;
- i fattori professionali/occupazionali sono unici per ogni professione, mentre gli altri fattori sono generali per tutte le professioni/occupazioni.

[i] Adattato da DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine,* 35(12): December, 1221-1230; modificato da Lashinger, MacDonald e Shamian (2001); e successivamente modificato da Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003)

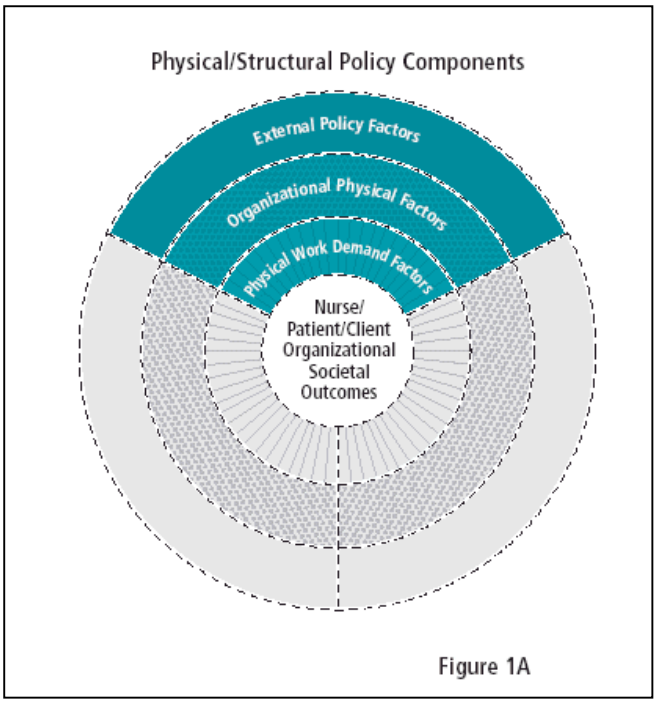
[ii] Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al.(2001, June). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system.* Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Challenge Foundation.

[iii] O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administation,* 5(2):12-16.

[iv] Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management,* 100(2):21-23.

[v] Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion,* 10(4): March/April,270-281

[vi] Grinspun, D., (2000). *Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management.* In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women.* Halifax, Nova Scotia, Canada. Fernwood Publishing.



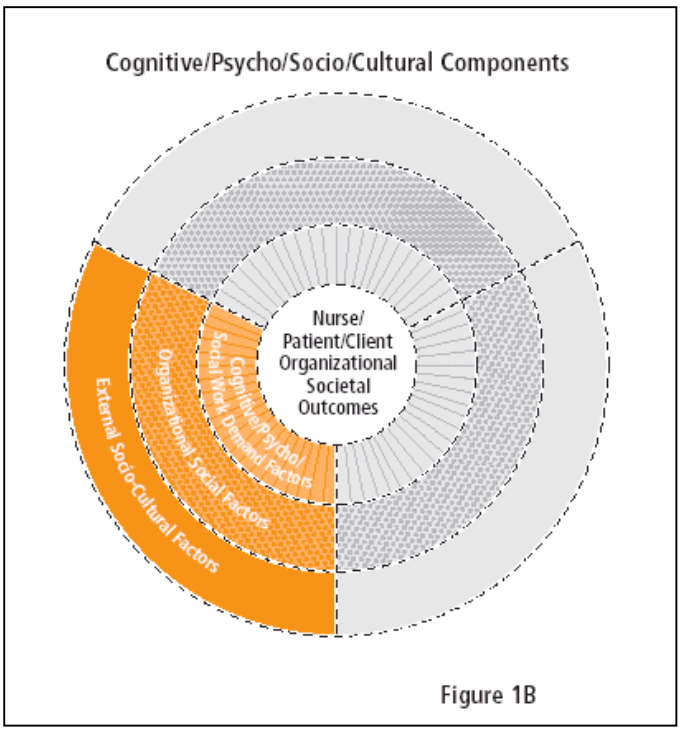
Componenti di politica fisico/strutturale. Fig. 1A

- A livello individuale, i "Requisiti per il lavoro fisico" (*Physical Work Demand Factors)* includeno i requisiti di lavoro in cui necessitano capacità e sforzo fisico da parte dell'individuo.[vii][vii] Compresi in questi fattori ci sono il lavoro pesante, cambiamenti di programmi e spostamenti, sollevamenti pesanti, esposizione a sostanze nocive ed infettive e minacce alla salute personale.

- A livello organizzativo, i "Fattori organizzativi fisici" (O*rganizational Physical Factors)* includono caratteristiche ed ambienti fisici della organizzazione ed inoltre strutture e processi organizzativi creati per rispondere alle esigenze fisiche del lavoro. Compresi in questi fattori ci sono le pratiche dello staff, l'auto-programmazione flessibile, l'accesso ad attrezzature di sollevamento, politiche occupazionali salutari e sicure, e personale addetto alla sicurezza.

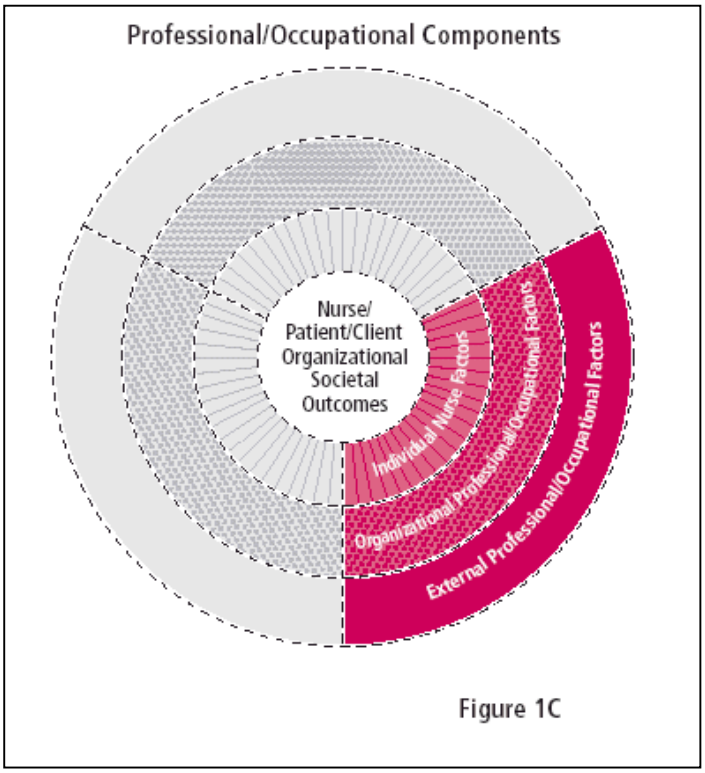
- A livello di sistema o esterno, i "Fattori di Politica Esterna" (*Esternal Policy Factors)* includono il predisporre modelli di cura sanitaria, di finanziamento e strutture legislative, commerciali, economiche e politiche (p.e. politiche per la migrazione, riforma del sistema sanitario), esterne all'organizzazione.

[vii] Grinspun, D. (2000). *The Social Construction of Nursing Caring,* (unpublished doctoral dissemination proposal).



Componenti cognitivo/psico/socio/culturali Fig. 1B

- A Livello individuale, i "Requisiti cognitivi e psicosociali" (*Cognitive and Psycho-social Work Demand Factors)* includono i requisiti del lavoro che richiedono al singolo individuo capacità e sforzo cognitivi, psicologici e sociali (p.e. conoscenze cliniche, capacità di negoziazione e comunicative)[vii] Compresi in questi fattori ci sono la complessità clinica, la sicurezza del lavoro, le relazioni tra il team, il coinvolgimento emotivo, la chiarezza di ruolo e lo sforzo richiesto dal ruolo.
- A livello organizzativo i "Fattori Organizzativi Sociali" (*Organizational Social Factors)* sono riferiti al clima organizzativo, alla cultura ed ai valori. Comprese in questi fattori c'è la stabilità organizzativa, le pratiche e le strutture di comunicazione, le relazioni tra lavoro/gestione ed una cultura di apprendimento e supporto continui.
- A livello di sistema, i Fattori Socio-culturali Esterni (External Socio-cultural Factors) includono le tendenze dei consumatori, le preferenze di cure diversificate, cambiamento di ruoli in ambito familiare, diversità di popolazione e dei providers e modificazioni demografiche – tutti questi influenzano il modo di operare delle organizzazioni e degli individui.



Componenti professionali/occupazionali Fig.1C

- A livello individuale i "Fattori Individuli dell'infermiere"(*Individual Nurse Factors)* comprendono le caratteristiche personali e/o le abilità e le conoscenze acquisite dal singolo infermiere che determinano come questi risponde alle richieste cognitive e psico/sociali del lavoro.[vii] Inclusi in questi fattori ci sono l'impegno verso la cura del paziente, l'organizzazione e la professione; valori ed etica personale; pratica alla riflessione; elasticità, adattabilità e la fiducia in se stesso; equilibrio tra impegno familiare/vita.
- A livello organizzativo, i "Fattori Organizzativi Professionali/Occupazionali" (*Organizational Profession/Occupational Factors*) sono caratteristici della natura e del ruolo della professione/occupazione. Compresi in questi fattori ci sono lo scopo del lavoro, il livello di autonomia e di il controllo sul lavoro, le relazioni intradisciplinari.

- A livello di sistema o livello esterno i "Fattori Esterni Professionali/Occupazionali" *(External Professional/Occupational Factors)* includono politiche e regolamenti a livello provinciale/regionale, nazionale ed internazionale che influenzano la politica sanitaria e sociale e fanno progredire l'integrazione all'interno ed attraverso le discipline ed i domini.

Background della Linea Guida di Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici

Il concetto di lavoro in team[G] non è nuovo per gli infermieri. Dall'avvio della nursing moderna, gli infermieri hanno collaborato con altri infermieri e professionisti della salute per assistere utenti, familiari e comunità. Tuttavia, gli ambienti in cui vengono fornite le cure sono cambiati ed i cambiamenti continuano a ritmo veloce. La composizione, il contesto e le strutture dei teams[G] sono inoltre mutate per includere teams virtuali che forniscono le cure usando tecnologie di video e telecomunicazione senza nessun incontro a livello personale, e "task teams" che arrivano per brevi periodi per conseguire un singolo obiettivo. I teams sono sempre più trasversali ai settori di assistenza sanitaria ed includono coloro che operano nella "care" per acuti, a lungo termine, in comunità e a domicilio e che sono più interprofessionali di un tempo.

Sebbene essere parte di un team sia una esperienza comune, noi tutti facciamo esperienza del team e del lavoro in team in modi diversi. Ogni membro di un team arriva con aspettative e supposizioni diverse riguardo al lavoro in team basate su quanto precedentemente appreso, esperienze ed aspettative professionali.[32]

La pratica infermieristica riguardo alla relazione e la qualità di tale relazione è vitale per le interazioni quotidiane e per i risultati positivi della cura del paziente e per la soddisfazione del ruolo.[32, 33, 34] La funzione della pratica infermieristica come esseri sociali si esprime quando siamo sia in un team virtuale sia faccia a faccia. Con la quantità di evidenze sull'importanza di un team efficace per la qualità della cura, c'è la necessità di esaminare i concetti rilevanti del lavoro in team ed il loro ruolo nel creare ambienti di lavoro di qualità per gli infermieri, l'esperienza assistenziale di qualità ed i risultati per l'assistito.[34, 35, 36] C'è un bisogno pressante per gli infermieri di essere sia compagni sia leaders di team esperti. Questo significa comprendere i principi del lavoro in team e della collaborazione[G] così che voi possiate applicarli facilmente in tutti i contesti pratici in continua trasformazione.

Come infermiere, ciascuno di noi arriva al risultato di "abbassare,, o "alzare,, l'ambiente in cui lavoriamo. Appena arriviamo al lavoro, ogni giorno abbiamo a che fare con molteplici scelte ed è importante che selezioniamo le alternative che porteranno il nostro contributo a diventare pieno di significato e costruttivo.

Gli infermieri[*] contribuiscono al, e praticano nel contesto di un ambiente di lavoro interprofessionale che comprende molte professionalità. Sebbene noi riconosciamo la natura interprofessionale del nostro lavoro, l'obiettivo di questa Best Practice Guideline (BPG) è di aiutare tutti voi nella quotidianità per eccellere nel lavoro in team in ambito infermieristico, inserito nel più ampio contesto dell'ambiente interprofessionale.

Il panel della "Collaborative Practice[G] Among Nursing Teams" Best Practice Guideline ha usato la "Organizing Framework for Healthy Work Environments" per organizzare le proprie raccomandazioni di pratica collaborativa tra i teams infermieristici. Allo stesso modo troverete le

[*] Quando ci riferiamo agli infermieri nel contesto di questo documento ci stiamo riferendo a tutta la comunità infermieristica che comprende Registered Nurses, Registered Practical Nurses (Licensed Practical Nurses), Registered Psychiatric Nurses, and Nurses in advanced practice roles such as Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists.

raccomandazioni indirizzate alle componenti fisicho/strutturali e politiche; alle componenti cognitivo/psicosociali e culturali; ed alle componenti professionali ed occupazionali. I tipi di fattori rilevanti a livello individuale/di team, organizzativo, ed esterno/di sistema sono riassunti in questa sezione.

Questa BPG relativa alla pratica collaborativa è su di voi e per voi. Riguarda il come voi potete avere un impatto sull'ambiente di lavoro utilizzando la vostra comunicazione, abilità di leadership e la conoscenza di lavoro in team al fine di costruire un domani migliore per i vostri pazienti e colleghi. La futura assistenza all'utente è da ricercare nell'ambito del lavoro in team.

Obiettivi e Scopi

Obiettivi:

Questa linea guida di miglior pratica (BPG) è focalizzata sul team infermieristico[G] e sui processi che promuovono gli ambienti di lavoro salubri. Il focus per lo sviluppo di questa linea guida è stata la pratica collaborativa tra i teams infermieristici con l'idea che questa può essere una prima fase in un processo multi-stratificato che potrebbe finalmente produrre una linea guida interprofessionale. Un ambiente di lavoro salubre per gli infermieri è un setting pratico che massimizza la loro salute ed il loro benessere, i risultati di qualità dei pazienti e delle prestazioni organizzative. Un efficace lavoro di team infermieristico è essenziale per il lavoro nelle organizzazioni sanitarie.

Le seguenti domande di ricerca sono state sviluppate dal panel per essere di aiuto con la revisione dell'evidenza relativa alla collaborazione tra i team infermieristici.

1. Quali sono i processi e le caratteristiche di un team infermieristico che supporta l'ambiente di lavoro salutare?
2. Cosa influisce sul processo e la composizione del team nel produrre un lavoro di team efficace?
3. Comunicazione, coordinazione e collaborazione all'interno del team infermieristico, oltre alla creazione di ambienti di lavoro salutare, portano a risultati desiderabili per assistiti, infermieri e sistema organizzativo?

Scopo:

Lo sviluppo di questa BPG è stato basato sulla migliore evidenza disponibile, dove le evidenze erano limitate, le raccomandazioni di miglior pratica sono state basate sul consenso[G] di opinioni esperte.

La BPG è stata sviluppata per aiutare gli infermieri, i leaders infermieristici, altri professionisti sanitari e team di gestione senior ad aumentare i risultati positivi dei pazienti, infermieri e organizzazione.

Questa BPG identifica:

- le migliori pratiche che efficacemente indirizzano alla pratica collaborativa/lavoro in team;
- la cultura organizzativa, i valori, le relazioni, le strutture ed i processi richiesti per sviluppare e sostenere un lavoro in team infermieristico efficace.

Pubblicazioni e Raccomandazioni trovate

Le pubblicazioni trovate per questa BPG comprendono:

- Caratteristiche riguardanti l'utente e l'infermiere, altre di tipo organizzativo e di sistema che impattano con il lavoro in team; inoltre strutture e processi di sistema ed organizzativi che ugualmente impattano con il lavoro in team.

Le raccomandazioni in questa linea guida indirizzano a:

- requisiti e strategie formative
- cambiamenti di politica
- strategie e strumenti d'implementazione
- criteri e strumenti di valutazione
- occasioni future di ricerca

Gruppo Target

Questa BPG è stata sviluppata per assistere gli infermieri, i loro leaders, altri professionisti della salute ed i team di gestione senior ad accrescere i risultati positivi degli assistiti, degli infermieri e dell'organizzazione.

La linea guida è intesa per:

Livello di Sistema

- Politici e Governi
- Organizzazioni professionali e gruppi di lavoro
- Formatori e gruppi di lavoro
- Ricercatori
- Pubblico

Livello di Organizzazione

Tutti gli infermieri in tutti i ruoli compresi gli studenti

"Lavoro in team
...quel lavoro fatto da un gruppo di persone che possiedono una professionalità personale, che sono responsabili delle proprie decisioni, che hanno uno scopo comune e che si incontrano per comunicare, condividere e riconoscere ciò che è consolidato ed in base al quale sono impostati i programmi, sono influenzate le decisioni future e sono determinate le azioni"

Brill[37]

Come si usa questo documento

Questa linea guida di miglior pratica per un ambiente di lavoro salubre è un documento basato su prove di efficacia, che descrive la pratica collaborativa tra i teams infermieristici.

La linea guida contiene molte informazioni valide, ma non è intesa per essere letta ed immediatamente applicata. Noi raccomandiamo di visionare e di riflettere sul documento e di implementare le linee guida nel caso che siano appropriate alla vostra organizzazione ed al particolare momento. Può essere utile la seguente modalità di approccio.

1. **Studiare la Struttura Organizzativa degli Ambienti di Lavoro Salubri**: la linea guida di miglior pratica "*Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici"* è costruita su una struttura

organizzativa degli Ambienti di Lavoro Salubri (Healthy Work Environments) che sono stati creati per permettere agli utenti di capire i rapporti tra due o più fattori chiave nodali per la pratica collaborativa fra i teams infermieristici.

2. **Identificare un'area su cui focalizzarsi:** Una volta studiata la struttura, vi suggeriamo di identificare un'area di focalizzazione per voi stessi, per la vostra organizzazione. Selezionate un'area che voi ritenete necessiti di attenzione per rinforzare l'efficacia della pratica collaborativa tra i teams infermieristici.
3. **Leggere le raccomandazioni e la sintesi della ricerca per la vostra area di focalizzazione:** Per ogni elemento maggiore del modello viene offerto un certo numero di raccomandazioni evidence-based. Le raccomandazioni sono affermazioni di ciò che fanno gli infermieri, o di come essi si comportano nelle situazioni di pratica collaborativa di nursing efficace. Abbiamo brevemente riassunta la letteratura che supporta queste raccomandazioni e crediamo che ciò sarà di aiuto per capire il "perché" delle raccomandazioni.
4. **Mettere il focus sulle raccomandazioni o sui comportamenti desiderati che vi sembrano adatti a voi ed alla vostra attuale situazione:** Le raccomandazione contenute in questo documento non sono pensate per essere applicate come regole, ma piuttosto come strumenti per assistere gli individui e le organizzazioni nel prendere decisioni che migliorano la loro pratica collaborativa tra i teams infermieristici, riconoscendo l'unicità culturale di ognuno, le sfide legate al clima relazionale ed alla situazione.
5. **Fare un tentativo di pianificazione:** dopo aver selezionato un piccolo gruppo di raccomandazioni e comportamenti su cui porre attenzione, considerare le strategie per implementarle con successo. Fare un tentativo di pianificazione di quello che potete attualmente attuare per arrivare ad indirizzare la vostra area di focalizzazione. Se vi servono maggiori informazioni, potete fare riferimento ad alcune dei referimenti citati, o guardare alcuni degli strumenti di valutazione identificati in Appendice D.
6. **Discutere il piano con gli altri:** Prendersi il tempo per introdurre nella pianificazione l'input proveniente dalle persone che possono influenzarlo o il cui ingaggio può essere critico per il successo, che vi possono dare un feedback onesto e utile sull'appropriatezza delle vostre idee. Questa è una fase importante per lo sviluppo di abilità individuali di pratica collaborativa come pure per lo sviluppo di un'iniziativa di pratica collaborativa di tipo organizzativo.
7. **Rivedere il vostro piano e partire:** E' importante che voi facciate degli aggiustamenti man mano che procedete nella implementazione di questa linea guida. Lo sviluppo della pratica collaborativa tra i teams infermieristici è una ricerca che dura tutta la vita. **Buon viaggio!**

Sommario delle Raccomandazioni per la Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici

Le seguenti raccomandazioni sono state organizzate usando i concetti chiave della *Healthy Work Environments Framework* (Struttura degli Ambienti di Lavoro Salubri):

- Raccomandazioni per l'Individuo/il Team;
- Raccomandazioni Organizzative;
- Raccomandazioni Esterne/di Sistema.

	Raccomandazioni
Raccomandazioni per l'Individuo/il Team;	**1.0** Raccomandazioni per la Pratica di nursing collaborativa a livello Individuale/di Team
	1.1 Gli infermieri sviluppano conoscenze riguardanti valori e comportamenti che supportano il lavoro in team e l'impatto del lavoro in team sulla sicurezza e sui risultati degli assistiti. Essi inoltre provvedono a: ▪ Informarsi sugli attributi dei teams supportivi ▪ Articolare le proprie convinzioni nei valori del lavoro in team ▪ Dimostrare la propria disponibilità a lavorare con gli altri in modo efficace
	1.2 Gli infermieri contribuiscono ad una cultura che supporti il lavoro in team efficace adottando i seguenti comportamenti: ▪ Dimostrare responsabilità verso le azioni, entusiasmo, motivazione ed impegno verso il team ▪ Partecipare attivamente e costruttivamente al team infermieristico ▪ Comprendere i loro propri ruoli, lo scopo della pratica e delle responsabilità come pure cercando informazioni e sviluppando una comprensione circa i ruoli e lo scopo della pratica degli altri ▪ Essere responsabili **del**, e rispettosi **nel** modo in cui essi comunicano ▪ Essere pronti a cercare le informazioni loro richieste circa il lavoro ed il posto di lavoro. ▪ Cercare opportunità ed assumere la responsabilità di condividere la prospettiva infermieristica nei forums interprofessionali[G], in contesti formali ed informali.
	1.3 Gli infermieri iniziano e mantengono processi collaborativi all'interno del team, specialmente nelle situazioni di maggior complessità dell'assistito, per migliorare i risultati dello stesso.

	1.4 I teams infermieristici stabiliscono chiari processi e strutture che promuovono la collaborazione ed il lavoro in team che portano ad ambienti di lavoro e a risultati di qualità per gli utenti provvedendo a:
	▪ Istituire processi di soluzione dei conflitti e di problem solving
	▪ Stabilire processi di sviluppo, raggiungimento e valutazione. della prestazione del team, degli obiettivi comuni e dei risultati
	▪ Sviluppare sistemi e processi di riconoscimento e di ricompensa dei successi.
	▪ Costruire in modo sistematico la capacità di risoluzione dei problemi e di miglioramento della cura.
	▪ Partecipare a sviluppo ed implementazione di linee guida per supportare una maggiore collaborazione a livello funzionale ed organizzativo.
	▪ Incorporare pratiche di lavoro non gerarchiche e democratiche per validare tutti i contributi provenienti dai membri del team.
	▪ Incorporare i processi che supportano la continuità della cura[G] dei pazienti per aumentare la soddisfazione dello staff, l'auto-valorizzazione dello staff e la soddisfazione dell'utente.
	▪ Sviluppare ed implementare i processi che chiariscono la propria comprensione degli aspetti unici e condivisi dei ruoli all'interno del team.
	▪ Assicurare che la composizione del team sia adeguata per raggiungere gli obiettivi scelti, sulla base delle responsabilità assunte verso i bisogni del popolo degli utenti.
	▪ Stabilire processi per la presa di decisioni per diversi tipi di circostanze, come per esempio:
	  ▪ Emergenze;
	  ▪ Modo di funzionare nel giorno per giorno;
	  ▪ Pianificazione a lungo termine;
	  ▪ Sviluppo politico;
	  ▪ Pianificazione della cura.

	1.5 I teams infermieristici riconoscono come i loro obiettivi contribuiscono a, impattano e/o integrano gli obiettivi degli altri teams e dell'organizzazione nel realizzare una cura di qualità per l'assistito.
	1.6 I teams infermieristici stabiliscono processi che promuovono canali di comunicazione aperti, onesti e trasparenti tramite lo: ▪ Stabilire processi per assicurare che il personale a tempo pieno, in part-time e con contratto a termine cerchi e riceva una comunicazione efficace in tutte le situazioni. ▪ Stabilire processi verbali, scritti ed elettronici per documentare efficacemente la comunicazione. ▪ Sviluppare le abilità nell'apprendimento attivo.
Raccomandazioni Organizzative	**2.0** Raccomandazioni per l'Organizzazione della Pratica di nursing collaborativa

	2.1 Le Organizzazioni implementano strategie specifiche che incoraggiano e permettono un lavoro di team efficace. Questo può comprendere la predisposizione di: ▪ Spazio fisico o tecnologie che permette alle persone di stare insieme ▪ Supporto amministrativo ▪ Un fondo per l'orientamento e la formazione continua ▪ Opportunità di compensazione per promuovere la partecipazione ▪ Riconoscimenti e ricompense ▪ Opportunità di partecipazione alla presa di decisioni relativa allo sviluppo ed all'implementazione della politica. ▪ Processi di valutazione focalizzati sull'impatto che i teams infermieristici hanno sugli utenti, sugli infermieri, sull'organizzazione e sullo sviluppo di specifiche misure di risultato.
	2.2 Le Organizzazioni assicurano una cultura che supporti il lavoro in team efficace e che converge il supporto amministrativo per : ▪ Assicurare che i membri del team siano inclusi nello sviluppo e nell'implementazione delle politiche dell'unità ▪ Supportare una cultura in cui viene promossa la presa di decisione partecipativa ▪ Sviluppare politiche chiare e consistenti riguardanti le responsabilità del ruolo ▪ Sviluppare valori, strutture e processi per adottare rapporti[G] collaborativi intra ed interprofessionali ▪ Assicurare che le risorse siano stanziate per i teams per bilanciare l'erogazione della cura, lo sviluppo e la valutazione della pratica professionale ▪ Appoggiare un modello di pratica professionale che supporti la responsabilità, l'autonomia della pratica e l'autorità della decisione relativa all'ambiente di lavoro ed alla cura ▪ Incorporare gli obiettivi comportamentali nello sviluppo della prestazione e dei processi gestionali relativi al lavoro in team efficace
	2.3 Le Organizzazioni supportano sistemi e processi che promuovono il funzionamento del team e la continuità di cura per l'assistito
	2.4 Le Organizzazioni sviluppano ed utilizzano risultati specifici per valutare l'efficacia dei teams e contemporaneamente assicurano che sia erogata un'assistenza infermieristica di alta qualità tramite: ▪ Valutare l'impatto dei teams infermieristici sugli utenti, sugli infermieri e sull'organizzazione ▪ Valutare sistematicamente i teams infermieristici ▪ Identificare gli ostacoli al completamento dei processi di valutazione
	2.5 Le Organizzazioni forniscono supporto ai leaders che adottano le pratiche di leadership trasformazionale evidence-based per creare ambienti di lavoro salubri
Raccomandazioni Esterne/di	**3.0** Governi

Sistema	
	3.1 Tutti i livelli di governo assicurano risorse finanziarie sostenibili per supportare il lavoro in team collaborativo infermieristico istituendo un fondo per: ▪ Sviluppo del team ed iniziative di valutazione ▪ Iniziative di sviluppo professionale infermieristico ▪ Attività dirette ed indirette di cura dell'utente ▪ Strategie di sviluppo della pratica professionale ▪ Pratica collaborativa centrata sull'utente ▪ Iniziative formative interprofessionali ▪ Valutazione della pratica ▪ Tecnologie per supportare l'interazione del team ▪ La ricerca
	4.0 Ricerca
	4.1 I ricercatori lavorano con gli organi di governo, le organizzazioni dei servizi formativi e della salute per condurre la ricerca riguardante l'impatto del lavoro in team sugli infermieri, sui risultati dei teams e degli utenti e sulle competenze per la pratica collaborativa.
	5.0 Accreditamento
	5.1 Gli enti di accreditamento delle organizzazione sanitarie includono nei loro standards anche standards e criteri basati su prove di efficacia per il lavoro efficace in team.
	6.0 Formazione
	6.1 Gli educatori/istituti formativi stimano, promuovono e modellano il ruolo di una coltura di professionismo e di team efficace che funzionano tramite: ▪ Identificare e implementare un ruolo di leadership/campione responsabile dell'implementazione delle infrastrutture richieste per supportare il team focalizzato sul curriculum ▪ Utilizzare un ventaglio di strategie di insegnamenti e di apprendimento che forniscono le opportunità di apprendere l'efficacia del team e del lavoro in team. Tali opportunità possono comprendere, ma non limitarsi a: • Casi-studio che descrivono problemi e scenari realistici del team che diventano sempre più complessi durante il programma formativo; • Corsi elettivi focalizzati sul team e sul suo funzionamento; • Corsi elettivi focalizzati sulla risoluzione del conflitto; • Obiettivi di apprendimento focalizzati sui domini sociale/relazionale.
	6.2 Gli educatori infermieristici selezionano disposizioni cliniche che promuovono e dimostrano l'efficacia del team tramite: ▪ Assicurare che gli studenti ottengano conoscenze accurate sui ruoli e responsabilità degli infermieri e di altri providers nel sistema

	sanitario ▪ Sviluppare modi di operare innovativi che supportino la pratica in comunità tra i team sia infermieristici sia interprofessionali[G]
	7.0 Infermieri
	7.1 Gli organismi infermieristici provinciali e nazionali lavorano insieme per aiutare i loro rispettivi membri a diventare più informati sui loro stessi ruoli e su quelli dei loro colleghi nel sistema salute tramite: ▪ Discussione di ruoli e responsabilità associati alle loro formazione, abilità e conoscenze ▪ Mutue condivisione e consultazione nello sviluppo di documenti di competenza
	7.2 Gli scopi della pratica, di cui sono competenti i vari ambiti del professionismo infermieristico, sono regolarmente rivisti anche in risposta al mutare delle competenze professionali.
	7.3 Le associazioni professionali e gli organismi competenti lavorano con educatori, professionisti, sindacati e politici per chiarire i ruoli infermieristici all'interno del team interprofessionale tramite: ▪ Esame delle somiglianze e differenze nei contenuti formativi dei vari programmi professionali infermieristici ▪ Discussione con altri professionisti sanitari di area sulle somiglianze e differenze dei ruoli e la preparazione educativa degli altri professionisti ▪ Lavoro per sviluppare un linguaggio comune attraverso le discipline

Fonti e tipi di Evidenze su Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici

Fonti dell'evidenza

La ricerca dell'evidenza ha rilevato degli studi sperimentali, quasi sperimentali, descrittivi e quantitativi

Le Fonti includono:

- Una revisione sistematica della letteratura sul lavoro in team condotta dal Joanna Briggs Institute of Australia (vedere Appendice C)
- Letteratura supplementare ricercata dai Membri del Panel.

Rating dell'Evidenza

La pratica attuale nel creare le linee guida di miglior pratica comprende l'identificazione della forza che supporta l'evidenza.[38] Il sistema prevalente di graduazione dell'evidenza identifica la revisione sistematica di trias controllati e randomizzati (RCT) come il "gold standard" dell'evidenza e altri metodi posti a livelli più bassi.[39] Tuttavia, non tutte le tematiche di interesse sono rapportabili al metodo di RCT, in particolare nel caso in cui i soggetti non possano essere randomizzati o le variabili di interesse siano pre-esistenti o difficoltose da isolare. Questo è particolarmente vero per

le ricerche su aspetti comportamentali ed organizzativi, in cui è difficile impostare degli studi controllati dato il continuo cambiamento delle strutture e dei processi organizzativi. Inoltre, poiché i professionisti sanitari sono interessati maggiormente alla relazione di causa/effetto e a riconoscere una vasta gamma di metodi per generare la conoscenza per la pratica, noi abbiamo adattato i livelli tradizionali di evidenza usati da Cochrane Collaboration[40] e da Scottish Intercollegiate Guidelines Network per identificare i tipi di evidenze contenuti in questa linea guida.[41]

Sistema di Rating delle Evidenze

Tipo di Evidenza	Descrizione
A	Evidenze ottenute da Studi Controllati, Meta-analisi[G]
A1	Revisione Sistematica[G]
B	Evidenze ottenute da Studi Descrittivi Correlazionali[G]
C	Ricerche Qualitative[G]
D	Evidenze ottenute da Opinioni di Esperti [G]
D1	Revisioni Integrative [G]
D2	Revisioni Critiche [G]

Raccomandazioni per l'individuo/il team

Le seguenti raccomandazioni sono organizzate usando la struttura degli Ambienti di Lavoro Salubri e riflettono le seguenti componenti del lavoro in team: fisico/strutturali; cognitive, psicologiche, sociali, culturali; professionali e occupazionali. Tutte queste possono essere indirizzate a livello individuale e di team per assicurare la miglior pratica. I fattori individuali/di team che sono stati individuati in varie componenti comprendono:

Componenti fisico/strutturali

- Richieste del lavoro - sforzo fisico ed esigenze lavorative come cambiamenti di programmi e spostamenti
- Disegno del lavoro - interdipendenza del compito, chiarezza di ruolo; politiche a livello di unità che influenzano lo scopo della pratica e l'autonomia del ruolo
- Caratteristiche del lavoro – carico di lavoro e caratteristiche degli assistiti che richiedono il lavoro in team da parte del team infermieristico (la complessità dei bisogni del paziente e l'acuità delle loro condizioni di salute possono influenzare il numero dei diversi providers infermieristici coinvolti nell'assistenza e la frequenza delle interazioni del team)
- Composizione del team – esperienza di lavoro collettiva, preparazione culturale

Componenti cognitive/psicologiche/sociali/culturali

- I requisiti del lavoro che necessitano di capacità e sforzo cognitivi, psicologici e sociali
- Relazioni di team – esempi di comunicazione in team, presa di decisioni, risoluzione dei conflitti e funzione di mentore dei membri del team
- Chiarezza del ruolo
- Fatica del ruolo
- Implicazioni emotive
- Sicurezza del lavoro
- Complessità clinica
- Conoscenze cliniche, capacità di far fronte a, di comunicare

Componenti Professionali/Occupazionali

- Esperienza, abilità e conoscenza
- Attributi personali
- Abilità di lavoro in team
- Fattori motivazionali

1.0 Raccomandazioni per la Pratica di nursing collaborativa a livello Individuale/in Team:

1.1 Gli infermieri sviluppano conoscenze circa i valori ed i comportamenti che supportano il lavoro in team ed il suo impatto sui risultati dell'utente. Per esempio gli infermieri:

- Si informano sulle caratteristiche del team supportivo
- Articolano le loro credenze nei valori del lavoro in team
- Dimostrano il loro compiacimento di lavorare in modo efficace con gli altri

Discussione delle evidenze[a]

Prima che gli individui possano funzionare efficacemente come membri di un team devono essere sicuri dei loro ruoli professionali.[42] Gli infermieri hanno bisogno di comprendere al meglio ciò che il lavoro in team è, come possono far parte del team e lo scopo della loro pratica prima di poter pienamente partecipare alla pratica collaborativa.[43]

Gli studi mostrano che uno dei primi determinanti della raggiunta collaborazione è il compiacimento di ogni membro del team di lavorare insieme.[42]

Attributi del Lavoro in Team

- Mutuo rispetto
- Pianificazione condivisa
- Comunicazione aperta
- Cooperazione
- Esperienza condivisa
- Presa di decisione condivisa
- Obiettivi comuni
- Coordinazione

1.2 Gli infermieri contribuiscono ad una cultura che supporta un efficace lavoro in team nel modo seguente:

- Dimostrano responsabilità per le azioni, l'entusiasmo, la motivazione e l'impegno verso il team
- Capiscono i propri ruoli e responsabilità così come ricercano le informazioni e sviluppano una comprensione circa altri ruoli e scopi della pratica
- Sono responsabili per, e rispettosi nel, modo in cui comunicano
- Sono attivi nel cercare le informazioni loro richieste circa sia il loro lavoro, sia il posto di lavoro
- Ricercano le opportunità ed assumono la responsabilità di condividere una prospettiva infermieristica nei forums, comprese le situazioni formali ed informali

---

[a] Tipo di evidenza

Ci sono evidenze di tipo A che supportano questa raccomandazione

Discussione delle evidenze[b]

La revisione sistematica della letteratura completata da Joanna Briggs Institute,[45] conclude che l'entusiasmo individuale ed una cultura supportava incoraggiano il lavoro in team. L'accettazione della responsabilità, la motivazione al lavoro come membro del team, l'impegno e l'entusiasmo sono inoltre essenziali per lo sviluppo di una squadra efficace e coesiva e di una pratica di una maggiore collaborazione.[46, 47, 48]

La comunicazione è una chiave determinante di collaborazione nel team sanitario. Ogni membro del team ha bisogno di capire ed articolare in che modo il proprio lavoro contribuisce agli obiettivi ed ai risultati del team. La condivisione e la fiducia migliorano attraverso lo sviluppo di una grande comprensione dei ruoli degli altri partner professionali e di altri aspetti determinanti della collaborazione come ad esempio il mutuo rispetto.[42]

Comunicazione del Team
- Ascolto attivo
- Attualità
- Apertura
- Condivisione
- Rispetto
- Fiducia

La letteratura inoltre trova che il supporto sociale da parte dei membri del team aumenta la soddisfazione per il lavoro e diminuisce lo stress lavorativo.[49, 50, 51] L'associazione dei Collegi infermieristici[9] supporta gli attributi di collaborazione identificati da Arcangelo et al.,52 che comprende fiducia, conoscenza, mutuo rispetto, buona comunicazione, cooperazione, coordinazione, responsabilità condivisa ed ottimismo. Come requisito di base dello sviluppo del team che supporta lo sviluppo del reciproco rispetto e la pratica collaborativa efficace, i membri del team devono familiarizzare non solo con i propri ruoli, ma con i ruoli di tutti i membri del team.[43]

Per promuovere l'inter-professionalità, che richiede che i professionisti continuamente interagiscano e condividano conoscenze per poter risolvere i problemi assistenziali, le istituzioni formative devono inoltre assicurare che sia condivisa la conoscenza degli altri ruoli professionali.[53] Oandasan and Reeves,[54] riportano che gli individui che partecipano alla formazione interprofessionale necessitano di riflettere sulla propria comprensione di "interprofessionalità, lavoro in team e collaborazione" (pag.23).

Gli infermieri hanno un corpo unico della conoscenza e della visione del mondo, perciò la prospettiva infermieristica ha bisogno di essere rappresentata a tutti i livelli dell'organizzazione. Il team gioca un ruolo importante nell'identificare le opportunità di input e di pressione per assicurare che sia considerata la prospettiva infermieristica.[1]

1.3 Gli infermieri iniziano i processi collaborativi con il team, specialmente nelle situazioni di maggiore complessità dell'utente, per migliorare i risultati dello stesso:

Discussione delle evidenze[c]

la cura dell'assistito è diventata progressivamente più complessa. Per migliorare i risultati deve essere ottimizzato il contributo di ciascun membro del team.[55, 56] I professionisti hanno bisogno di

---

[b] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, C e D1 che supportano questa raccomandazione
[c] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, C e D che supportano questa raccomandazione.

focalizzarsi sul lavorare insieme in un modo complementare piuttosto che mettendosi in competizione con gli altri membri del team.

Comprendere i ruoli che richiedono presa di decisioni e responsabilità è particolarmente importante nelle situazioni complesse ed acute. I membri del team hanno bisogno di comprendere chiaramente i ruoli propri e degli altri all'interno dell'ambiente di lavoro.[56]

Attributi della Comunicazione[58]

- Attività cooperativa
- Disponibilità alla partecipazione
- Pianificazione e decisionalità condivise
- Professionalità riconosciuta e condivisa
- Relazioni di mutuo rispetto e non gerarchiche

Caratteristiche fondamentali della collaborazione[59]

- Contributo attivo ed assertivo di ciascuna parte
- Recettività e rispetto del contributo delle altre parti
- Negoziazione di processi costruiti sul contributo di tutte le parti per dare forma a nuovi modi di concettualizzare i problemi.

"La collaborazione è il processo del lavorare insieme per costruire il consenso su comuni obiettivi, approcci e risultati. E' richiesta la comprensione dei propri ed altrui ruoli, il reciproco rispetto tra i partecipanti, l'impegno verso obiettivi comuni, il processo decisionale condiviso, efficaci relazioni di comunicazione e responsabilità sia verso gli obiettivi, sia verso i membri del team".

Graham, J. G. & Barter, K.57

1.4 I teams infermieristici stabiliscono processi e strutture che promuovono la collaborazione ed il lavoro in team che conduce ad ambienti di lavoro di qualità ed a risultati di qualità per gli utenti nel seguente modo:

- Stabiliscono processi per la risoluzione del conflitto e la soluzione di problemi
- Stabiliscono processi per sviluppare, conseguire e valutare la prestazione del team, gli obiettivi comuni ed i risultati
- Sviluppano sistemi e processi per riconoscere e premiare i successi
- Costruiscono capacità per la sistematica soluzione dei problemi e per il miglioramento continuo dell'assistenza
- Partecipano allo sviluppo ed all'implementazione di linee guida che supportano il raggiungimento della collaborazione a livello funzionale ed organizzativo
- Incorporano pratiche di lavoro non gerarchiche e democratiche per validare tutti i contributi arrivati dai membri del team

- Incorporano i processi che supportano la continuità della cura dell'assistito per migliorare la soddisfazione e l'autostima dello staff, e la soddisfazione dell'assistito
- Sviluppano ed implementano processi che chiarificano la loro comprensione dell'unicità e della condivisione degli aspetti del loro ruolo all'interno del team
- Assicurano che la composizione del team sia adeguata per conseguire i loro obiettivi ed agire le loro responsabilità verso il popolo degli utenti
- Stabilire i processi di decisionalità per una gamma di circostanze come ad esempio:
  - Emergenze;
  - Funzionamento nel giorno per giorno;
  - Pianificazione a lungo termine;
  - Sviluppo della politica;
  - Pianificazione della cura.

Discussione delle evidenze[d]

Il consolidamento di processi che coinvolgono lo staff nello sviluppo della politica facilita lo staff nel lavorare come un team a livello funzionale.[60] Le conclusioni della letteratura suggeriscono che l'interazione, la collaborazione, la comunicazione e la coordinazione del team hanno un importante effetto sulla qualità della vita lavorativa ed influenzano la qualità di cura ed i risultati dell'assistito.[34] Kalisch e Begeny riportano che ci sono articoli anedottici che identificano l'importanza di ricompensare il lavoro in team, di avere una direzione chiara, di raggiungere gli obiettivi, di tenere vincolato il team, mantenere la comunicazione nel team, inoltre di addestrare lo staff nel consolidamento di teams efficaci.[44]

I conflitti nel team possono avere un impatto negativo sull'efficacia della collaborazione e sul lavoro in team.[45] Cox inoltre trova che il conflitto interpersonale ha un impatto negativo diretto sul conflitto intra-gruppo e sulla soddisfazione del lavoro.[61, 62] I teams infermieristici hanno necessità di acquisire conoscenze sul come accordarsi nel conflitto e sul come assicurarsi che siano istituiti i processi per ottenere ciò.

I processi decisionali devono essere sviluppati in modo che diano indicazioni nelle diverse situazioni.[60] Per esempio mentre sollecitare l'input e costruire il consenso del team può essere la strada migliore per la pianificazione a lungo termine, questo non è necessariamente il metodo migliore per prendere le decisioni nelle situazioni di emergenza, quando deve essere intrapresa un'azione immediata. La revisione sistematica del Joanna Briggs Institute ha inoltre rilevato la necessità di specifici processi di presa di decisioni in svariate situazioni.[45]

Una delle caratteristiche più rilevanti di un team efficace è l'avere un set integrato di obiettivi.[63] Un processo di sviluppo e revisione degli obiettivi necessita di promuovere la collaborazione ed assicurare che i membri del team abbiano l'opportunità di partecipare pienamente, in modo democratico e non gerarchico, ai processi relativi al set di obiettivi.[45] Quando i teams infermieristici lavorano insieme per formulare le politiche c'è un grande senso di appartenenza al processo.[45] Il processo di sviluppo di una politica, che comprenda il lavorare verso un obiettivo comune, promuove la collaborazione ed il lavoro in team.[60]

La letteratura identifica il bisogno di stabilire risultati specifici per valutare l'impatto dei teams infermieristici sulla qualità della cura prestata all'assistito.[45] Sono frequentemente usate la soddisfazione dell'utente e dello staff, e le misure di esito della lista d'attesa.[47, 64, 65, 66] Per promuovere un ambiente di lavoro salubre è necessario valutare sistematicamente l'effetto del lavoro in team sul qualità della vita lavorativa al fine di tener conto delle comparazioni all'interno di, ed attraverso i programmi e le organizzazioni.[45]

---

[d] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, B, C e D che supportano questa raccomandazione.

Oandasan and Reeves riportano che, quando si sviluppano i processi di team, devono essere identificati i problemi legati al potere ed alla gerarchia.[54] E' necessario che siano create procedure di lavoro che promuovono l'input da parte di tutti i membri del team nello stabilire gli obiettivi unitari e le priorità. Le strutture di team gerarchiche piuttosto che collaborative impediscono il lavoro in team.[46, 60] La necessità di procedure di lavoro democratiche e non gerarchiche è stata inoltre identificata dal Joanna Briggs Institute nella revisione sistematica della letteratura relativa al lavoro in team.[45]

Modelli differenziati di pratica, che identificano il livello di formazione, le abilità o competenze cliniche previste e le descrizioni del lavoro, favoriscono la soddisfazione professionale, la diminuzione dei costi dello staff, il trattenimento degli infermieri e la sicurezza dell'assistito.[55] In ogni caso, le strutture organizzative che spostano la decisionalità dalle strutture gerarchiche più tradizionali verso altre di tipo orizzontale facilitano ed aumentano la collaborazione.[42]

E' importante favorire il trasferimento costante ed appropriato di conoscenze ed abilità per assicurare la continuità della cura. Questo comprende il trasferimento della conoscenza appropriata al paziente/utente, la cura richiesta ed il setting.[67] Comunicazione, staff e sviluppo del piano di cura sono esempi di processi che supportano la continuità della cura e promuovono la pratica collaborativa.[34, 67] La continuità della cura ha un impatto positivo sulla soddisfazione dello staff e migliora la qualità della vita lavorativa.[68] Il Joanna Briggs Institute ha concluso che i teams infermieristici che incoraggiano la continuità della cura dell'utente hanno più alti livelli di staff e di soddisfazione e trovano il loro lavoro più premiante.[45]

I membri del team necessitano di riconoscere e rispettare reciprocamente i loro ruoli e professionalità e di integrare gli input nei piani di cura.[54] I ruoli chiaramente definiti per i membri del team migliorano la collaborazione e contemporaneamente minimizzano e facilitano la delega.[42] E' stato inoltre riportato che una certa sovrapposizione dei ruoli, realizzata in modo velato, può facilitare la coordinazione del lavoro.[69] Preuss ha trovato che i ruoli sovrapposti nelle unità infermieristiche erano associati ad una migliore qualità dell'informazione e ad una ridotta frequenza di errori del farmaco.[70] Dal momento che questo può sembrare una evidenza contraddittoria, i teams possono valutare il valore degli aspetti sia di chiarezza sia di sovrapposizione dei ruoli all'interno del contesto del lavoro di un team.

Le persone con problemi sanitari riguardanti importanti disabilità fisiche, mentali o cognitive, persone con malattie in fase terminale, persone molto anziane, persone in trattamento medico complesso e persone i cui caregivers (supporto familiare) sono sottoposti ad un forte stress, hanno una particolare necessità di cura continuativa.[67] Per fornire la complessità di cura richiesta dall'assistito, i teams devono riflettere sulla loro composizione ed assicurare di possedere le conoscenze e l'abilità per provvedere la qualità di cura richiesta. Se scoprono che è richiesta una maggiore perizia, essi devono sviluppare le conoscenze/abilità all'interno del team attuale o sollecitare attivamente l'input da parte di altri che già le posseggono.

1.5 I teams infermieristici riconoscono come i loro obiettivi contribuiscono a, impattano con, e/o sono complementari agli obiettivi degli altri teams e dell'organizzazione nel raggiungere una cura di qualità per l'utente.

Discussione delle evidenze[e]

Una struttura collaborativa di erogazione di cura migliora il servizio verso l'utente.[45] Per lavorare in modo collaborativo attraverso i teams, i teams infermieristici devono essere a conoscenza di come i

[e] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, e C che supportano questa raccomandazione.

loro obiettivi e processi influenzano gli altri teams e gli individui. La collaborazione durante la fase di sviluppo dell'obiettivo può prevenire il raddoppio dello sforzo e delle confusione per l'assistito, per i membri del team interprofessionale ed altri stakeholders.

I teams hanno bisogno di determinare la loro direzione.[45] La collaborazione aumenta tramite lo sviluppo dei loro scopi ed obiettivi, del piano di cura, dell'assunzione decisionale. Tuttavia, i teams devono conoscere l'impatto che le loro decisioni hanno sugli altri gruppi professionali e lavorare in modo collaborativo con essi per assicurare risultati positivi.[46]

1.6 I teams infermieristici stabiliscono processi che promuovono canali di comunicazione aperti, onesti e trasparenti:

- Stabiliscono processi per assicurare che ogni tipo di staff (a tempo pieno, in part-time e a contratto temporaneo) ricerchi o riceva una comunicazione efficace su tutti i cambiamenti
- Stabiliscono processi orali, scritti o informatizzati per documentare efficacemente la comunicazione
- Sviluppano le abilità di ascolto attivo

Discussione delle evidenze[f]

La comunicazione è un aspetto importante del lavoro in team. Le evidenze identificano il bisogno dei teams di avere dei processi in loco che supportino continuamente la comunicazione per migliorare i risultati dell'assistito.[45, 48, 60, 71] La sintesi del Joanna Briggs Institute conclude che la comunicazione è una componente essenziale di un efficace lavoro in team, e che il lavoro in team può essere migliorato stabilendo processi di comunicazione chiari.[45] Le evidenze identificano che una migliore comunicazione promuove un miglioramento della collaborazione e del lavoro in team.[45, 54, 55]

Il lavoro infermieristico ha vari spostamenti. Così i problemi relativi alla comunicazione verso gli infermieri sono più complessi che per gli altri professionisti e pongono sfide particolari.[60] La revisione sistematica della letteratura del Joanna Briggs Institute riporta che la comunicazione è essenziale quando si lavora part-time e che processi specifici (verbali, scritti, informatici) devono essere in loco per facilitare la comunicazione nel percorso di continuum di cura, in modo da facilitare il lavoro in team.[45] Esempi di questi processi sono i message books, e-mail e processi di documentazione clinica efficace ed appropriata che aumenta la comunicazione e quindi il lavoro in team.[60] Un alto grado di dipendenza dalla comunicazione verbale dovrebbe essere evitata per minimizzare le interpretazioni errate del messaggio.[60]

Canali di comunicazione aperti comprendono incontri regolari di team per promuovere il lavoro in team.[45] Senza una comunicazione adeguata ed in tempo reale non può esistere la pratica collaborativa. Una comunicazione chiara ed aperta tra i membri del team è cruciale per assicurare un'assistenza sanitaria di qualità.[60] L'ascolto attivo è la maggiore componente della formazione infermieristica e della pratica clinica. L'ascolto necessario per stimolare e riconoscere i ruoli e la professionalità degli altri, compresi gli utenti, aumenta la comunicazione.

---

[f] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, e C che supportano questa raccomandazione.

Raccomandazioni per l'Organizzazione

Le seguenti raccomandazioni sono organizzate secondo la struttura dell'Ambiente di Lavoro Salubre e riflettono le componenti di lavoro in team, che possono essere indirizzate al livello organizzativo per assicurare la miglior pratica e che sono individuate come fisico/strutturali, cognitive, psicologiche, sociali culturali, professionali ed occupazionali. I fattori organizzativi identificati nelle varie componenti comprendono:

Componenti fisico/strutturali:

- Caratteristiche ed ambienti fisici dell'organizzazione che comprendono le apparecchiature di funzionamento
- Strutture e processi organizzativi creati per rispondere alle domande fisiche del lavoro (per esempio la portata del controllo dei managers, processi di presa di decisione)
- Supporto della leadership
- Pratiche dello staff, programmazione flessibile ed autogestita
- Politiche di sicurezza della salute professionale
- Premi ed incentivi che incoraggiano e promuovono la pratica collaborativa

Componenti cognitive-psicologiche-sociali-culturali

- Clima, cultura e valori organizzativi
- Norme culturali, particolarmente quelle che promuovono la fiducia ed il rispetto
- Gerarchia organizzativa, e come questa influenza le dinamiche di potere
- Stabilità organizzativa
- Pratiche di comunicazione
- Relazioni di lavoro/management
- Cultura dell'apprendimento continuo e supporto

Componenti professionali-occupazionali

- Caratteristiche della natura e del ruolo della nursing all'interno dell'organizzazione, incluse le politiche organizzative che influenzano lo scopo della pratica, il livello di autonomia ed il controllo sulla pratica
- Relazioni intraprofessionali ed interprofessionali all'interno dell'organizzazione

2.0 Raccomandazioni per la Pratica di Nursing Collaborativa a livello individuale/di team

2.1 Le organizzazioni implementano specifiche strategie che incoraggiano e attuano il lavoro in team efficace. Questo può includere la previsione di:

- Spazio fisico o tecnologie che permettono alle persone di progredire insieme
- Supporti amministrativi
- Fondi per l'orientamento e la formazione continua
- Opportunità di compensazione per promuovere la partecipazione
- Riconoscimento e premi
- Opportunità di processo decisionale partecipativo, relativo allo sviluppo ed all'implementazione della politica

- Processi di valutazione focalizzati sull'impatto del team infermieristico sull'assistito, sugli infermieri e sull'organizzazione e sullo sviluppo di specifiche misure di esito

Discussione delle evidenze[g]

Il lavoro in team necessita di essere supportato da strutture organizzative che fanno il possibile perché agli infermieri sia consentita una piena partecipazione e che gli stessi conoscano e riconoscano il valore che l'organizzazione attribuisce alla pratica collaborativa ed al lavoro in team. Riconoscere il team che funziona nei processi di sviluppo delle prestazioni, accertare che ci sia l'occasione affinché i teams si incontrino in uno spazio adatto e accessibile, che il tempo degli incontri sia pagato e che ci siano le risorse economiche per la formazione permanente che supporti i programmi educativi relativi al funzionamento, sono passaggi cruciali per il lavoro in team efficace al livello funzionale.[1, 42, 58]

Nel modello di pratica interprofessionale di D'Amour e Oandason, sono descritti i fattori istituzionali che influenzano lo sviluppo della interprofessionalità.[43] Questi fattori includono lo sviluppo di una vision di interprofessionalità, la previsione di risorse e campioni-modelli, lo sviluppo di processi di supporto amministrativi ed incentivi finanziari. San Martin-Rodriguez et al. riportano che i determinanti dell'organizzazione come la struttura, la filosofia, il supporto amministrativo, le risorse di team ed i meccanismi di comunicazione e coordinazione, impattano significativamente con la creazione di un setting organizzativo favorevole alla collaborazione professionale.[42]

Le competenze individuali nella pratica collaborativa sono insufficienti per migliorare i risultati. È necessario inoltre che siano in linea i sistemi di supporto micro, meso e macro. Questi includono, ma non in senso limitativo, miglioramento delle competenze, sviluppo di ambienti di lavoro efficace e la previsione di opportunità formative interprofessionali.[43] L'uso di incentivi e premi, nei processi di sviluppo professionale relativi al lavoro in team, è più probabile che promuova il lavoro in team a livello individuale, se il risultato desiderato è l'aumentata soddisfazione dell'assistito e dello staff.[44]

L'organizzazione ha bisogno di assicurare che siano sviluppate ed utilizzate misure di risultato valide e coerenti per valutare l'impatto del team sulla cura dell'assistito e sulla qualità della vita lavorativa.[45] Sono frequentemente usate le misure di risultato della soddisfazione dell'utente e dello staff e la lista d'attesa.[47, 64, 65, 66] Per promuovere un ambiente di lavoro salubre necessita di essere valutato l'effetto del team di lavoro sulla qualità della vita lavorativa.

2.2 Le organizzazioni assicurano una cultura che supporti il lavoro in team efficace e che veicoli il supporto amministrativo nel modo seguente:

- Assicurando che i membri del team siano inclusi nello sviluppo ed implementazione delle politiche di unità
- Supportando una cultura in cui sia promossa un processo decisionale partecipativo
- Sviluppando politiche chiare e coerenti relativamente ai ruoli di responsabilità
- Sviluppando valori, strutture e processi per promuovere relazioni collaborative efficaci intra ed interprofessionale
- Assicurando che le risorse siano allocate per il team per equilibrare lo sviluppo e la valutazione dell'erogazione di cura e della pratica professionale

---

[g] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, C e D che supportano questa raccomandazione.

- Appoggiando un modello di pratica professionale che supporti la responsabilità della pratica, l'autonomia e l'autorità decisionale relative all'ambiente di lavoro e all'erogazione dell'assistenza
- Incorporando obiettivi comportamentali nello sviluppo della prestazione ed i processi gestionali relativi al lavoro in team efficace

Discussione delle evidenze[h]

Il *Canadian Nursing Advisory Committee* supporta e riconosce il bisogno degli infermieri di essere attivamente incoraggiati a partecipare al processo di presa di decisioni.[1] Il coinvolgimento dei membri del team infermieristico nello sviluppo delle politiche di unità è un importante marchio di garanzia di un ambiente di pratica professionale.[55] Gli infermieri hanno una chiara comprensione di questo lavoro a livello funzionale ed hanno bisogno di entrare nello sviluppo e di partecipare pienamente all'implementazione. Il coinvolgimento in questi processi supporta una maggiore responsabilità ed impegno verso il team e l'unità.[45]

L'ambiguità si presenta spesso all'interno dei ruoli della professione infermieristica. Ruoli e responsabilità talvolta sembrano cambiare a seconda del setting, degli spostamenti o degli utenti. Politiche chiare e coerenti contribuiranno a chiarire il ruolo sia a livello del singolo infermiere sia dei membri del team interdisciplinare.[42,45] Tuttavia, le politiche devono rispecchiare l'importanza della flessibilità del ruolo lavorativo ed il suo impatto positivo sulla collaborazione tra i membri del team.[69]

L'interazione tra i professionisti ed i managers promuove lo sviluppo di un ambiente che supporta l'interprofessionalità.[43] Il supporto per questi ambienti comprende l'identificazione e lo sviluppo di valori, strutture e processi che sostengono, premiano e promuovono il lavoro in team.[45]

Quanto emerso dalla revisione sistematica del Joanna Briggs Institute[45] indica la necessità di stabilire un equilibrio tra sviluppo della pratica ed erogazione di una cura di alta qualità.[46] Le richieste di assistenza possono talvolta sovrastare. Tuttavia, il tempo deve essere speso per sviluppare nuove abilità basate sulle evidenze onde assicurare che la qualità della cura continui a migliorare.

I modelli di pratica professionale necessitano di essere sviluppati e supportati dall'organizzazione. Un chiaro modello pratico promuove il miglioramento della comunicazione utilizzando un linguaggio comune ed instaurando rilevanti e raggiungibili standards di pratica. Il modello può essere usato per misurare la prestazione, promuovere una cura coerente, trasversale alle professioni e migliorare la comunicazione in tema di cura dell'utente all'interno del team.[57]

---

[h] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, C e D che supportano questa raccomandazione

Tabella 2.2 – Competenza del lavoro in team e definizione dei comportamenti

Questa tavola fornisce un esempio di come, a livello organizzativo, il processo di sviluppo della performance incorpori obiettivi comportamentali relativi alle competenze del lavoro in team.

COMPETENZE	EFFETTUAZIONE COMPLETA	ECCELLENTE	ECCEZIONALE
LAVORO IN TEAM Lavora in modo collaborativo con gli altri per raggiungere gli obiettivi di gruppo ▪ Collaborazione ▪ Relazione/ Partnership	▪ Aperto e disponibile a condividere le informazioni adatte con l'assistito, i suoi familiari e gli altri ▪ Aiuta nella soluzione dei problemi del team ed opera in modo positivo nel conflitto ▪ Si assume la responsabilità per raggiungere gli obiettivi individuali, e contemporaneamente comprende l'impatto su assistiti, familiari, ed altri ▪ Comprende l'importanza di raggiungere gli obiettivi del team e contribuisce/dà inizio alle soluzioni ▪ Dimostra uno spirito cooperativo e contribuisce ad un ambiente di lavoro positivo e supportivo ▪ Sostiene le decisioni del team e si fida degli altri ▪ Agisce per indirizzare le preoccupazioni di sicurezza del paziente all'interno del proprio lavoro o di quello del team ▪ Prende l'iniziativa ed offre assistenza a colleghi/membri del team	▪ Assume ruoli di leadership all'interno del gruppo ed aiuta per facilitare la messa a punto degli obiettivi di team ▪ Costruisce rapporti, comunica sempre in modo rispettoso quando rimanda i suoi feedback ▪ Incoraggia ed inizia il lavoro in team ▪ Coinvolge il paziente, la famiglia e gli altri come partecipanti al disegno e all'erogazione del servizio e della cura ▪ Lavora bene con le altre persone dentro e fuori dal team ▪ Funge da tutor per gli altri e serve da modello all'interno del team ▪ Sostiene la responsabilità degli altri per la performance del team ▪ Rispetta la diversità, i valori e le opinioni degli altri	▪ Si sforza continuamente per migliorare l'efficacia del team[G] ▪ Crea sinergia nel team e nel reparto ed alleanze trasversali all'organizzazione ▪ Motiva gli altri e porta i membri del team a raggiungere insieme risultati collaborativi ▪ Persuade gli altri ad agire nel miglior interesse del paziente, famiglie e teams dentro l'organizzazione ▪ Risolve situazioni complesse del team realizzando una comprensione comune su interessi divergenti ▪ Facilita e promuove un approccio cooperativo all'interno ed oltre l'unità ▪ Misura e monitorizza i risultati del team e facilita il miglioramento continuo della qualità

Fonte: Teamwork competency and defining behaviours, Mount Sinai Hospital, Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork, 2006.72

2.3 Le organizzazioni supportano sistemi e processi che promuovono il funzionamento del team e la continuità di cura dell'assistito:

Discussione delle evidenze[i]

L'evidenza identifica che la continuità della cura ha un impatto positivo sulla soddisfazione dell'utente e dello staff. [47] Così le organizzazioni devono assicurare di avere in loco i meccanismi che supportano l'intervento di cura al paziente in modo costantemente senza interruzioni. Il Joanna Briggs Institute identifica un impatto positivo tra la soddisfazione del lavoro e la continuità della cura. Per promuovere gli ambienti di cura salubre le organizzazioni necessitano di avere dei processi supportivi sul luogo.[45]

Il lavoro in team efficace migliora la qualità della vita lavorativa infermieristica e la cura del paziente.[45] Tuttavia gli infermieri sia come individui, sia come team, non possono sostenere il lavoro in team da soli. L'organizzazione ha la responsabilità di assicurare che i modelli di pratica professionale supportino la pratica collaborativa in modo da essere certi che sarà evitato lo sviluppo di barriere tra ed attraverso i teams.[45] La letteratura inoltre indica che il successo o il fallimento di un'organizzazione dipende da quanto efficacemente le persone collaborano.[42]

Le organizzazioni devono riconoscere che il team infermieristico funziona in ambienti complessi, ad alta pressione. Così le risorse organizzative devono essere adeguate per assicurare il sostegno dei livelli di staff, ed il mix, ed il promuovere il lavoro in team, l'intervento assistenziale di alta qualità, lo sviluppo professionale e la valutazione. Senza l'identificazione di risorse specifiche per la sostituzione dello staff che partecipa alle attività di team, per lo sviluppo professionale e la valutazione, è improbabile che queste attività accadano all'interno dei fondi allocati.[1, 73]

2.4 Le organizzazioni sviluppano ed utilizzano specifici risultati per valutare l'efficacia del team e nello stesso tempo assicurano che sia fornita un'assistenza infermieristica di alta qualità:

- Valutando l'impatto del team infermieristico sull'assistito, gli infermieri e le organizzazioni
- Valutando sistematicamente il team infermieristico
- Identificando gli ostacoli al completamento del processo di valutazione

Discussione delle evidenze[j]

È necessario che la valutazione, per poter identificare la miglior pratica, ricorra in una modalità sistematica e sostenuta dall'organizzazione. Un approccio non sistematico produce dei dati che possono essere difficoltosi da analizzare e quindi da utilizzare. L'approccio dovrebbe inoltre prendere in considerazione i problemi specifici di ogni unità.[44, 45]

C'è una mancanza di valutazione formale relativa all'impatto del team infermieristico.[46] Tuttavia, sono stati indagati l'impatto del lavoro in team sulla qualità dell'ambiente di lavoro infermieristico, sui risultati degli infermieri, sulla qualità di cura e sui risultati dei pazienti.[34] Un approccio coerente per la valutazione del team infermieristico aiuterà inoltre nell'identificazione della miglior pratica.

---

[i] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, B, C e D2 che supportano questa raccomandazione.

[j] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A1, B, C e D2 che supportano questa raccomandazione.

Le organizzazioni, nel valutare l'efficacia del team, si sono focalizzate principalmente sulla soddisfazione dell'utente o sulle misure di risultato della lista d'attesa[G].[46] C'è la necessità di identificare, considerare e sviluppare altri risultati clinici che possano misurare l'efficacia del team. Questa è determinata da molteplici fattori, compreso il disegno del lavoro, i processi ambientali interni ed esterni e le caratteristiche del gruppo psicosociale.[32] Le variabili strutturali, culturali e competenza-basate come la collaborazione, l'egualitarismo, la sostanziale partecipazione alla decisonalità, la coesione, la diversità, la composizione e la dimensione del team, i comportamenti della leadership e gli insiemi del ruolo del team e dei sistemi di comunicazione, hanno un impatto sull'efficacia del team[33,34] e quindi necessitano di essere valutati.

2.5 Le organizzazioni forniscono supporto per guidare chi usa le pratiche di leadership trasformazionale basate sull'evidenza per creare gli ambienti di lavoro salutare.

Discussione delle evidenze[k]

La linea guida di miglior pratica *"Sviluppo e Sostegno della Leadership"* identifica l'importanza della leadership relativamente allo sviluppo di un maggior senso di appartenenza dello staff.[74] Lo staff che si sente parte del team mostra una migliore pratica collaborativa.

La promozione di opportunità di leadership infermieristica a tutti i livelli dell'organizzazione è un marchio di garanzia di un ambiente professionale di pratica infermieristica.[55] Bartram, Joiner e Stanton, hanno riportato che il supporto sociale dato dagli infermieri leaders abbassa lo stress lavorativo ed aumenta la soddisfazione del lavoro.[49]

I leaders di successo conoscono l'importanza di una leadership efficace per aumentare il lavoro in team, la soddisfazione del lavoro e quella dell'utente.[74]
Così l'implementazione di questa raccomandazione è cruciale per portare avanti la collaborazione tra i team infermieristici e per creare gli ambienti di lavoro salubri per gli infermieri.

Le Pratiche di Leadership Trasformazionale che migliorano la Collaborazione[74]

- Costruire relazioni e fiducia
- Creare un ambiente di lavoro empowering
- Creare una cultura che supporta lo sviluppo e l'integrazione della conoscenza
- Guidare e sostenere il cambiamento
- Bilanciare la competizione tra valori e priorità

Raccomandazioni Esterne/di Sistema

Le seguenti raccomandazioni sono organizzate usando la struttura degli Ambienti di Lavoro Salubre e riflettono le componenti del lavoro in team fisico/strutturali, cognitive, psicologiche, sociali, culturali, professionali e occupazionali che possono essere rivolte al livello esterno/di sistema per assicurare la miglior pratica. I fattori esterni/di sistema che sono stati identificati in varie componenti comprendono:

Componenti Fisico/Strutturali:

---

[k] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A, e D che supportano questa raccomandazione.

- Modelli di erogazione della cura sanitaria
- Fondi
- Legislazione (p.e. riforma del sistema sanitario)

Componenti Cognitive/Psicologiche/Sociali/Culturali:

- Aspettative degli utilizzatori (p.e. preferenze di cambiamento di cura)
- Cambiamenti dei ruoli della famiglia
- Diversità di popolazione e fornitori
- Cambiamento dei ruoli professionali

Componenti Professionali/Occupazionali:

- Politiche e regolamenti a livello provinciale/regionale/nazionale/internazionale che influenzano il comportamento dell'organizzazione e gli individui rispetto alla pratica collaborativa e all'interazione del team
- Competenze e standards della pratica che influenzano il ruolo dei membri del team
- Socializzazione del ruolo all'interno e attraverso le discipline

3.0 Raccomandazioni per le strutture di Governo

3.1 Tutti i livelli di governo assicurano le risorse finanziarie sostenibili per supportare il lavoro in team infermieristico collaborativo assegnando fondi per:

- Iniziative di sviluppo e valutazione del team
- Iniziative di sviluppo professionale infermieristico
- Attività di cura diretta ed indiretta del paziente
- Strategie di sviluppo per la pratica professionale
- Pratica collaborativa centrata sull'utente
- Iniziative di formazione interprofessionale
- Valutazione della pratica
- Tecnologie che supportano l'interazione del team
- Ricerche

Discussione delle evidenze[1]

I governi stanno diventando sempre più consapevoli che i team infermieristici funzionano in ambienti complessi, ad alta pressione È necessaria la disponibilità di un fondo per assicurare che i livelli di staff supportino l'erogazione di cure di alta qualità, lo sviluppo professionale e la valutazione dei risultati del servizio erogato, comprese la cura dell'assistito e la qualità della vita lavorativa infermieristica. Senza risorse destinate in modo specifico allo sviluppo e valutazione della pratica professionale è improbabile che questo capiti dentro le risorse allocate.[1,73] I leaders delle strutture di governo devono supportare la formazione interprofessionale che può aumentare la pratica collaborativa centrata sull'utente.[43]

La letteratura identifica l'impatto positivo che il lavoro in team efficace ha sui risultati del paziente, sull'efficacia organizzativa, sulla generale erogazione della cura e sulla qualità della vita lavorativa

[1] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A, B, C e D che supportano questa raccomandazione

infermieristica.[44,45] E' necessario che i governi riconoscano apertamente e supportino la partecipazione ai processi di team ed alla collaborazione attraverso lo sviluppo di strutture e processi che promuovono e premiano la pratica infermieristica collaborativa.

Il coinvolgimento dei membri del team infermieristico nello sviluppo della politica sanitaria è un'importante marchio di garanzia di un ambiente di pratica professionale.[55] Può essere utile istituire, supportare ed utilizzare dei comitati consultivi infermieristici (NACs) nazionali/provinciali/regionali.1

Il Canadian Nursing Advisory Committee raccomanda che i NACs provinciali/regionali (o enti equivalenti) identifichino e supportino l'implementazione di strategie di trattenimento dei loro rispettivi operatori che si focalizzano sul miglioramento della qualità della vita lavorativa degli infermieri.[1] Gli infermieri necessitano di essere coinvolti in modo chiaro a tutti i livelli della decisionalità riguardante la pratica infermieristica, il management e la politica che portano benefici ai dipendenti ed alla cura del paziente.[1]

I governi devono assicurare gli stanziamenti che supportano la partecipazione degli infermieri ai processi del team. Tali supporti comprendono, ma non in senso limitativo, i livelli ed il mix dello staff adeguati alla cura del paziente, appropriati sistemi di comunicazione, un ambiente di lavoro fisicamente salubre, adeguate risorse per attrezzature e rifornimenti, e sostituzione degli infermieri che partecipano alle attività di team.[1,45]

Purden stabilisce che la formazione continua ha bisogno di essere considerata in un contesto interprofessionale per supportare l'avanzamento della collaborazione.[75] E' necessario provvedere le risorse per sviluppare, implementare e valutare le opportunità formative collaborative.[54,55]

Il report Romanow supporta questa raccomandazione. Romanow inoltre raccomanda che i governi provvedano a creare i processi, che riguardano la presa di decisioni dell'attribuzione di risorse, più trasparenti per assicurare che coloro che sono direttamente coinvolti nell'utilizzazione di queste risorse capiscano ed abbiano l'opportunità di fornire un input in tali decisioni.[73]

4.0 Raccomandazioni per la ricerca

4.1 I ricercatori lavorano con i governanti, con le organizzazioni formative e sanitarie per condurre la ricerca riguardante l'impatto del lavoro in team sui risultati degli infermieri, dei teams e degli utenti e sulle competenze per la pratica collaborativa.

Discussione delle evidenze[m]

San Martin-Rodriguez et al. identificano che ci sono scarse ricerche relative all'influenza degli individui/team, dei fattori determinanti organizzativi e sistematici per una collaborazione interprofessionale di successo.[42] Questo può essere dovuto in parte al fatto che la possibilità di ricerca è spesso influenzata dalle disponibilità finanziarie, dalla disponibilità di studi specifici sul topico per essere pubblicati su riviste scientifiche prestigiose.[76] Così San Martin-Rodriguez et al. suggeriscono che è necessario intraprendere la ricerca riguardante l'influenza sul lavoro in team efficace dei sopraccennati fattori e dei molteplici altri determinanti.[42] Oltre a queste

[m] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A e C che supportano questa raccomandazione

raccomandazioni è importante che i leaders dentro le organizzazioni comprendano le caratteristiche chiave che promuovono e supportano la collaborazione.[42]

D'Amour e Oandasan suggeriscono che la ricerca è necessaria per acquisire una chiara comprensione dei risultati delle competenze/apprendimenti relativi alla collaborazione.[43] Le informazioni raccolte possono allora essere usate per sviluppare delle innovazioni dell'insegnamento formalizzato al fine di indirizzare le competenze identificate.

5.0 Raccomandazioni per l'Accreditamento:

5.1 Gli enti di accreditamento delle organizzazioni del servizio sanitario includono, fra i loro standards, gli standards ed i criteri basati sull'evidenza per l'efficacia del lavoro in team.

Discussione delle evidenze[n]

Il Canadian Council on Health Care Accreditation riconosce l'importanza della collaborazione dei professionisti per assicurare un sistema di erogazione della cura sanitaria integrato e coordinato.[77] Così il processo di accreditamento può promuovere, cambiare e supportare l'avanzamento della pratica professionale collaborativa.[43] La collaborazione e l'approccio di team alla cura hanno un impatto positivo sull'erogazione della cura all'assistito.[78] Il processo di accreditamento esamina i processi per gli approcci alla cura coordinati/collaborativi, per esempio una registrazione integrata del paziente, servizi integrati trasversali ai dipartimenti ed alle agenzie, inoltre sviluppo di un piano di cura che sottolinei i ruoli e le responsabilità di tutti i providers assistenziali.[77]

Oltre all'esigenza di accreditamento per le organizzazioni ed i programmi sanitari, devono essere stabiliti gli standards di accreditamento della formazione interprofessionale per i programmi accademici. Senza tali standards i programmi educativi non possono accertare la necessità dell'includerla all'interno del loro programmi di studi.

6.0 Raccomandazioni per l'Educazione

6.1 I valori degli educatori/istituti educativi promuovono e modellano una cultura di professionalità e di funzionamento efficace del team nel modo seguente:

- Identificando e implementando un ruolo di leadership/campione responsabile dell'implementazione delle infrastrutture richieste per supportare un curriculum focalizzato sul team
- Utilizzando una varietà di strategie di insegnamento e di apprendimento che forniscono opportunità di apprendere rispetto all'efficacia dei teams e del lavoro in team. Le opportunità possono includere, ma non limitarsi a:
  - casi studio che descrivono problemi e scenari realistici del team che diventano progressivamente complessi durante il programma formativo;
  - elezione del corso a focalizzarsi sui team e sul funzionamento del team;
  - elezione del corso a focalizzarsi sulla soluzione del conflitto; e
  - obiettivi di apprendimento focalizzati sui domini sociale/relazionale.

---

[n] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A, B, C e D che supportano questa raccomandazione

Discussione delle evidenze[o]

La formazione/interazione interprofessionale è un importante fattore nel prevenire la creazione di barriere che possono impattare negativamente sulla collaborazione professionale del lavoro in team.[79] Forsyte[80], citato in D'eon,[81] riporta che la teoria dell'identità sociale suggerisce che più le persone si identificano con il proprio gruppo, meno saranno accomodanti verso gli altri gruppi. Una formazione professionale che sia limitata ad un gruppo può risultare nello stereotipo che pone maggiori ostacoli alla pratica efficace, rispettosa e collaborativa.[76]

I leaders/campioni sono richiesti in tutte le aree di nursing compresa quella della promozione della pratica collaborativa.[74] Tuttavia, il singolo infermiere o il team infermieristico, non posssono sostenere i programmi senza il supporto delle organizzazioni e delle istituzioni formative.[79, 82] E' necessario che sia fornita la conoscenza relativa al ruolo dei leaders e dei campioni che promuovono la collaborazione ed il lavoro in team e che siano rese disponibili le opportunità di esercitarsi nelle abilità.

D'eon discute i domini in cui può aver luogo l'apprendimento: cognitivo (pensiero), psicomotorio (azione), affettivo (sentimenti) e sociale/relazionale (riferito ai gruppi).[81] Il dominio sociale/relazionale fornisce al singolo infermiere l'opportunità di apprendere le abilità ed attitudini necessarie per partecipare al lavoro in team efficace. Gli infermieri e gli studenti infermieri dovrebbero avere l'opportunità di partecipare a sessioni interprofessionali di formazione/apprendimento che sono focalizzate sul migliorare l'erogazione della cura all'assistito.[83]

6.2 Gli educatori degli infermieri selezionano le disposizioni cliniche che promuovono e dimostrano l'efficacia del team nei seguenti modi:

- Assicurando che gli studenti abbiano accurate conoscenze circa i ruoli e le responsabilità degli infermieri e degli altri providers del sistema sanitario
- Sviluppando practicums innovativi che supportino la messa in comunione della pratica sia fra i teams degli infermieri, sia fra quelli interprofessionali

Discussione delle evidenze[p]

Gli infermieri necessitano di avere l'opportunità di partecipare ad un team infermieristico sanitario. Tuttavia, questo può non essere sempre possibile. Gli infermieri educatori, quando possibile, dovrebbero valutare la disposizione del setting clinico per accertare il livello del lavoro in team efficace e salubre e per lo meno assicurare che gli studenti non siano esposti a situazioni tossiche.[53]

C'è una mancanza di chiarezza tra gli infermieri e gli altri professionisti sanitari relativamente agli scopi della pratica ed ai ruoli individuali, professionali.[84] Questo può causare dei fraintendimenti circa il potenziale contributo dei membri degli altri team risultante in un sotto utilizzo del team infermieristico e degli altri membri del team.[84]

---

[o] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A e B che supportano questa raccomandazione

[p] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A e B che supportano questa raccomandazione

Il sistema educativo necessita di non solo aiutare gli studenti a riconoscere i valori e le responsabilità delle loro rispettive professioni, ma anche di fornire informazioni relative alla pluralità professionale.[42]

7.0 Raccomandazioni per gli infermieri

7.1 le organizzazioni provinciali e nazionali lavorano insieme per aiutare i loro rispettivi membri ad essere più informati sui loro stessi ruoli e su quelli dei loro colleghi all'interno del sistema sanitario nei seguenti modi:

- Discutendo ruoli e responsabilità associati con la loro formazione, abilità e conoscenze
- Condividendo e consultandosi reciprocamente durante lo sviluppo di documenti di competenza

Discussione delle evidenze[q]

Il lavoro in team e la collaborazione migliorano quando i membri del team capiscono i propri ruoli e quelli degli altri membri del team e sono in grado di descriverne le somiglianze e le differenze.[45, 54] Una mancanza di chiarezza è stata identificata da Besner et al.[84] Tuttavia c'è una differenza significativa nell'educazione, conoscenza e abilità-base, Besner et al. riportano che gli operatori dell'area infermieristica (RNs e RPNs - LPNs) erano incapaci di descrivere chiaramente le differenze fra i loro ruoli e quelli di altri professionisti. Professionisti e associazioni professionali hanno la responsabilità di assicurare che queste somiglianze e differenze non siano ambigue e che siano comunicare chiaramente in ambito intraprofessionale, interprofessionale ed al pubblico in generale.

7.2 Gli scopi della pratica di vari professionisti infermieristici regolamentati sono revisionati con regolarità ed in risposta ai cambiamenti delle professionalità sanitarie.

Discussione delle evidenze[r]

Lo scopo della pratica di professionisti sanitari regolamentati necessita di essere valutato regolarmente per assicurare che il contenuto sia accurato e che rifletta la pratica corrente, l'abilità e la conoscenza dei vari ruoli.[85] La sanità e la conoscenza associata all'erogazione della cura continuano ad evolvere. Così è necessario che sia iniziato un piano per la revisione continua dello scopo della pratica per assicurare che all'utente sia fornita una cura di alta qualità, dalle persone giuste, al tempo giusto e nel posto giusto.[84]

---

[q] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo A e B che supportano questa raccomandazione
[r] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo B e D che supportano questa raccomandazione

7.3 Le associazioni professionali lavorano con educatori, professionisti, sindacati e politici per chiarire i ruoli infermieristici all'interno del team interprofessionale nei seguenti modi:

- Esaminando somiglianze e differenze nei contenuti educativi dei programmi delle varie professionalità infermieristiche
- Discutendo con gli altri colleghi professionisti sanitari le somiglianze e le differenze nei ruoli e nella preparazione formativa degli altri professionisti
- Lavorando per sviluppare un linguaggio comune attraverso le discipline

Discussione delle evidenze[s]

Continua ad esserci una mancanza di chiarezza relativa alla differenziazione di formazione, abilità e ruoli tra gli infermieri e gli altri professionisti sanitari.[84] La comunicazione e la consultazione tra le associazioni professionali relativamente alle strutture di competenza, agli standards pratici ed alla preparazione educativa dovrebbe fornire un modello per la pratica collaborativa e la chiarezza rispetto a differenze, somiglianze ed abilità dei professionisti sanitari nell'incontrare le aspettative del loro particolare ruolo.[84]

Diverse organizzazioni professionali sono responsabili di stabilire i criteri della pratica all'interno delle loro particolari professioni. Per questo motivo ci può essere un basso livello di supporto per le esperienze interprofessionali. Tuttavia le associazioni, focalizzandosi sui ruoli specifici all'interno delle professioni, possono non solo servire da barriera allo sviluppo di buone pratiche pedagogiche nei programmi educativi interprofessionali, ma anche possono essere mitiganti verso il riconoscimento dei ruoli e delle abilità degli altri lavoratori sanitari.[76]

Sviluppare un linguaggio comune ed una chiara comprensione dei ruoli di altri professionisti sanitari può migliorare il lavoro in team e promuovere il rispetto per il contributo di tutti gli individui.[54]

---

[s] Tipo di evidenza
Ci sono evidenze di tipo B che supportano questa raccomandazione

Processo di revisione ed aggiornamento delle linee guida di miglior pratica per gli Ambienti di Lavoro Salubri

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) propone di aggiornare le linee guida di miglior pratica per gli Ambienti di Lavoro Salubri come segue:

1. Ogni linea guida per gli ambienti di lavoro salubri sarà revisionata da un team di specialisti (Review Team) nell'area topica per essere completata ogni cinque anni dall'ultima revisione.
2. Durante il periodo tra sviluppo e revisione lo staff di progetto degli Ambienti di Lavoro Salubri monitorerà regolarmente le nuove revisioni sistematiche e studi nel campo.
3. In base ai risultati del monitoraggio, lo staff di progetto può raccomandare un piano di revisione anticipato. Una consultazione adeguata con un team di membri, compresi i membri del panel originario ed altri specialisti nel settore, aiuterà ad informare sulla decisione di revisionare e rivedere la linea guida di miglior pratica prima della pietra miliare dei cinque anni.
4. Sei mesi prima dei cinque anni stabiliti, lo staff di progetto comincerà a pianificare il processo di revisione come segue:
   - **a)** Invito agli specialisti nel campo a partecipare al team di revisione. Questo sarà comprensivo sia dei membri del panel originale, sia di altri specialisti consigliati.
   - **b)** Compilazione dei feedback ricevuti, delle domande incontrate durante la fase di disseminazione, così come dei commenti ed esperienze dei luoghi di implementazione.
   - **c)** Compilazione della letteratura rilevante.
   - **d)** Sviluppo di un piano di lavoro dettagliato con date ed indicatori stabiliti
5. La linea guida rivista sarà disseminata in base alle strutture ed ai processi stabiliti.

Riferimenti bibliografici numerati

1. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses.* Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.
2. Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.
3. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's meeting communiqué on health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.
4. Health Canada (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. *Retrieved May 5, 2005 from:* www.healthservices.gov.bc.ca/ bchealthcare/publications/health_accord.pdf
5. First Ministers' meeting on the future of health care (2004*). Retrieved from*: Nov 2004 – June 2005: http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html
6. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.
7. Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections.* Ottawa, ON: Author
8. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al, (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system.* Ottawa, ON:Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
9. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
10. Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
11. Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing,* 20(6), 497-504.
12. Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences.* Halifax, NS: Fernwood Publishing.
13. Grinspun, D. (2002). *The social construction of nursing caring*. Unpublished Doctoral dissertation proposal. York University, North York, Ontario.
14. Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse,* 99(3), 23-26.
15. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality,* 10(3), 46–58.
16. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control,* 30(2), 93-106
17. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nursing Research,* 54(2), 74-84.
18. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., &. Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine, 346(22), 1715–1722.*
19. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care,* 42(1), 4-12.
20. Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic$,* 16(4), 196–203.
21. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration,* 23(9), 478–85.

22. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research,* 33(4), 71-88.
23. Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care,* 15(4), 275-77.
24. American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing
25. Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship,* 30(4), 315-321.
26. Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration,* 31(12), 588–600.
27. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research,* 11(3), 149–58.
28. Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research,* 52(2), 71–79.
29. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320
30. United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003*).* The effect of health care working conditions on patient safety. *Summary, evidence report /technology assessment*. Number 74. Rockville, MD.
31. Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – *Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge*. 17 November 2004, Markham, ON
32. Cohen, S., Bailey, D. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite? *Journal of Management, 23(3), 239.*
33. Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociology of Health and Illness*, 20(6), 848-873.
34. Doran, D. (2005). Teamwork: Nursing and the multidisciplinary team. *Quality Nurse Environment for Nurse and Patient Safety,* McGillis-Hall (Ed). : Sudbury, Mass. 39-66.
35. Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
36. Institute of Medicine (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academies Press, Washington, D.C.: Author
37. Brill, N. (1976). *Teamwork: Working Together in the Human Services*. Toronto, Canada: Lippincott.
38. Moynihan, R. (2004*). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis.* Millbank Memorial Fund. *Retrieved November 22, 2004 from:* http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf
39. Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Reports*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
40. Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. *Retrieved May 7, 2005 from:* ttp://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Levels of evidence and grades of recommendations in: *A guideline developers' handbook.* Retrieved May 7 2005 from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.htm/#2
42. San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 132-147.

43. D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 28-20
44. Kalisch, B. & Begeny, S. (2005). Improving nursing unit teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 550-556
45. Joanna Briggs Institute. (2005) *A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment*. Prepared for the South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy
46. Gerrish, K. (2001). A pluralistic evaluation of nursing practice development units. *Journal of Clinical Nursing, 10 (1), 109-18.*
47. Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in and ICU: a combined methods approach. *Intensive & Critical Care Nursing,* 17(5), 294-303.
48. Hyrkas, K. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2003). Team supervision in multiprofessional teams: team members' descriptions of the effects as highlighted by group interview. *Journal of Clinical Nursing,* 12(2), 188-97.
49. Bartram, T., Joiner, T.A. & Stanton, P., (2004) Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. *Contemporary Nurse, 17(3), 293-304.*
50. Drach-Zahavy A. (2004), Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing, 45(1), 7-16.*
51. Gittel, J.H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. *International Journal of Human Resource Management,* 11(2), 517-539
52. Arcangelo , V. Fitzgerald, M., Carroll, D., & David, J. (1996). Collaborative care between nurses and physicians. Primary Care: Clinics in Office Practice 23 (1).
53. Cook, D .A. (2005). Models of interprofessional learning in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 107-115.
54. Oandasan, I. & Reeves, S. (May, 2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care, 1, 22-38.*
55. American Association of Colleges of Nursing. (2002). *Hallmarks of the professional nursing practice environment.* Washington, DC: American Nurses Publishing
56. Williams O'Rourke, M., (2003). Rebuilding a professional practice model: The return of role-based practice accountability.*Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 95-105.
57. Graham, J.G. & Barter, K. (1999). Collaboration: A social work practice method. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services,* 80(1), 6-13.
58. Henneman, E, Lee, J, & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
59. Weiss, S.J. & Davis, H.P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34, 299-304.
60. Wicke, D., Coppin, R., & Payne S . (2004). Team working in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 197-204
61. Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relation on conflict in the nursing unit. *Journal of Advanced Nursing,* 35(1), 17-25
62. Cox, K.B., (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 153-63.
63. Drinka, T., & Ray, R.O. (1987). An investigation of power in and interdisciplinary health care team. *Gerontology and Geriatrics Education*, 6(3), 43-53
64. Lengacher, C.A., Mabe, R.R., Heineman, D., VanCott, M.L., Kent, K. Swymer, S. (1997). Collaboration in research: testing the PIPC model on clinical and nonclincial outcomes. *Nursing Connections*, 10(1), 17-30.

65. Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., Randolph, J. (2000) Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1825-33.
66. Wild, D., Nawaz, H., Chan, W., Katz, D.L. (2004) Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(1), 63-9
67. Woodward, C.A., et al. (2004). What is important to continuity in home care? *Social Science and Medicine*, 58, 172-192
68. Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2003) Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 197-205
69. Gittel, J.H., Fairfield, K. Bierbaum B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of relation co-ordination in quality of care, post-operative pain and functioning and length of stay. *Medical Care,. 38(8), 807-819.*
70. Preuss, G. (1997). The structuring of organization information capacity: and examination of hospital care. *Academy of Management Proceedings*.
71. Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 299-306.
72. Mount Sinai Hospital. (2006). Teamwork competency and defining behaviours. Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork.
73. Romanow, R. (2002). *Building on Values: The future of health care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa. Retrieved December 19, 2005 from: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_final_Report.pdf
74. Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Toronto, ON: Author.
75. Purden, M. (2005). Cultural considerations in interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 224-234.
76. Gilbert, J.H.V. (2005) Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 87-106
77. Canadian Council on Health Services Accreditation. (November, 2005). A look inside Canada's Health Care system: Canadian Health Accreditation Report 2004. Canadian Council of Health Accreditation, Ottawa. *Retrieved December 14, 2005 from* www.cchsa-ccass.ca/pdf/2004report.pdf
78. Dudgeon, D., Knott, C., Viola, R., Van dijk, J., Preston, S., Eichholtz, M., et al, (2004). Managing Continuity through Collaborative Care Plans: a study of palliative care Patients. *Retrieved December 14, 2005 from* http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/dugeon_e.php
79. Barker K, Bosco C., & Oandasan, I., (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, (1) 166-16
80. Forsyth, D.R. (1983) *Group dynamics*. 2nd edition. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
81. D'eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*. 1: 49-59.
82. Ginsburg, L. Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: *Lessons from the organizational change literature*, 1, 177-187.
83. Zwarenstein, M., Reeves, S., Perrier, L (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19(suppl. 1), 148-165
84. Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovanetti, P, Girard, F, Hill, W., et al, (2005). *Nursing Scopes of Practice Study:*
A Systematic Approach to Maximizing Nursing Scopes of Practice. Capital Health, Calgary Health Region, Saskatoon Health Region. *Retrieved December 21, 2005 from* http://www.cihr.gc.ca

85. Lahey, W. & Currie, R. (2005). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 197-223
86. Field, M., & Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press
87. Clarke, M. and Oxman, A.D., (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4th Ed. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.
88. College of Nurses of Ontario. (2002). *Professional standards*. Toronto, ON: Author
89. Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). *Educational support for competent nursing practice*. Retrieved September 24, 2004 from: http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320
90. National Health and Medical Research Council. (1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Research Council [On-line]. Available: http://www.health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf
91. Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., et al. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference. *Medical Care,* 32(5), 508-525.
92. Watson, W.E., & Michaelsen, L.K. (1988). Group interaction behaviors that affect group performance on an intellective task. *Group & Organizational Studies,* 13, 495-516.
93. Watson, W.E., Michaelsen, L.K., & Sharp, W. (1991). Member competence, group interaction and group decision making: A longitudinal study. *Journal of Applies Psychology,* 76, 803-809.
94. Anderson, N.R., & West, M.A., (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior,* 19, 235-258.
95. Schaefer, H., & Helmreich, R. (1993). *The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). University of Texas Aerospace Crew Research Project Technical Report.* 97-6. Austin, TX: The University of Texas.
96. Young, G.J., Charns, M.P., Desai, K., Khuri, S.F., Forbes, B.G., Henderson, W., et al. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes; A study of surgical services. *Health Services Research,* 33(5), 1211-1236.
97. Baggs, J.G., Ryan, S.A., Phelps, C.E. Richeson, J.F., & Johnson, J.E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & Lung,* 21(1), 18-24.

Riferimenti bibliografici in ordine alfabetico

Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320

American Association of Colleges of Nursing. (2002). *Hallmarks of the professional nursing practice environment.* Washington, DC: American Nurses Publishing

American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Anderson, N.R., & West, M.A., (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior,* 19, 235-258.

Arcangelo , V. Fitzgerald, M., Carroll, D., & David, J. (1996). Collaborative care between nurses and physicians. Primary Care: Clinics in Office Practice 23 (1).

Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.

Baggs, J.G., Ryan, S.A., Phelps, C.E., Richeson, J.F., & Johnson, J E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & Lung,* 21(1), 18-24.

Barker K., Bosco C., & Oandasan, I., (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, (1) 166-16

Bartram, T., Joiner, T.A. & Stanton, P., (2004) Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. *Contemporary Nurse, 17(3), 293-304.*

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al, (2001). *Commitment and care — The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system.* Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovanetti, P, Girard, F, Hill, W., et al, (2005). *Nursing Scopes of Practice Study: A Systematic Approach to Maximizing Nursing Scopes of Practice.* Capital Health, Calgary Health Region, Saskatoon Health Region. *Retrieved December 21, 2005 from* http://www.cihr.gc.ca

Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic$,* 16(4), 196 203.

Brill, N. (1976). *Teamwork: Working Together in the Human Services*. Toronto, Canada: Lippincott.

Canadian Council on Health Services Accreditation. (November, 2005). A look inside Canada's Health Care system: Canadian Health Accreditation Report 2004. Canadian Council of Health Accreditation, Ottawa. *Retrieved December 14, 2005 from* www.cchsa-ccass.ca/pdf/2004report.pdf

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's meeting communiqué on health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses.* Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.

Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections.* Ottawa, ON: Author

Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research,* 52(2), 71–79.

Clarke, M. and Oxman, A.D., (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4th Ed. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.

Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. *Retrieved May 7, 2005 from:* http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels

Cohen, S., Bailey, D. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite? *Journal of Management, 23(3), 239.*

College of Nurses of Ontario. (2002). *Professional standards*. Toronto, ON: Author

Cook, D.A. (2005). Models of interprofessional learning in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 107-115.

Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociology of Health and Illness*, 20(6), 848-873.

Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.

Cox, K.B., (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 153-63.

Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relation on conflict in the nursing unit. *Journal of Advanced Nursing,* 35(1), 17-25

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 28-20

DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). *An Integrative perspective on work-site health promotion. Journal of Medicine*, 35(12): December, 1221-1230; modified by Laschinger, MacDonald and Shamian (2001); and further modified by Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, and Shamian (2003)

D'eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*. 1: 49-59.

Doran, D. (2005). Teamwork: Nursing and the multidisciplinary team. *Quality Nurse Environment for Nurse and Patient Safety,* McGillis-Hall (Ed). : Sudbury, Mass. 39-66.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

Drach-Zahavy A. (2004), Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing, 45(1), 7-16.*

Drinka, T., & Ray, RO. (1987). An investigation of power in and interdisciplinary health care team. *Gerontology and Geriatrics Education*, 6(3), 43-53

Dudgeon, D., Knott, C., Viola, R., Van dijk, J., Preston, S., Eichholtz, M., et al, (2004). Managing Continuity through Collaborative Care Plans: a study of palliative care Patients. *Retrieved December 14, 2005 from* http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/dugeon_e.php

Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality,* 10(3), 46–58.

Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse,* 99(3), 23-26.

Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nursing Research,* 54(2), 74-84.

Field, M., & Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press

First Ministers' meeting on the future of health care (2004*). Retrieved from*: Nov 2004 – June 2005 http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html

Forsyth, DR. (1983) *Group dynamics*. 2nd edition. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gerrish, K. (2001). A pluralistic evaluation of nursing practice development units. *Journal of Clinical Nursing, 10 (1), 109-18.*

Gilbert, J.H.V. 2005. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 87-106

Ginsburg, L. Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: *Lessons from the organizational change literature*, 1, 177-187.

Gittel, J.H., Fairfield, K. Bierbaum B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of relation co-ordination in quality of care, post-operative pain and functioning and length of stay. *Medical Care,. 38(8), 807-819.*

Gittel, J.H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. *International Journal of Human Resource Management,* 11(2), 517-539

Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in and ICU: a combined methods approach. *Intensive & Critical Care Nursing,* 17(5), 294-303.

Graham, J.G. & Barter, K. (1999). Collaboration: A social work practice method. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services,* 80(1), 6-13.

Green, L.W., Richard, L. & Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, (10)4: March/April, 270-281

Griffin, P., El-jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2006). What's the Fuss About? Why Do We Need Healthy Work Environments for Nurses Anyway? *HRResources.ca,* Longwoods Publishing.

Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: *Shifting paradigms in hospital management.* In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences.* Halifax, NS: Fernwood Publishing.

Grinspun, D. (2002). *The Social Construction of Nursing Caring.* Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.

Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, (100) 2: 21-23.

Health Canada (2003). *First Ministers' accord on health care renewal. Retrieved May 5, 2005 from:* www.healthservices.gov.bc.ca/ bchealthcare/publications/health_accord.pdf

Henneman, E, Lee, J, & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.

Hyrkas, K. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2003). Team supervision in multiprofessional teams: team members' descriptions of the effects as highlighted by group interview. *Journal of Clinical Nursing,* 12(2), 188-97.

Institute of Medicine (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses.* National Academies Press, Washington, D.C.: Author

Joanna Briggs Institute. (2005) *A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment*. Prepared for the South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy

Kalisch, B. & Begeny, S. (2005). Improving nursing unit teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 550-556

Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship,* 30(4), 315-321.

Lahey, W. & Currie, R. (2005). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *Journal of Interprofessional*
Care, 1, 197-223

Lengacher, C.A., Mabe, R.R., Heineman, D., VanCott, M.L., Kent, K. Swymer, S. (1997). Collaboration in research: testing the PIPC model on clinical and nonclincial outcomes. *Nursing Connections*, 10(1), 17-30.

Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – *Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge*. 17 November 2004, Markham, ON

Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control,* 30(2), 93-106

Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2003) Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 197-205

Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 299-306.

Moynihan, R. (2004*). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis.* Millbank Memorial Fund. *Retrieved November 22, 2004* from:http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf

Mount Sinai Hospital. (2006). Teamwork competency and defining behaviours. Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork.

National Health and Medical Research Council. (1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Research Council [On-line]. Available: http://www.health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., &. Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine, 346(22), 1715–1722.*

Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care,* 15(4), 275-77.

Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Oandasan, I. & Reeves, S. (May, 2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care, 1, 22-38.*

O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2): 12-16.

Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Reports*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care,* 42(1), 4-12.

Preuss, G. (1997). The structuring of organization information capacity: and examination of hospital care. *Academy of Management Proceedings*.

Purden, M. (2005). Cultural considerations in interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 224-234.

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Developing and Sustaining Nursing Leadership. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.

Romanow, R. (2002). *Building on Values: The future of health care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa. Retrieved December 19, 2005 from: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_final_Report.pdf

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care,* 1, 132-147.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration,* 23(9), 478–85.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Levels of evidence and grades of recommendations in: *A guideline developers' handbook.* Retrieved May 7 2005 from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.htm/#2

Schaefer, H., & Helmreich, R. (1993). *The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). University of Texas Aerospace Crew Research Project Technical Report.* 97-6. Austin, TX: The University of Texas.

Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing,* 20(6), 497-504.

Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., et al. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference. *Medical Care,* 32(5), 508-525.

Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., Randolph, J. (2000) Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1825-33.

Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration,* 31(12), 588–600.

Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research,* 33(4), 71-88.

United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. *Summary, evidence report /technology assessment*. Number 74. Rockville, MD.

Watson, W.E., & Michaelsen, L.K. (1988). Group interaction behaviors that affect group performance on an intellective task. *Group & Organizational Studies,* 13, 495-516.

Watson, W.E., Michaelsen, L.K., & Sharp, W. (1991). Member competence, group interaction and group decision making: A longitudinal study. *Journal of Applies Psychology,* 76, 803-809.

Weiss, S.J. & Davis, H.P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34, 299-304.

Wicke, D., Coppin, R., & Payne S. (2004). Team working in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 197-204

Wild, D., Nawaz, H., Chan, W., Katz, D.L. (2004) Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(1), 63-9

Williams O'Rourke, M., (2003). Rebuilding a professional practice model: The return of role-based practice accountability. *Nursing Administration Quarterly,* 27(2), 95-105

Woodward, C.A, et al. (2004). What is important to continuity in home care? *Social Science and Medicine*, 58, 172-192

Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research,* 11(3), 149–58.

Young, G.J., Charns, M.P., Desai, K., Khuri, S.F., Forbes, B.G., Henderson, W., et al. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes; A study of surgical services. *Health Services Research,* 33(5), 1211-1236.

Zwarenstein, M., Reeves, S., Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care,* 19(suppl. 1), 148-165

Appendice A: Glossario dei Termini

Ambienti di Lavoro Salubri Un ambiente di lavoro salubre per infermieri è un ambito pratico che massimizza la salute ed il benessere degli infermieri, i risultati di qualità per l'assistito e la performance organizzativa.

Collaborazione: collaborazione è il processo del lavorare insieme per costruire consenso su obiettivi, approcci e risultati comuni. È richiesta una comprensione dei propri ed altrui ruoli, rispetto reciproco tra i partecipanti, impegno negli obiettivi comuni, presa di decisioni condivisa, comunicazione efficace delle relazioni e responsabilità sia per gli obiettivi che per i membri del team.[57]

Consenso: un'opinione collettiva fornita da un gruppo di individui che lavorano insieme in circostanze che permettono una comunicazione aperta e supportiva, in modo che ognuno del gruppo ha la convinzione di avere una precisa possibilità di influenzare una decisione e di poterla sostenere con gli altri.

Continuità della cura: Un'implementazione di un piano di cura uniforme e continuo che viene rivisto e modificato per soddisfare i cambiamenti delle esigenze dell'utente. La cura può essere erogata dai vari fornitori di cura, in tempi diversi ed in varie ambientazioni.

Educatore: Una persona che si è distinta per il suo lavoro educativo; una persona o una cosa che istruisce; un insegnante. Reperito l' 11 Ott. 2003 su: http://en.wiktionary.org/wiki/educator

Efficacia del Team: Il risultato del lavoro in team relativo al successo del team nell'incontrare obiettivi comuni identificati dall'insieme degli stessi membri.

Forums interprofessionali: Riunioni quali convegni e simposi e/o meeting e comitati, dove i membri di molteplici discipline sanitarie convergono per condividere la conoscenza, la competenza e la discussione al fine di rinforzare la pratica interdisciplinare.

Infermieri: Tutti gli infermieri professionisti iscritti al Collegio

Lavoro di Team: Lavoro eseguito da un numero di persone con professionalità individuale, che sono responsabili del prendere decisioni individuali, che perseguono uno scopo comune e che si incontrano insieme per comunicare, condividere e consolidare la conoscenza su cui impostare i programmi, influenzare le decisioni e determinare le azioni.[37]

Leadership trasformazionale: Un metodo di direzione in cui gli individui ed i loro leader si impegnano in un processo di scambio che allarga e motiva entrambe le parti a realizzare i più alti livelli di successo, trasformando quindi l'ambiente di lavoro. La leadership trasformazionale si attua dove il leader assume una posizione "utopistica" ed ispira la gente a seguirla.
Reperito il 2 agosto 2006 su:
http://changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformationalleadership.htm

Linee guida di miglior pratica per Ambienti di Lavoro Salubri: Affermazioni sistematicamente sviluppate sulla base dell'evidenza disponibile, per assistere nella presa di decisioni circa le strutture ed i processi idonei a conseguire un ambiente di lavoro salubre.[86]

Meta-analisi: L'uso dei metodi statistici per riassumere i risultati di vari studi indipendenti, quindi fornire più precise valutazioni degli effetti di un intervento o di fenomeni in ambito sanitario che sono derivati dai diversi studi inclusi in un revisione.[87]

Opinione esperta: L'opinione di un gruppo di esperti basata su conoscenza ed esperienza e raggiunta attraverso il consenso.

Paziente/Utente/Assistito: Colui che riceve l'assistenza infermieristica. Sono compresi gli individui (membri familiari, tutor, caregiver sostitutivo), gruppi familiari, popolazioni o intere comunità. In ambito educativo l'utente può essere lo studente, in ambito amministrativo è lo staff, nella ricerca sono i partecipanti allo studio

Professionista: Diverse tipologie di operatori che forniscono al paziente cure preventive, curative e riabilitative.[43]

Relazione/pratica collaborativa: è definita come una unità di impresa o attività cooperativa che assicurano il compiacimento di partecipare. Questa relazione comprende pianificazione e decisionalità condivise, basate sulla conoscenza ed esperienza piuttosto che sul ruolo e sul titolo.[58]

Revisione critica (CRs): una prova basata sulla scienza (per esempio, sull'individuazione e sulla lettura della letteratura su un topico e sull'aggiunta delle proprie argomentazioni e giudizi considerati a questo proposito). Reperito il 2 Agosto 2006 su:
http://www.psy.gla.ac.uk/~steve/resources/crs.html#What

Revisione integrativa Il processo di revisione integrativa comprende (1) la formulazione del problema, (2) la raccolta dati o la ricerca della letteratura, (3) la valutazione dei dati, (4) l'analisi dei dati, (5) l'interpretazione e la presentazione dei risultati. Reperito il 2 Agosto 2006 su:
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4117/is_200503/ai_n13476203

Revisione sistematica: Applicazione di un rigoroso metodo scientifico alla preparazione di una recensione.[90] Le revisioni sistematiche stabiliscono dove gli effetti della cura sanitaria sono costanti, dove i risultati della ricerca possono essere applicati alle popolazione, all'ambiente di lavoro ed alle differenze nel trattamento e dove gli effetti possono variare significativamente. L'uso dei metodi espliciti e sistematici nelle revisioni limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti casuali, fornendo così risultati più certi su cui disegnare la conclusione e prendere le decisioni.[87]

Ricerca Qualitativa: Metodi di raccolta ed analisi dei dati che non sono quantitativi. La ricerca qualitativa usa un certo numero di metodologie per ottenere i dati osservando o intervistando i partecipanti al fine di comprendere le loro prospettive, visione del mondo o esperienze

Studi descrittivi correlazionali: Esaminare e descrivere come le variabili sono collegate l'una all'altra e sono usate per fare previsioni a partire dalle circostanze attuali per arrivare alle future. Reperito il 2 Agosto 2006 su:
http://www.chiron.valdosta.edu/whuitt/edpsyppt/Intro/researchg.ppt
http://www.ualberta.ca/~carmen/212a1/Chapter6final.ppt

Team: Un numero di persone associate insieme nel lavoro o nelle attività. (Dizionario on line Merriam-Webster: Reperito il 2 Agosto 2006 su: http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary)

Team Infermieristico: Il team infermieristico è un gruppo di infermieri che lavorano orientati verso un obiettivo comune.

Teams interprofessionali: Molteplici discipline sanitarie con conoscenze ed abilità diverse, che condividono un insieme integrato di obiettivi e che utilizzano la collaborazione interdipendente comprendente la comunicazione, la compartecipazione della conoscenza e la coordinazione dei servizi per fornire i servizi ai pazienti ed ai loro sistemi di care-giving.[63]

Appendice B: Processo di sviluppo della Linea guida

Nel maggio 2004, RNAO ha convocato un panel di infermieri con esperienza nella pratica, nella ricerca, nella politica, nella formazione e nell'amministrazione, che rappresentavano un ampio raggio di specialità infermieristiche, di ruoli e di ambiti pratici.
Il panel, nello sviluppare la linea guida di miglior pratica, ha preso in considerazione i seguenti punti:

- Lo scopo della linea guida è stato identificato e definito attraverso un processo di discussione e consenso
- Le domande della ricerca messe a fuoco sono state sviluppate per guidare il processo di revisione della letteratura. Queste includono:
  - Quali sono i processi e le caratteristiche di un team infermieristico che supporta un ambiente di lavoro salubre?
  - Quale influenza hanno il processo e la composizione del team sulla collaborazione all'interno del team infermieristico e sulla creazione di ambienti di lavoro salubri che portano a risultati desiderabili per utenti, infermieri, organizzazione o sistema?
- Un modello concettuale basato sull'evidenza è stato sviluppato per organizzare concetti e contenuti all'interno della linea guida.
- La ricerca di termini rilevanti per lo sviluppo ed il sostegno della pratica collaborativa attraverso i teams infermieristici è stata trasmessa dal Joanna Briggs Institute per condurre un'ampia revisione della letteratura.
- Un protocollo che include i molteplici obiettivi messi a fuoco è stato sviluppato per guidare il Joanna Briggs Institute nel condurre una revisione sistematica della letteratura. Gli obiettivi della revisione erano di identificare la relazione tra:
  - I processi del team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre
  - Le caratteristiche (specifiche, ma non in senso limitativo, di comunicazione, coordinazione e collaborazione) del team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre
  - La struttura e la composizione di un team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre
- Letteratura addizionale è stata cercata dai membri del panel

Appendice C: Processo di Revisione sistematica della letteratura sulla Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici completato da Joanna Briggs Institute

1. **Ampia revisione della letteratura usando le parole chiavi associate al vasto topico della leadership condotta su:**
   - CINAHL
   - Embase
   - Medline;
   - PsychInfo

2. **Sviluppo di un protocollo per dirigere una revisione che identifichi:**
   - I processi di un team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre
   - Le caratteristiche (specifiche, ma non limitate a, la comunicazione, la coordinazione e la collaborazione) del team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre
   - La struttura e la composizione di un team infermieristico e la creazione di un ambiente di lavoro salubre

3. **I termini di ricerca identificati includono:**
   - Attitudini
   - Cura infermieristica collaborativa
   - Conflitto nei teams infermieristici
   - Processi di cura critici (critical care pathway) e sviluppo del team
   - Presa di decisioni
   - Diversità nel contesto del team
   - Dinamiche all'interno e tra i teams
   - Ruoli infermieristici interprofessionali e team mix
   - Inter-settoriale
   - Inter-team
   - Relazioni interdisciplinari
   - Relazioni interprofessionali
   - Team interprofessionali
   - Team di cura multidisciplinare
   - Infermiere
   - Relazione infermiere-medico
   - Formazione infermieristica e team
   - Dinamiche di team infermieristico
   - Team infermieristico e critical pathway
   - Risultati dell'organizzazione
   - Risultati della valutazione
   - Risultati della ricerca
   - Risultati dei pazienti
   - Percezione
   - Nursing primaria e nursing di team
   - Designazione professionale
   - Qualità della cura
   - Qualità della vita lavorativa
   - Reclutamento

- Trattenimento
- Differenziazione dei ruoli, funzioni infermieristiche e team
- Mix delle abilità e lavoro in team
- Sviluppo del team
- Funzioni del team
- Modelli del team
- Processi del team
- Team infermieristico
- Struttura del team
- Addestramento ed educazione del team
- Lavoro in team
- Passaggio dell'infermieri studente da debuttante ad esperto
- Ambiente di lavoro

5. **La strategia di ricerca ha cercato di trovare studi e lavori pubblicati e non, limitati alla lingua inglese. E' stata intrapresa una di ricerca iniziale limitata a MEDLINE e CINAHL, conseguita con l'analisi delle parole del testo, contenute nel titolo e nell'abstract, e dei termini indicizzati usati per descrivere l'articolo. Una ricerca di secondo livello usando tutte le parole chiave ed i termini indicizzati è stata intrapresa usando i termini di ricerca sotto riportati.**

La ricerca sui database di secondo livelli comprende:

- ABI Inform (al gennaio 2005)
- CINAHL (dal 1982 to al gennaio 2005)
- Cochrane Library (al gennaio 2005)
- Current Contents (al gennaio 2005)
- Econ lit (al gennaio 2005)
- Embase (da 1980 al gennaio 2005)
- ERIC (al gennaio 2005)
- MEDLINE (dal 1966 al gennaio 2005)
- OVID Medline (in Corso ed altre Citations non-indicizzate)
- PubMed (al gennaio 2005)
- PsychINFO (dal 1985 al gennaio 2005)
- Sociological Abstracts (al gennaio 2005)

La ricerca di studi non pubblicati comprende:

- Dissertation Abstracts International (al gennaio 2005)

6. **Gli studi identificati durante la ricerca sui databases sono stati valutati per la rilevanza della revisione basata sull'informazione contenuta nel titolo e nell'abstact. Tutti i documenti che sono sembrati incontrare i criteri di inclusione sono stati ripresi e nuovamente valutati per la rilevanza dell'obiettivo della revisione.**
7. **Gli studi identificati che hanno incontrato i criteri di inclusione sono stati raggruppati in tipologie di studi (per esempio: sperimentale, descrittivo, ecc.).**
8. **I documenti sono stati valutati da due revisori indipendenti per la qualità metodologica prima di includerli nella revisione usando un adeguato strumento di critical appraisal tratto dal pacchetto SUMARI (System for the Unified Management, Assessment and Review of Information) che è un software appositamente costruito per gestire, valutare, analizzare e sintetizzare i dati).**

I disaccordi tra i revisori sono stati risolti attraverso la discussione e, se necessario, con il coinvolgimento di un terzo revisore.

Risultati della revisione

Nella revisione sono stati inclusi 24 documenti. Ci sono nove studi sperimentali/quasi sperimentali. 11 studi descrittivi, quattro studi qualitativi. La revisione esamina l'impatto delle strutture, dei processi e delle caratteristiche del team sui risultati dei pazienti, degli infermieri e dell'organizzazione. Sono state indagate molteplici strutture di team compresi l'interprofessionale, la nursing primaria, il team infermieristico, inoltre modelli multi-disciplinari ed un modello di partners nella cura.

La revisione ha dato origine alle seguenti raccomandazioni relative alla pratica:

- il funzionamento del team può essere migliorato coinvolgendo lo staff nello sviluppo ed implementazione delle politiche;
- un approccio coordinato all'erogazione della cura ottiene migliori risultati per il paziente, per lo staff e per l'organizzazione;
- è necessario istituire specifiche misure di risultato per valutare il lavoro in team; e
- le caratteristiche del team, che promuovono risultati positivi, comprendono la responsabilità, l'impegno, l'entusiasmo, la motivazione, il supporto sociale, la riduzione del conflitto e la comunicazione efficace.

La revisione fornisce le seguenti raccomandazioni relative a future iniziative di ricerca:

- l'impatto della struttura, dei processi e delle caratteristiche del team sui risultati oltre che sulla soddisfazione richiede ulteriori indagini; e
- l'impatto finanziario della struttura e dei processi del team richiede ulteriori indagini.

Appendice D: Misure dei concetti relativi al Modello di Pratica Collaborativa tra i Teams Infermieristici

STRUMENTI DI MISURA MULTIDIMENSIONALI	STRUMENTI DI MISURA SPECIFICI DEL CONCETTO DI TEAM
▪ Caregiver Interaction Questionnaire[91] ▪ Group Interaction Scale[92, 93] ▪ Team Climate Inventory[94] ▪ Operating Room Management Attitudes Questionnaire[95]	▪ Relational Coordination[51, 69] ▪ Coordination Approach Scale[96] ▪ Collaborative Practice Scales[59] ▪ Decision about Transfer Scale[97]

Note:

NOVEMBER 2006

RNAO

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Healthy Work Environments
Best Practice Guidelines

Collaborative Practice Among Nursing Teams

Made possible by funding from the Ontario Ministry of Health and Long Term Care

Developed in partnership with Health Canada, Office of Nursing Policy

A cura di Paolo Chiari e Luciana Modena
Centro Studi EBN
Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia
www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it
servinf@aosp.bo.it

ISBN
0-920166-77-6

Ontario