

# I team multidisciplinari in sanità: evidenze da un'analisi nazionale

Roberta Laurita\*

Le attuali caratteristiche demografiche hanno richiesto un adeguamento nell'offerta dei servizi sanitari e nei modelli organizzativi adottati dalle strutture all'interno del sistema sanitario nazionale. In particolare, si è assistito all'integrazione dei diversi livelli assistenziali e dei professionisti attraverso la costituzione di reti cliniche e di équipe multidisciplinari. Numerosi studi hanno evidenziato l'impatto positivo del lavoro in team, in termini di qualità di cure e sopravvivenza, non nascondendo però la presenza di ostacoli e inefficienze all'interno del sistema organizzativo in cui questi operano. La presente analisi si pone quale obiettivo quello di offrire una fotografia delle modalità operative di 22 team multidisciplinari attivi sul territorio nazionale.

**Parole chiave:** team multidisciplinari, sanità, cure oncologiche, modelli organizzativi, percorsi clinici integrati, qualità di cura.

## Multidisciplinary teams in healthcare: Evidence from a national study

*In recent years, current characteristics of the Italian population required organizational changes and adjustments in*

\* Roberta Laurita, Dipartimento di Economia e Management dell'Università di Trento.

*providing healthcare services. The introduction of a holistic approach in the management of the patient has been enhanced by the integration of care, first through the construction of clinical networks and subsequently through the establishment of multidisciplinary teams. Numerous studies have shown the positive impact on the quality of care coming from the use of teams. However, these studies do not hide the presence of obstacles and inefficiencies within the organizational system in which the teams operate. This analysis aims to offer a snapshot of the operating methods and characteristics of 22 multidisciplinary teams active on the national territory.*

**Keywords:** multidisciplinary teams, healthcare, cancer care, organizational model, clinical network, quality of care.

Articolo sottomesso: 12/04/2022, accettato: 06/02/2023

## 1. Introduzione

Le correnti caratteristiche dei sistemi sanitari e le modifiche nel quadro socio-sanitario italiano rendono necessario l'utilizzo di un approccio olistico del paziente attraverso modalità di lavoro in gruppo e l'implementazione di forme organizzative decentralizzate (Mascia, Morandi e Cicchetti, 2014). Il fine ultimo è quello di superare la

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Background
3. Disegno dello studio
4. Risultati
5. Discussione
6. Implicazioni manageriali
7. Limiti e sviluppi futuri
8. Conclusioni

frammentazione dell'assistenza sanitaria rispondendo in maniera efficace ed efficiente alle criticità del sistema attraverso l'integrazione delle cure e il lavoro in gruppo (Ottevanger *et al.*, 2013). L'obiettivo è quello di rispondere alla maggiore specializzazione dell'attività medica attraverso un interscambio di conoscenze e competenze tra i professionisti garantendo una migliore qualità e continuità di cura al paziente (Hong *et al.*, 2010).

Uno dei principali cambiamenti strutturali che ha riguardato l'organizzazione delle strutture ospedaliere all'interno del sistema sanitario italiano è stata l'introduzione della logica dipartimentale per far fronte alla frammentazione dell'assistenza sanitaria e alla razionalizzazione della spesa (Braithwaite *et al.*, 2006). Il modello dipartimentale ha sostenuto per un lungo periodo i processi di specializzazione delle attività ospedaliere evidenziando l'importanza del sapere specialistico (Lega e Mengoni, 2008; Cicchetti e Lomi, 2000). Negli ultimi anni, i cambiamenti nelle caratteristiche della popolazione hanno richiesto l'introduzione dei gruppi trasversali a uno o più dipartimenti e, in particolare, l'implementazione del modello ospedaliero per intensità di cura disegnato sui bisogni del paziente (Torri *et al.*, 2019). Nel dettaglio, il cambiamento ha riguardato anche il ruolo assunto dai diversi professionisti dando la possibilità di valorizzare le proprie competenze contribuendo alla creazione del piano terapeutico del paziente operando all'interno di un team multidisciplinare (Martin *et al.*, 2022). Il modello per intensità di cura ha permesso, infatti, di conservare i vantaggi del modello dipartimentale recuperando la centralità del paziente attra-

verso la presenza di gruppi di lavoro costituiti da professionisti sanitari con diverse specializzazioni. In tale contesto, la discussione attiva dei casi clinici e la frequenza prestabilita delle riunioni multidisciplinari sono finalizzate a definire, insieme, la diagnosi e il trattamento più appropriato (Ndoro, 2014). Oggi, il lavoro in équipe multidisciplinari rappresenta un elemento basilare all'interno del percorso diagnostico terapeutico assistenziale di ogni singola patologia (Sibbald *et al.*, 2020). Il passaggio da un modello sequenziale di presa in carico del paziente a un modello di gestione integrata, oltre a migliorare la diagnosi e la cura del paziente stesso, evita un importante spreco di risorse e di tempo riducendo il carico assistenziale e promuovendo la velocizzazione delle scelte diagnostiche-terapeutiche (Bousquet *et al.*, 2011). La letteratura scientifica disponibile ha dimostrato come l'utilizzo dei team multidisciplinari sia in grado di apportare un impatto positivo in termini di qualità di cura e sopravvivenza (Taylor *et al.*, 2010; Lamb *et al.*, 2013). Tuttavia, la presenza di nuovi e innovativi trattamenti e l'aumento della complessità dei casi mettono continuamente a dura prova i professionisti sanitari. L'approccio multidisciplinare resta ancora una "sfida" che richiede un attento coordinamento delle professionalità nel percorso di cura del paziente, un processo decisionale efficace, una buona comunicazione e una partecipazione attiva delle parti interessate, compresi i pazienti (Fennell *et al.*, 2010). Le ricerche prodotte sino a oggi sono ricche di evidenze sulle modalità attraverso cui migliorare le performance dei team favorendo la diffusione delle conoscenze tra i professionisti. Tuttavia,

nonostante la presenza di questi studi, sembra chiara l'esistenza di inefficienze legate alle modalità operative dei team multidisciplinari (Weller, Boyd e Cumin, 2014). Infatti, dalle indagini condotte emerge la presenza di ostacoli all'interno del sistema organizzativo in cui i team operano (Kane, Luz e Toussaint, 2013). Weller e colleghi (2014) hanno identificato gli effetti che potenziali barriere organizzative possono avere sulle performance del team: si pensi, per esempio, alla dislocazione geografica dei professionisti che rende necessaria non solo l'adozione di modalità lavorative ibride ma anche l'utilizzo di strumenti in grado di supportare la comunicazione e la condivisione di informazioni anche a distanza. Inoltre, non è da sottovalutare l'aumento dei casi clinici, e quindi del carico di lavoro dei team multidisciplinari, che assume un impatto significativo sulle modalità operative: la discussione dei casi all'interno delle riunioni multidisciplinari richiede un numero adeguato di risorse e una preparazione appropriata da parte dei professionisti (e.g., preparazione delle informazioni cliniche, raccolta degli esami diagnostici condotti ecc.) (Soukup *et al.*, 2020; Taylor *et al.*, 2012). Per tali ragioni, favorire un'alta partecipazione ai meeting e incentivare il lavoro in team risulta, quindi, cruciale per raggiungere alti livelli di performance. Ma in che modo le infrastrutture organizzative in cui i team operano possono promuovere il lavoro in team e la collaborazione tra i professionisti? Qual è oggi lo stato dell'arte nelle strutture ospedaliere italiane? Sebbene siano numerosi gli studi che analizzano l'efficacia dei team multidisciplinari in sanità, vi sono poche evidenze in merito agli aspetti che carat-

terizzano le modalità di svolgimento del lavoro in team, le riunioni multidisciplinari e le risorse necessarie per garantire la corretta discussione tra i professionisti coinvolti (Maharaj *et al.*, 2021). Oggi, i team multidisciplinari in sanità costituiscono una best practice (Merién *et al.*, 2010) e i potenziali benefici sono chiari alla comunità scientifica (Fleissig *et al.*, 2006). Tuttavia, per far sì che il lavoro in team raggiunga il suo massimo potenziale, è fondamentale identificare i fattori che facilitano e/o ostacolano le performance dei team. A tal fine, Zajac e colleghi (2021) hanno evidenziato la mancanza di studi *evidence-based* finalizzati a comprendere nel dettaglio le principali sfide affrontate oggi dai team multidisciplinari. Sebbene a livello internazionale siano numerosi gli studi che analizzano i team ed evidenziano i principali gap da analizzare, a livello nazionale non sembrano esserci studi finalizzati a fornire un'istantanea aggiornata sulla diffusione e sulle caratteristiche organizzative dei team multidisciplinari. In aggiunta, la pandemia da Covid-19, che ha caratterizzato questi ultimi anni, ha messo a dura prova i sistemi sanitari richiedendo l'adozione di nuovi modelli organizzativi da parte delle strutture sanitarie e l'implementazione di nuove pratiche di lavoro per i team (Heath *et al.*, 2020). L'obiettivo del presente studio è, dunque, quello di offrire una fotografia delle modalità operative e di alcune caratteristiche relative ai team multidisciplinari attivi sul territorio nazionale offrendo alcuni suggerimenti pratici per il miglioramento di tali strumenti.

## 2. Background

Il sistema sanitario italiano (SSN) fu istituito nel 1978, seguendo un model-

lo simile al NHS britannico, e fornisce una copertura universale attraverso un sistema a pagamento unico. Il governo centrale italiano determina i pacchetti di benefici principali e sovrintende alla copertura di base fornita all'intera popolazione, mentre ogni regione è responsabile dell'amministrazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari di comunità per i suoi residenti. All'inizio degli anni Novanta, il SSN ha intrapreso i primi passi verso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi volti a migliorare la qualità e l'efficienza dell'erogazione dei servizi. Questa ristrutturazione sanitaria ha introdotto un quadro istituzionale di quasi mercato, stimolando la concorrenza tra strutture pubbliche, aumentando il loro livello di autonomia e responsabilità (Anessi-Pessina e Cantù, 2006). Nel 1999 con il completamento della riorganizzazione del sistema sanitario nazionale vengono ridefiniti i principi di tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e i LEA ovvero livelli essenziali di assistenza.

### 2.1. Le reti cliniche in sanità

I modelli organizzativi adottati all'interno dei sistemi sanitari ambiscono a garantire la presa in carico del paziente distribuendo responsabilità organizzative, tecnologie, risorse e competenze intorno al percorso di cura del paziente stesso. In generale, si fa riferimento all'espressione "clinical network" per indicare forme di coordinamento tra organizzazioni e professionisti che permettono la condivisione di conoscenze, come nel caso dei "managed clinical networks" promossi dall'NHS inglese sin dal 2002 (Addicott *et al.*, 2006). In tale ottica, per rispondere all'aumento delle patologie croniche, all'invecchia-

mento della popolazione e alla scarsità di risorse economiche e finanziarie, a partire dal D.M. n. 70 del 2015 in Italia ha inizio la rimodulazione della rete ospedaliera.

Infatti, il decreto ministeriale n. 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha indirizzato le Regioni verso la costruzione di reti cliniche e la gestione attraverso i PDTA nell'ottica di promuovere la presenza di processi coordinati, elaborati secondo le regole *evidence-based*, finalizzati a ottenere un appropriato coordinamento nell'assistenza del paziente. Con la riprogettazione delle reti, l'obiettivo è quello di favorire l'integrazione tra strutture di ricovero garantendo una maggiore sicurezza e qualità delle prestazioni, incrementando l'accessibilità ai servizi a tutti i cittadini e rispondendo in maniera proattiva ai cambiamenti nei bisogni assistenziali (Edwards, 2002). Questo tema è divenuto uno degli argomenti centrali nell'agenda dei policy maker. In particolare, si è assistito alla concentrazione delle tecnologie più costose e di una casistica più complessa trasferendo presso gli ospedali di prossimità alcune tecnologie e tipologie di intervento standardizzate eseguibili anche all'interno di strutture con un basso numero di casi (Prencastini *et al.*, 2011).

Il concetto di organizzazione a rete, infatti, concepisce la rete ospedaliera come composta da una serie di nodi legati tra di loro. Tra i modelli organizzativi prevalentemente implementati per la riprogettazione della rete ospedaliera vi è il modello "hub & spoke". Quest'ultimo si caratterizza per essere articolato su due livelli: 1. centri hub,

ospedali di riferimento caratterizzati dalla presenza di alta specializzazione che garantiscono maggiore intensità assistenziale e nei quali vengono concentrati i casi più complessi; 2. centri spoke, presidi ospedalieri che garantiscono l'attività di emergenza e urgenza, la specialistica di bassa e media complessità e i servizi di diagnosi e cura (Roney, 2012).

2.2. Il team multidisciplinare quale strumento di integrazione all'interno della rete

Indipendentemente dalla forma di coordinamento interorganizzativo prescelta per ottenere l'integrazione di competenze professionali, nell'ambito dei singoli centri di assistenza esistono delle esigenze di coordinamento operativo richieste per la giornaliera presa in carico dei pazienti.

Mintzberg (1981) ha definito l'organizzazione come composta da persone e da risorse, materiali e immateriali, connesse e coordinate tra di loro che operano per il raggiungimento di un obiettivo comune. L'organizzazione, dunque, rappresenta l'insieme delle modalità con cui viene suddiviso il lavoro e con cui ne viene realizzato il coordinamento. Tra i meccanismi di coordinamento individuati da Mintzberg e utilizzati in organizzazioni complesse particolare rilevanza è assunta dal lavoro in team.

Tradizionalmente il settore sanitario è stato caratterizzato dalla presenza di team unidisciplinari operanti all'interno dei reparti ospedalieri e composti da professionisti con conoscenze e compiti clinici molto simili. I cambiamenti nelle caratteristiche della popolazione, i progressi tecnologici e la possibilità di personalizzare i piani terapeutici dei pazienti (e.g., terapie

target e molecolari) hanno aumentato notevolmente il bisogno di interazione e comunicazione tra i professionisti sanitari coinvolgendo diverse aree di competenza ed enfatizzando la necessità di team sempre più interdisciplinari. Nonostante i team multidisciplinari siano in rapida diffusione, in Italia non sono istituzionalizzati. L'unica eccezione è rappresentata dalle *Breast Unit*. All'interno di queste unità, infatti, la presa in carico delle pazienti è affidata a una équipe di specialisti.

Il lavoro in team è stato definito da Xyrichis e Ream (2008) come "un processo dinamico che coinvolge due o più professionisti nell'ambito della salute con formazione e competenze complementari che condividono obiettivi comuni per la salute. Ciò è integrato da collaborazione interdisciplinare, comunicazione aperta e condivisione dei processi decisionali. L'obiettivo ultimo è generare valore aggiunto per il paziente e per l'organizzazione".

I team multidisciplinari in sanità dovrebbero essere utilizzati in risposta a problemi complessi difficili da risolvere individualmente per cui è necessaria un'interdipendenza tra i diversi compiti dei professionisti coinvolti. Inoltre, la composizione eterogenea dei gruppi di lavoro dovrebbe favorire una migliore e tempestiva risoluzione dei task (Zajac *et al.*, 2021). La letteratura scientifica disponibile riporta alcuni dei processi considerati cruciali per il raggiungimento di migliori performance da parte del team, tra questi vi sono: la definizione di obiettivi chiari e condivisi (West e Sacramento, 2012); la presenza di una leadership forte che incoraggi la partecipazione e l'innovazione all'interno del team (West, 2003); l'attenzione verso le

dinamiche interne e la soddisfazione dei professionisti (Kaini, 2015); l'orientamento alla riflessione circa l'idoneità e l'allineamento degli obiettivi del team con le esigenze dei pazienti e con le principali sfide organizzative (Tjosvold *et al.*, 2004). La collaborazione e il lavoro in gruppo sono facilitati da diversi fattori, largamente studiati negli ultimi anni. Le attitudini, i valori individuali, la capacità di apprendere da altri professionisti, il mutuo rispetto e la coesione sociale del team hanno un impatto sicuramente importante su questa modalità di lavoro. D'altra parte, i fattori organizzativi, e quindi la presenza di incentivi da parte della struttura a supporto del lavoro in gruppo, i fattori fisici, ambientali e la tecnologia costituiscono gli strumenti che rendono possibile la collaborazione e la comunicazione tra i professionisti (Patel *et al.*, 2008; Matziou *et al.*, 2014; Wilson *et al.*, 2016). Infatti, la promozione del lavoro in team, attraverso lo sviluppo di determinate skill individuali, deve prescindere dalla presenza di infrastrutture adeguate che permettano ai professionisti di lavorare in gruppo. In letteratura non esistono regole rigide in merito alla dimensione del team multidisciplinare: quest'ultima può variare a seconda dei contesti e dell'obiettivo del team. Diversi studi scientifici suggeriscono di implementare, all'interno delle organizzazioni, team di piccole dimensioni (Useem, 2006) per evitare problemi di inerzia sociale (Liden *et al.*, 2004). Cox, Pearce e Sims (2003) in uno studio hanno evidenziato come con l'aumentare della dimensione diminuisca la possibilità di instaurare relazioni solide e durature tra i membri del gruppo. Nonostante ciò, i team di maggiori dimensioni

sono ritenuti potenzialmente più produttivi e in grado di sviluppare soluzioni innovative rispetto ai team di dimensioni più piccole, in quanto riuniscono al loro interno diverse risorse, competenze e conoscenze (Moser, Dawson e West, 2019). È fondamentale, quindi, che nella fase di composizione del team si tenga in considerazione l'impatto che l'aumento della dimensione può avere sui cambiamenti qualitativi: la presenza di numerosi professionisti rende complicata e difficile la gestione delle interazioni tra questi ultimi impattando negativamente sulla soddisfazione e la coesione dei membri (Bell *et al.*, 2018).

Come riportato nell'analisi svolta da Prades e colleghi (2015), il team multidisciplinare è costituito da una componente core, composta da professionisti direttamente coinvolti nella gestione della patologia, e da un set di professionisti di supporto convocati a seconda delle caratteristiche del caso. In sanità e nei settori knowledge intensive i team si caratterizzano per l'alta eterogeneità dei partecipanti finalizzata a rispondere a patologie complesse, come per esempio quelle oncologiche. In tal caso, infatti, il core team è composto da: chirurgo, oncologo, radiologo, patologo, specialista medico e infermiere case manager.

Nel corso della riunione multidisciplinare i professionisti elaborano un piano di cura personalizzato sui bisogni del paziente. La discussione dei casi gioca un ruolo rilevante durante le riunioni del team multidisciplinare in quanto finalizzata a elaborare il piano terapeutico attraverso la partecipazione attiva e la condivisione di best practice tra i membri del team (Soukup *et al.*, 2018). D'altra parte, per favorire queste condizioni è

necessaria la presenza di un'infrastruttura adeguata in termini di spazi fisici in cui svolgere le riunioni multidisciplinari, e disponibilità di tecnologie e attrezzature (Taylor *et al.*, 2010). Infatti, le tecnologie e i programmi a supporto delle decisioni del team risultano rilevanti per il corretto funzionamento del team stesso. Uno studio condotto da Maharaj e colleghi (2021) ha evidenziato come la percezione del valore e dell'efficienza dei team multidisciplinari sia legata alla presenza di un'organizzazione che supporti e incentivi tale pratica. In aggiunta, gli investimenti effettuati dalle organizzazioni in termini di nuove tecnologie sono ritenuti importanti facilitatori per la comunicazione inter e intraorganizzativa (Nooshinfard e Nemati-Anaraki, 2014).

### 2.3. La pandemia da Covid-19

A partire da marzo 2020 la pandemia da Covid-19 ha richiesto cambiamenti rapidi e significativi da parte delle strutture sanitarie: cambiamenti infrastrutturali finalizzati a migliorare le misure di prevenzione e controllo delle infezioni, e cambiamenti nella gestione del personale sanitario. In particolare, durante la pandemia sono emerse diverse difficoltà legate alla gestione e riconversione del personale sanitario. Il ridimensionamento della forza lavoro, già considerato cruciale in circostanze normali, è stato causa di enorme stress e difficoltà per i professionisti (Stirpe, Profili e Sammarra, 2022). In tale contesto, i team multidisciplinari hanno subito importanti cambiamenti nella composizione e, indirettamente, nella ridefinizione di ruoli e responsabilità (Sykes e Pandit, 2021). Per favorire la continuità nella

comunicazione e nella collaborazione tra i professionisti sanitari, dislocati o non fisicamente presenti all'interno della stessa struttura, le organizzazioni sanitarie hanno implementato al loro interno nuove tecnologie. Durante la pandemia da Covid-19, infatti, si è assistito allo svolgimento da remoto di molte riunioni multidisciplinari. In origine, la maggior parte di questi incontri si svolgeva all'interno di una stessa stanza coinvolgendo professionisti con diversa formazione e consentendo in questo modo stesse modalità di contribuzione e partecipazione. Tuttavia, la necessità di distanziarsi socialmente e la presenza di normative adottate dagli organi di governo nazionali e regionali hanno fatto sì che lo svolgimento di pratiche di lavoro virtuali/da remoto diventasse una pratica comune, e in breve tempo le modalità di lavoro dei team e dei suoi partecipanti si sono evolute (Currie, Kennedy e Chetty, 2021). L'implementazione di queste nuove pratiche di lavoro ha evidenziato punti di forza e di debolezza da non sottovalutare: dapprima l'utilizzo ottimale di tali tecnologie ha richiesto ai professionisti sanitari lo sviluppo di specifiche skill e abilità che dovrebbero essere incentivate dalle organizzazioni attraverso appositi momenti di training; in aggiunta, l'immediata disponibilità di informazioni cliniche e una comunicazione più rapida tra i professionisti hanno permesso di velocizzare l'intero percorso di cura anche attraverso la combinazione di modalità di lavoro face-to-face e virtuali; infine, per lo svolgimento ottimale di queste nuove modalità di lavoro si è rivelata cruciale la presenza di strumenti e infrastrutture (e.g., computer e postazioni) all'interno delle organizzazioni stesse.

### 3. Disegno dello studio

L'obiettivo dello studio è stato raggiunto attraverso lo sviluppo di un'indagine quali-quantitativa che ha visto coinvolti 22 team multidisciplinari diffusi sul territorio nazionale. La raccolta dati è avvenuta attraverso la somministrazione di un questionario indirizzato ai responsabili dei suddetti team. Questi ultimi sono stati individuati precedentemente attraverso un'analisi desk (e.g., siti aziendali, documenti regionali) cui è seguita la presentazione del progetto e degli obiettivi dello studio e, qualora interessati, l'invio della survey. Il questionario è stato distribuito ai partecipanti in formato cartaceo ed elettronico al fine di facilitare il processo di raccolta dati tra le strutture presenti all'interno del panorama nazionale. In totale, sono stati contattati 33 responsabili di team multidisciplinari, di questi ultimi 22 hanno accettato di partecipare allo studio (66%). La suddetta analisi è stata condotta nell'arco di 2 mesi, da gennaio 2021 a febbraio 2021. Il questionario semistrutturato, elaborato con l'obiettivo di analizzare le modalità operative dei team, ha incluso domande a risposta aperta con l'obiettivo di permettere ai rispondenti di articolare, giustificare e contestualizzare le proprie risposte. Questa metodologia, infatti, è da preferirsi nel caso di studi qualitativi o esplorativi al fine di permettere ai ricercatori di avere una visione olistica delle tematiche oggetto di studio (Allen, 2017). Il questionario è stato articolato dalle seguenti domande: 1. Con che frequenza avvengono gli incontri del team multidisciplinare? 2. In media, quanti casi vengono discussi in ogni riunione? 3. È previsto un verbale

della discussione? 4. Le decisioni prese in sede di meeting (ricoveri, esami...) sono immediatamente operative? Se no, quali sono i principali ostacoli? 5. È prevista una valutazione successiva del paziente? Se sì, in che casi? 6. Il centro di cui fa parte è un centro hub o un centro spoke? 7. Indichi cortesemente il numero di casi annuali trattati dal team di cui è responsabile. 8. È previsto l'utilizzo di piattaforme per la collaborazione clinica?

I dati a disposizione sono stati analizzati attraverso un'analisi descrittiva considerando la frequenza degli incontri, il numero di casi discussi durante ciascuna riunione multidisciplinare, la presenza di verbali redatti al termine della riunione, eventuali ridiscussioni di casi, il numero di casi trattati annualmente dal team, la presenza di software/piattaforme per la collaborazione clinica e la tipologia di struttura.

### 4. Risultati

#### 4.1. Il campione

Il campione dell'analisi è composto da 22 medici responsabili di team multidisciplinari operanti all'interno di 14 strutture ospedaliere distribuite sul territorio nazionale.

La tipologia di team che ha preso parte all'indagine è riportata in Tab. 1. Dalla suddetta tabella è evidente che la maggior parte dei team sia legata alla gestione di patologie oncologiche. Infatti, la maggior parte dei rispondenti risulta parte di Breast Unit, istituzionalizzate attraverso un documento ministeriale. Il 13% dei rispondenti opera all'interno di team che si occupano della gestione di tumori polmonari, il 9% di tumori ginecologici, il 9% di carcinoma del

**Tab. 1** – Tipologia di team

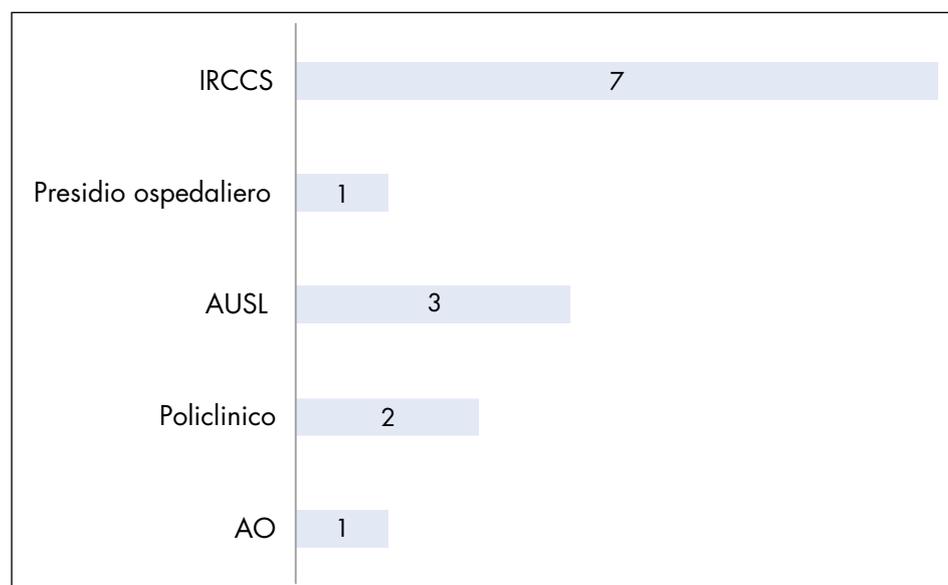
Tipologia di team multidisciplinare	
<i>Disease management team</i> (n. = 22)	
Breast Unit	8 (36%)
Grandi ustioni	1 (5%)
Colon-retto	2 (9%)
Fegato	2 (9%)
Linfomi	1 (5%)
Oncologia pediatrica	1 (5%)
Oculistica	1 (5%)
Polmone	3 (13%)
Tiroide	1 (5%)
Ginecologico	2 (9%)

colon-retto, il 5% di carcinoma oculare, il 5% di tumori pediatrici, il 5% di linfomi e grandi ustioni.

I team analizzati sono composti in media da 12 partecipanti (min. 7, max. 20) con specializzazioni differenti e tra loro complementari (es. oncologo, radioterapista, anatomopatologo, medico chirurgo, infermiere, radiologo, specialista medico). Le strutture coinvolte nell'indagine sono per la maggior parte istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, seguiti da Aziende Unità Sanitarie Locali, Policlinici Uni-

versitari, un'azienda ospedaliera e un presidio ospedaliero (Fig. 1).

4.2. Il modello organizzativo prevalente  
La prevalenza di team multidisciplinari oncologici evidenzia l'importanza dell'integrazione delle cure per le patologie croniche che necessitano dell'integrazione di risorse e professionisti. Spesso questi team operano all'interno di reti adottando diversi modelli organizzativi. I team multidisciplinari oggetto dello studio fanno parte nel 70% dei casi di una struttura hub, nel 7% di una struttu-

**Fig. 1**  
Strutture sanitarie

**Tab. 2** – Tipologia di struttura

Tipologia di struttura	Percentuale
Hub	70%
Spoke	7%
Altro modello organizzativo	23%

ra spoke e nel 23% di strutture che, al momento, non adottano il modello organizzativo hub & spoke (Tab. 2).

**4.3. Il funzionamento del team**

Come riportato nella Fig. 2, all'interno di ciascun meeting vengono discussi in media 11 casi (min. 2, max. 35 casi). Terminata la riunione, le decisioni del team vengono formalizzate nel 95% dei team analizzati attraverso un verbale e l'aggiornamento della cartella clinica, mentre nel 5% del campione si procede direttamente con l'aggiornamento della cartella clinica del paziente.

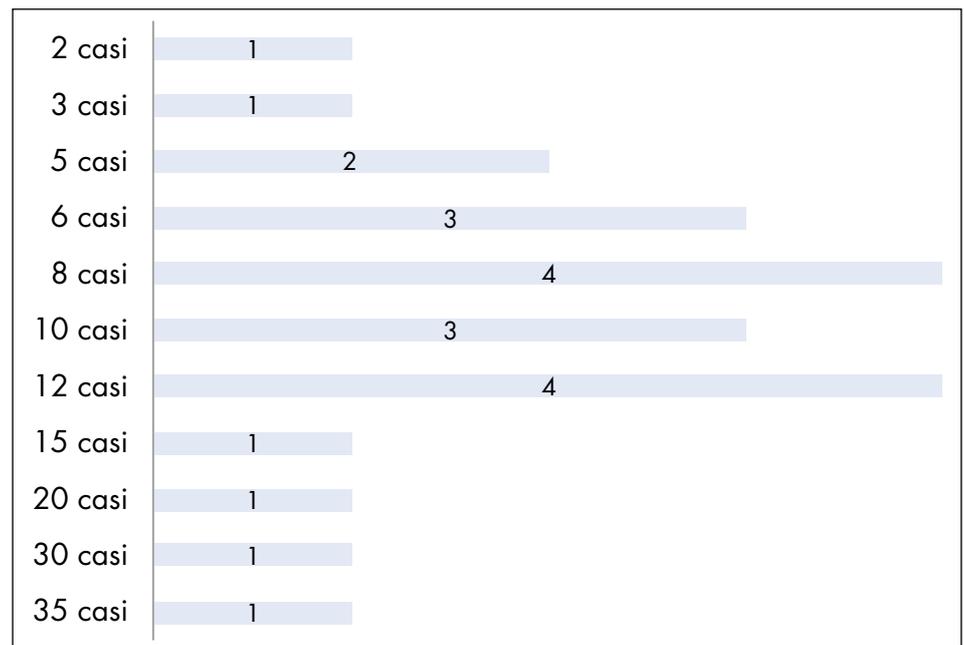
Annualmente i team oggetto dello studio discutono 370 casi, da un minimo

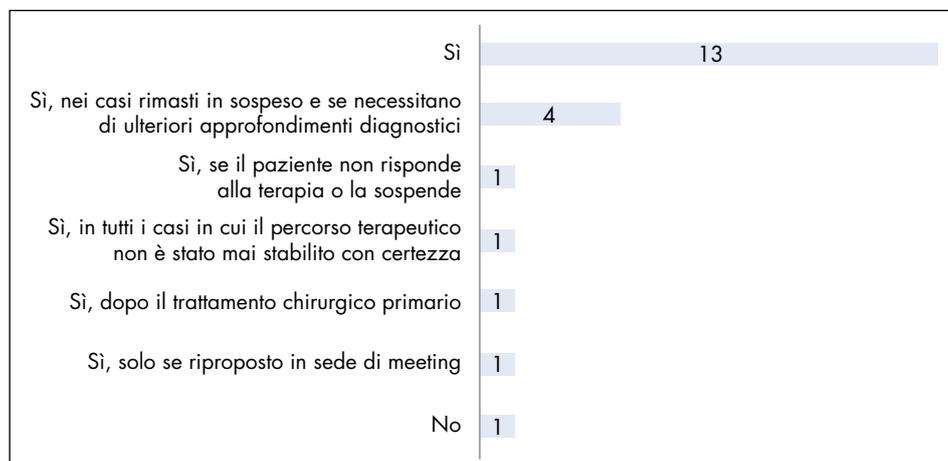
di 50 a un massimo di 1.200 a seconda della patologia. Come emerge dall'istogramma riportato in Fig. 3 i clinici coinvolti nella survey hanno dichiarato che nella maggior parte dei casi il paziente viene riportato in discussione al team. In particolare, le situazioni in cui ciò avviene sono le seguenti: necessità di effettuare ulteriori indagini diagnostiche; prima o dopo aver sottoposto il paziente a trattamento chirurgico; o in caso di insuccesso rispetto alla terapia precedentemente stabilita.

**4.4. Le infrastrutture**

Le infrastrutture comprendono non solo i luoghi fisici in cui le riunioni

**Fig. 2**  
Casi discussi in sede di meeting





**Fig. 3**  
Ridiscussione dei casi clinici

multidisciplinari avvengono ma anche le tecnologie e le strumentazioni a supporto di questi ultimi. Nei team analizzati l'utilizzo di piattaforme per la collaborazione clinica avviene nel 40% del campione, mentre i responsabili del restante 60% hanno dichiarato che al momento non sono in uso tali tecnologie. La comunicazione accurata e tempestiva e la collaborazione tra i professionisti sono il fulcro del lavoro in team: quando i professionisti non collaborano in maniera efficace, la sicurezza dei pazienti è messa a rischio. In queste situazioni, infatti, è più facile che si verifichino errori medici a causa della mancanza di informazioni critiche o di interpretazioni errate. Per tali motivi è importante che l'organizzazione disponga di tecnologie e strumenti in grado di facilitare la condivisione di informazioni cliniche dei pazienti, referti, diagnosi rendendoli accessibili in qualsiasi momento.

#### 4.5. Organizzazione

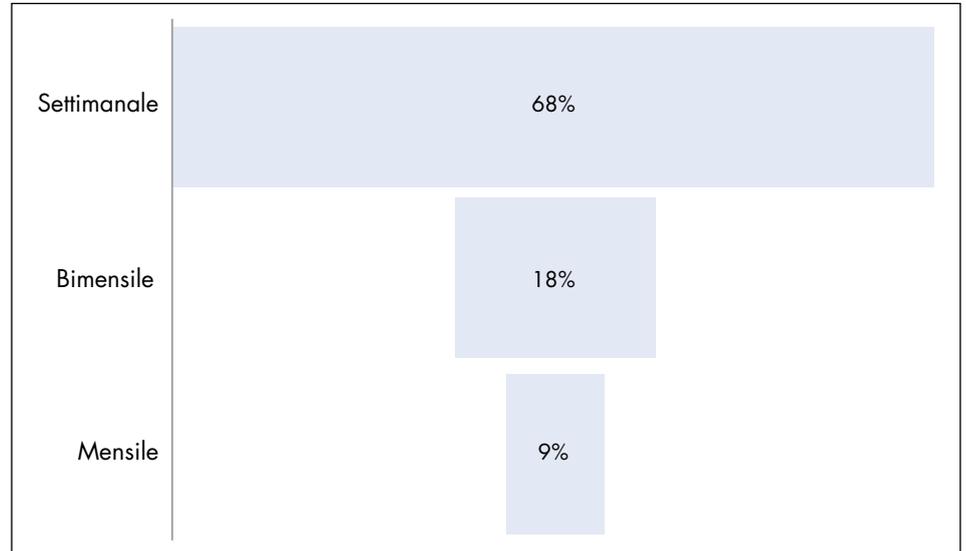
I team multidisciplinari analizzati si riuniscono prevalentemente con cadenza settimanale (68% dei casi). Il

18% dei team programmano le riunioni multidisciplinari due volte al mese, in particolare si tratta di patologie per cui si registra una casistica molto bassa (e.g., tumori alla tiroide, tumori cutanei). Il 9% dei rispondenti ha dichiarato lo svolgimento di una riunione multidisciplinare al mese (e.g., oncologia oculare) (Fig. 4).

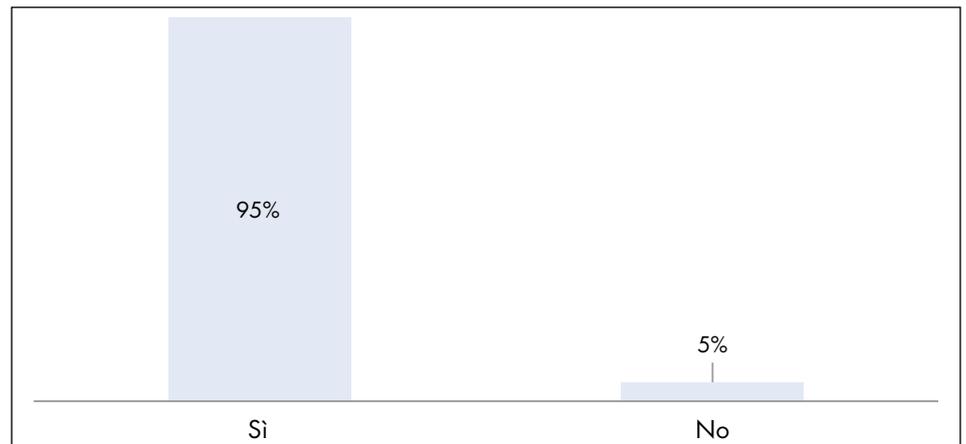
Al fine di ottimizzare l'incontro e la discussione tra i professionisti, al clinico che porterà in discussione il paziente è richiesta una preparazione adeguata sul caso. L'accesso alle informazioni cliniche, agli esami effettuati e a eventuali immagini radiologiche è di fondamentale importanza ed è utile che questi elementi siano a disposizione di tutti i membri del team durante la riunione multidisciplinare.

Ciò che sembra mancare all'interno dei diversi contesti analizzati riguarda l'immediata operabilità delle decisioni prese in sede di meeting. I professionisti, infatti, hanno dichiarato che spesso non vi è la possibilità di prenotare immediatamente esami diagnostici o visite specialistiche. Le principali cause sono da rintracciarsi nell'assenza di slot dedicati ai pazienti discussi e

**Fig. 4**  
Calendarizzazione  
degli incontri



**Fig. 5**  
Formalizzazione dell'output



nella mancanza di una figura di raccordo quale per esempio quella del case manager. Questa figura tra i diversi compiti dovrebbe facilitare l'immediata operabilità delle decisioni prese dal team. Nel 70% dei team analizzati è stata riportata tale problematica. Nel 95% dei team analizzati le decisioni prese in sede di meeting vengono formalizzate in formato cartaceo o elettronico e messe a disposizione dei partecipanti per le future discussioni o consultazioni (Fig. 5).

## 5. Discussione

La presente analisi ha l'obiettivo di offrire una fotografia delle attuali modalità operative dei team multidisciplinari operanti all'interno del SSN. Tale necessità ha origine dalla diffusione sporadica e non omogenea che tale strumento ha assunto all'interno dei diversi contesti regionali. In aggiunta, la crisi emergenziale affrontata negli ultimi anni ha richiesto una rimodulazione nell'offerta dei servizi sanitari e cambiamenti importanti

nelle pratiche lavorative dei professionisti.

Numerosi studi hanno dimostrato come i professionisti sanitari riconoscano i benefici significativi legati all'utilizzo del team. In particolare, tali benefici sono da ricondursi a una migliore gestione del paziente, con conseguente aumento nella qualità delle cure fornite, e allo sviluppo di competenze e skill approfondite derivanti dall'integrazione di diversi background e dal dialogo attivo e continuo tra i professionisti. Nonostante i team multidisciplinari risultino a oggi una pratica diffusa, recenti studi evidenziano la presenza di due principali problematiche: i) l'impossibilità nel reperire informazioni dettagliate sul paziente in un momento precedente al meeting; e ii) la necessità di predisporre linee guida e protocolli che facilitino il corretto svolgimento del lavoro in team (Rosell *et al.*, 2018).

Lo strumento del team multidisciplinare ha assunto e continua ad assumere un ruolo rilevante nel panorama sanitario italiano in cui i bisogni principali sono da rintracciarsi nella necessità di integrazione, tra professionisti e setting assistenziali, per rispondere all'aumento di patologie croniche e casi ad alta complessità. Il presente studio conferma la presenza prevalente dei team multidisciplinari in ambito oncologico in cui questi ultimi sono comunemente identificati con il nome di *Tumor Board*. Infatti, sono numerose le linee guida legate alla gestione delle patologie oncologiche e croniche che suggeriscono la presenza di un team multidisciplinare al fine di garantire cure e trattamenti appropriati favorendo nel contempo la sostenibilità del SSN attraverso un

uso appropriato delle risorse. Come precedentemente evidenziato, il valore di questo strumento è stato ampiamente dimostrato in letteratura e per garantirne il corretto funzionamento è stata marcata la necessità di prevedere adeguati investimenti in termini di tempo e risorse. In aggiunta, i recenti avvenimenti legati al periodo emergenziale e i progressi tecnologici raggiunti hanno reso possibile lo svolgimento di riunioni da remoto, coinvolgendo professionisti che altrimenti non avrebbero potuto contribuire al disegno del processo di cura del paziente.

Dal presente studio emergono alcuni aspetti che necessitano di maggiore attenzione da parte dei manager ospedalieri e dei policy maker. Il riordino della rete ospedaliera con il D.M. n. 70 ha determinato dei cambiamenti ben evidenti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. L'articolazione delle reti cliniche e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) costituiscono lo strumento operativo per la presa in carico dei pazienti cronici e delle comorbidità e costituiscono un efficace strumento di supporto al lavoro in team. Questi, infatti, attraverso una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza facilitano le comunicazioni tra i membri del team e coordinano il processo assistenziale e le attività del team.

Gli incontri multidisciplinari se effettuati con le giuste modalità promuovono l'aderenza alle linee guida e sono in grado di influenzare positivamente il processo decisionale attraverso una discussione attiva, riducendo i ritardi dovuti alla scelta dei trattamenti più adeguati. Inoltre, offrire ai professionisti la possibilità di collaborare e discu-

tere di casi complessi permette di acquisire un maggiore expertise riducendo i tempi di attesa e migliorando gli outcome clinici.

Lo svolgimento di incontri multidisciplinari effettuati settimanalmente sottolinea la numerosità dei casi trattati per le patologie oggetto dell'analisi ed enfatizza l'importanza di tale strumento e la necessità che venga formalizzato all'interno di tutte le strutture ospedaliere. Infatti, sebbene si parli sempre più frequentemente di team multidisciplinari, le strutture che adottano tale approccio e che ne hanno formalizzato l'organizzazione e la gestione sono ancora poche. Spesso nel corso di ciascuna riunione vengono discussi più di 20 casi con conseguenze importanti sullo svolgimento della stessa: ritmi veloci e serrati da rispettare. Tale circostanza lascia, dunque, poco spazio a una discussione approfondita e dettagliata del caso clinico. In aggiunta, molti pazienti complessi necessitano di essere riportati in discussione (e.g., a seguito di trattamento chirurgico o ulteriori esami svolti) causando un accumulo di casi che, se non prioritizzati adeguatamente, rischiano di avere un impatto negativo sull'organizzazione stessa.

D'altra parte, la multidisciplinarietà richiede coordinazione, comunicazione, e la partecipazione attiva non solo dei professionisti ma anche dei soggetti direttamente coinvolti. In aggiunta, la preparazione al meeting e successivamente la messa in atto delle decisioni prese richiedono del tempo che i professionisti spesso hanno difficoltà a ricavare. Affinché la discussione multidisciplinare possa effettivamente portare un giovamento al paziente, questa necessita di costanza. Spesso quando i casi sono molti e i profes-

nisti sono presenti in numero ridotto le riunioni multidisciplinari vengono rimandate o svolte frettolosamente a causa della mancanza di tempo. Allo scopo di far sì che la discussione multidisciplinare possa servire da stimolo per i professionisti è necessario che i team multidisciplinari vengano riconosciuti all'interno delle organizzazioni e formalizzati attraverso linee guida e/o protocolli organizzativi.

Per facilitare l'efficacia del lavoro in team un ruolo di rilievo è svolto dalle infrastrutture organizzative. Dalla presente analisi emergono alcune strutture che ancora oggi non dispongono di adeguate piattaforme per la condivisione di dati clinici e per lo svolgimento di riunioni da remoto. Nonostante la pandemia da Covid-19 abbia evidenziato l'importanza di tali strumenti, sono poche le organizzazioni che decidono di investire in tale ambito. In una recente analisi svolta da Currie e colleghi (2021) vengono evidenziati i prerequisiti per lo svolgimento di adeguate riunioni multidisciplinari. Tra i suggerimenti elencati risultano particolarmente rilevanti gli investimenti in strumenti audio/video, software e piattaforme tecnologiche che facilitino i meeting virtuali. Dunque, risulta evidente come gli investimenti tecnologici sostenuti da alcune organizzazioni siano percepiti come importanti facilitatori del lavoro in team (Maharaj *et al.*, 2021) anche nell'ottica di favorire la comunicazione con professionisti di altre strutture ospedaliere. Al fine di favorire la continuità delle cure e l'integrazione tra diversi setting e tra strutture hub e strutture spoke, sarebbe utile incentivare l'implementazione di tali tecnologie attivando consulti da remoto tra professionisti dislocati sul territorio.

## 6. Implicazioni manageriali

I risultati di questa analisi evidenziano alcune implicazioni rilevanti. Dapprima, l'analisi dimostra l'impatto che una corretta organizzazione delle riunioni multidisciplinari può avere sull'efficacia del team stesso. Spesso, i professionisti sono impossibilitati a partecipare a tali riunioni in quanto impegnati a gestire numerosi impegni e attività, anche a causa della carenza di personale sanitario. Da una parte il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dovrebbe riuscire a colmare tale carenza. Dall'altra, i manager sanitari potrebbero introdurre all'interno delle loro organizzazioni dei meccanismi di incentivazione al lavoro in team, se non in termini remunerativi almeno attraverso il riconoscimento di crediti ECM (Educazione Continua in Medicina). Come evidenziato precedentemente, durante la pandemia da Covid-19 sono state introdotte nuove modalità di lavoro da remoto e tecnologie a supporto. Nel dettaglio, lo scopo principale è stato quello di facilitare la comunicazione e il coordinamento tra i professionisti sanitari. Tuttavia, per cogliere tutti i benefici derivanti da tali strumenti sarebbe utile che le organizzazioni formino adeguatamente i professionisti attraverso lo sviluppo di corsi di formazione e disegnando e implementando adeguati protocolli di lavoro.

Se, da un lato, risulta essenziale la formazione continua dei professionisti, dall'altro è importante che già durante gli studi universitari venga enfatizzata l'importanza del lavoro in team. Infatti, lo sviluppo di soft skill e la gestione del conflitto e della negoziazione dovrebbero essere parte del *training accademico* che i futuri medici acquisi-

scono nei primi anni della loro formazione e perfezionano nelle scuole di specializzazione. Studi come questo potrebbero essere utili per dare consapevolezza circa il grado di diffusione e implementazione di tali strumenti che a oggi non risultano pienamente utilizzati in ambito sanitario e che, tuttavia, nelle pratiche internazionali costituiscono il Gold Standard per la gestione di molte patologie. Sarebbe, dunque, importante inserire all'interno dei percorsi accademici più ore dedicate a tali insegnamenti dando la giusta sensibilità a questa tematica.

In aggiunta, l'utilizzo di infrastrutture e tecnologie adatte al contesto permetterebbe ai professionisti di preparare adeguatamente i meeting, effettuare facilmente le riunioni da remoto, discutere un maggior numero di casi evitando di incorrere in ritardi legati al reperimento delle informazioni cliniche del paziente. Pertanto, la predisposizione di strategie che prevedano l'utilizzo di software e linee guida per il lavoro in team permetterebbe una maggiore partecipazione da parte dei professionisti, una migliore raccolta dati e conseguentemente un aumento della comunicazione e del coordinamento tra i membri del team e, dunque, una migliore qualità di cura per il paziente. Tuttavia, la presenza sul mercato di molteplici software e piattaforme cliniche dovrebbe essere adeguatamente valutata dai manager sanitari attraverso metodologie rigorose che tutelino i professionisti sanitari e i pazienti.

## 7. Limiti e sviluppi futuri

La presente analisi non è priva di limiti. Dapprima, trattandosi di uno studio cross sectional, riporta alcune caratteristiche dei team multidisciplinari lega-

te a un determinato periodo storico. Pertanto, potrebbe essere utile condurre ulteriori analisi al fine di monitorare queste caratteristiche confrontando i risultati nel tempo. In aggiunta, il presente studio non include dati sulle performance cliniche e dati di soddisfazione provenienti dai professionisti sanitari e dai pazienti coinvolti all'interno dei team multidisciplinari. Studi futuri potrebbero includere tali dimensioni correlandole alla tipologia di modello organizzativo adottato. Inoltre, sarebbe utile coinvolgere all'interno dello studio ulteriori team, anche non oncologici, al fine di offrire una fotografia più dettagliata che descriva in maniera approfondita il contesto italiano. Inoltre, studi futuri potrebbero focalizzarsi sull'analisi delle disomogeneità che caratterizzano i sistemi sanitari regionali e che impattano l'accesso equo alle cure da parte dei pazienti. Potrebbe essere utile effettuare un'ulteriore data collection finalizzata ad analizzare a livello regionale l'equità di accesso e l'impatto che alcuni fattori hanno sulla diffusione di tali strumenti (come, per esempio, gli aspetti economici e sociali).

## 8. Conclusioni

In ambito sanitario i principali cambiamenti riguardano l'adozione di modelli *patient-centred* finalizzati a garantire dei percorsi di cura personalizzati. Diverse analisi hanno mostrato come le organizzazioni abbiano adottato un approccio olistico, caratterizzato dall'integrazione dei saperi specialistici, per rispondere all'alta complessità clinica e all'aumento delle patologie croniche. Molti ricercatori hanno attestato l'importanza degli incontri multidisciplinari, di un'adeguata organizzazione e di un

corretto svolgimento delle riunioni multidisciplinari evidenziando il bisogno di investimenti in termini di risorse. La necessità di adottare tali investimenti deriva dai ben noti cambiamenti epidemiologici che richiedono la discussione di un numero maggiore di casi clinici. Riunire costantemente un numero crescente di professionisti, assicurare una durata adeguata degli incontri per la discussione di tutti i casi, effettuare una valutazione attenta del trattamento sono solo alcune delle criticità che si verificano quando si parla di lavoro in team. Dunque, sono diverse le questioni che influenzano il corretto andamento delle riunioni multidisciplinari, non solo dal punto di vista dei professionisti che vi devono prendere parte ma anche in merito alla selezione dei casi, all'accesso alle informazioni, al format della discussione, alla strumentazione tecnica e ai processi amministrativi. Recentemente, la pandemia da Covid-19 ha richiesto lo svolgimento di molte riunioni multidisciplinari da remoto. Tale modalità operativa ha coinvolto numerosi professionisti spesso dislocati in diverse strutture e ha permesso di far fronte in maniera efficace ed efficiente alla carenza di personale medico specializzato. In diversi contesti, la creazione di reti formalizzate e di collaborazioni tra strutture di diverso livello ha dimostrato di favorire un maggiore scambio di risorse e informazioni creando maggiore valore per il paziente. In tale ottica, questa collaborazione andrebbe promossa soprattutto per le strutture con una casistica bassa in presenza di professionisti poco specializzati. Nonostante la presenza di studi a supporto del lavoro in team, l'implementazione di

questi ultimi sul territorio nazionale risulta molto sporadica e priva di linee guida e protocolli a livello nazionale. La presente analisi permette, dunque, di avere un quadro di insie-

me sullo stato dell'arte di alcuni team attivi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando alcune delle principali criticità e offrendo spunti di miglioramento.

## BIBLIOGRAFIA

- Addicott R., McGivern G., & Ferlie E. (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. *Public Money and Management*, 26(2): 87-94. DOI: 10.1111/j.1467-9302.2006.00506.x.
- Allen M. (Ed.) (2017). *The SAGE encyclopedia of communication research methods*. SAGE publications.
- Anessi-Pessina E., & Cantù E. (2006). Whither managerialism in the Italian national health service?. *The International journal of health planning and management*, 21(4): 327-355. DOI: 10.1002/hpm.861.
- Bell S.T., Brown S.G., Colaneri A., & Outland N. (2018). Team composition and the ABCs of teamwork. *American Psychologist*, 73(4): 349.
- Bousquet J., Anto J.M., Sterk P.J., Adcock I.M., Chung K.F., Roca J., ... & Auffray C. (2011). Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases. *Genome medicine*, 3(7): 1-12. DOI: 10.1186/gm259.
- Braithwaite J., Westbrook M.T., Hindle D., Iedema R.A., & Black D.A. (2006). Does restructuring hospitals result in greater efficiency-an empirical test using diachronic data. *Health Services Management Research*, 19(1): 1-12.
- Cicchetti A., & Lomi A. (2000). Performance e progettazione organizzativa. *Sviluppo e Organizzazione*, 180, luglio-agosto: 33-49.
- Cox L.S.J.F., Pearce C.L., & Sims Jr H.P. (2003). Toward a Broader Leadership Development Agenda: Extending the Traditional Transactional – Transformational Duality by Developing Directive, Empowering, and Shared. In: *The future of leadership development*, 187-206. Psychology Press.
- Currie G.P., Kennedy A.M., & Chetty M. (2021). Covid-19 and the Multidisciplinary Team Meeting: 'Should Old Acquaintance be Forgotten?'. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 51(4): 327-329.
- Edwards N. (2002). Clinical networks: Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. *BMJ*, 324(7329): 63. DOI: 10.1136/bmj.324.7329.63.
- Fennell M.L., Prabhu Das I., Clauser S., Petrelli N., & Salner A. (2010). The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (40): 72-80. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgq010.
- Fleissig A., Jenkins V., Catt S., & Fallowfield L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?. *The lancet oncology*, 7(11): 935-943. DOI: 10.1016/S1470-2045(06)70940-8.
- Heath C., Sommerfield A., & von Ungern-Sternberg B.S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, 75(10): 1364-1371.
- Hong N.J.L., Wright F.C., Gagliardi A.R., & Paszat L.F. (2010). Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: an international literature review. *Journal of surgical oncology*, 102(2): 125-134.
- Kaini B.K. (2015). Interprofessional Care and Role of Team Leaders. *Journal of the Nepal Medical Association*, 53(197).
- Kane B., Luz S., & Toussaint P. (2013, June). Developing a framework for evaluation of technology use at multidisciplinary meetings in healthcare. In: *Proceedings of the 26th IEEE International Symposium on Computer-Based Medical Systems*, 355-360. IEEE.

- Lamb B.W., Taylor C., Lamb J.N., Strickland S.L., Vincent C., Green J.S.A., & Sevdalis N. (2013). Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: findings of a national study. *Annals of surgical oncology*, 20(5): 1408-1416. DOI: 10.1245/s10434-012-2676-9.
- Lega F., & Mengoni A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health policy*, 88(2-3): 326-338.
- Liden R.C., Wayne S.J., Jaworski R.A., & Bennett N. (2004). Social loafing: A field investigation. *Journal of management*, 30(2): 285-304. DOI: 10.1016/j.jm.2003.02.002.
- Maharaj A.D., Evans S.M., Zalberg J.R., Ioannou L.J., Graco M., Croagh D., ... & Green S.E. (2021). Barriers and enablers to the implementation of multidisciplinary team meetings: a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMJ Quality & Safety*, 30(10): 792-803. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011793.
- Martin A.K., Green T.L., McCarthy A.L., Sowa P.M., & Laakso E.L. (2022). Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15: 765.
- Mascia D., Morandi F., & Cicchetti A. (2014). Hospital restructuring and physician job satisfaction: An empirical study. *Health Policy*, 114(2-3): 118-127.
- Matziou V., Vlahioti E., Perdikaris P., Matziou T., Megapanou E., & Petsios K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(6): 526-533.
- Merién A.E.R., Van de Ven J., Mol B.W., Houterman S., & Oei S.G. (2010). Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 115(5): 1021-1031.
- Mintzberg H. (1981). Organization design: fashion or fit?. *Harvard Business Review*, January-February.
- Moser K.S., Dawson J.F., & West M.A. (2019). Antecedents of team innovation in health care teams. *Creativity and Innovation Management*, 28(1): 72-81.
- Ndoro S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13): 724-727.
- Nooshinfard F., & Nemati-Anaraki L. (2014). *Success factors of inter-organizational knowledge sharing: a proposed framework*. The Electronic Library.
- Ottevanger N., Hilbink M., Weenk M., Janssen R., Vrijmoeth T., de Vries A., & Hermens R. (2013). Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(6): 1035-1043.
- Patel D.R., Pratt H.D., & Patel N.D. (2008). Team processes and team care for children with developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6): 1375-1390.
- Prades J., Remue E., Van Hoof E., & Borrás J.M. (2015). Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy*, 119(4): 464-474. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.09.006.
- Prenestini A., Carbone C., Giusepi I., Lega F., Flor L., & Garbelli C. (2011). Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali.
- Roney K. (2012). 4 emerging models provide strategy roadmap for future transactions. *Becker's Hospital Review* [Internet].
- Rosell L., Alexandersson N., Hagberg O., & Nilbert M. (2018). Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. *BMC health services research*, 18(1): 1-10. DOI: 10.1186/s12913-018-2990-4.
- Sibbald S., Schouten K., Sedig K., Maskell R., & Licskai C. (2020). Key characteristics and critical junctures for successful Interprofessional networks in healthcare – a case study. *BMC health services research*, 20(1): 1-10. DOI: 10.1186/s12913-020-05565-z.
- Soukup T., Lamb B.W., Arora S., Darzi A., Sevdalis N., & Green J.S. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11: 49. DOI: 10.2147/JMDH.S117945.
- Soukup T., Lamb B.W., Sevdalis N., & Green J.S. (2020). Streamlining cancer multidisciplinary team meetings: challenges and solutions. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(3): 1-6. DOI: 10.12968/hmed.2020.0024.
- Stirpe L., Profili S., & Sammarra A. (2022). Satisfaction with HR practices and employee performance: A moderated mediation model of engagement and health. *European Management Journal*, 40(2): 295-305.
- Sykes A., & Pandit M. (2021). Experiences, challenges and lessons learnt in medical staff redeployment during response to COVID-19. *BMJ leader*.
- Taylor C., Atkins L., Richardson A., Tarrant R., & Ramirez A.J. (2012). Measuring the quality of MDT working: an observational approach. *BMC cancer*, 12(1): 1-10. DOI: 10.1186/1471-2407-12-202.

- Taylor C., Munro A.J., Glynn-Jones R., Griffith C., Trevatt P., Richards M., & Ramirez A.J. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence?. *Bmj*, 340. DOI: 10.1136/bmj.c951.
- Tjosvold D., Yu Z.Y., & Hui C. (2004). Team learning from mistakes: the contribution of cooperative goals and problem-solving. *Journal of management studies*, 41(7): 1223-1245. DOI: 10.1111/j.1467-6486.2004.00473.x.
- Torri E., Rigoni M., Dorigoni S., Peterlana D., Cozzio S., Nollo G., & Spagnoli W. (2019). A model based on intensity of medical care may improve outcomes for internal medicine patients in Italy. *Plos one*, 14(1): e0211548.
- Useem J. (2006). How to build a great team. *Fortune*, June, 1.
- Weller J., Boyd M., & Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061): 149-154.
- West M.A. (2003). *Innovation implementation in work teams*. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195147308.003.0012.
- West M.A., & Sacramento C.A. (2012). Creativity and innovation: The role of team and organizational climate. In: *Handbook of organizational creativity*, 359-385. Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-374714-3.00015-X.
- Wilson A.J., Palmer L., Levett-Jones T., Gilligan C., & Outram S. (2016). Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *Journal of interprofessional care*, 30(5): 649-654.
- Xyrichis A., & Ream E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2): 232-241.
- Zajac S., Woods A., Tannenbaum S., Salas E., & Holladay C.L. (2021). Overcoming challenges to teamwork in healthcare: a team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Frontiers in Communication*, 6: 606445.