

Valutazione del benessere psico-sociale di un'équipe di assistenza domiciliare oncologica: uno studio longitudinale

Silvia Varani¹, Cinzia Fierro¹, Gianni Brighetti², Marina Casadio¹, Franco Pannuti¹

¹ Fondazione ANT Italia, Bologna

² Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, Bologna

Corrispondenza a:
Silvia Varani
e-mail: svaran@tin.it

Gli Autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse.

Riassunto

Questo studio longitudinale multicentrico, iniziato nel 2005 e tuttora in corso, si propone di analizzare i cambiamenti nella percezione del benessere lavorativo da parte degli operatori delle équipe di assistenza domiciliare oncologica ANT, a fronte di alcune modificazioni intercorse nella strutturazione dei gruppi di lavoro.

In una prima fase, è stato valutato il benessere psicologico individuale (con il Maslach Burnout Inventory) e quello organizzativo (con il Team Climate Inventory) di 115 operatori della Fondazione ANT Italia, suddivisi in 11 équipe. In una seconda fase, si è ripetuta la misurazione al fine di confrontare i risultati.

I risultati rilevano una presenza medio-bassa di burnout nel campione, sia nella prima analisi sia al follow-up. La percezione del clima organizzativo, complessivamente migliore rispetto al campione normativo, alla prima misurazione è risultata più negativa nelle équipe più numerose. Questo dato si è modificato nel follow-up, mostrando una maggiore soddisfazione degli operatori rispetto a tutte le dimensioni considerate. Si può ipotizzare che i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro subentrati negli ultimi anni, come la ristrutturazione dei gruppi di lavoro in micro-distretti e la costruzione di un Istituto polivalente più efficiente e funzionale, possano aver favorito un miglioramento nella percezione del benessere organizzativo dello staff.

Parole chiave: burnout, clima organizzativo, assistenza domiciliare oncologica.

Summary

The purpose was to compare the assessment of well being perceived by the oncological home care team in two different periods. At first, the well-being of the operators was studied in 2 dimensions: individual (with the Maslach Burnout Inventory) and organizational (with the Team Climate Inventory). Secondly, 3 years later, measurements were repeated in order to compare data. The sample consisted of 115 operators, 80 physicians and 35 nurses. The study has been developed by the ANT Italia Foundation, at 11 ANT oncological hospital at home in Italy.

Both first and second results showed a medium-low level of burnout in the comprehensive ANT team, Emotional Exhaustion and De-personalization of ANT operators were significantly lower compared to normative data. In our sample, organizational climate was generally better than in the Italian normative sample at all levels. However, in the first study the two bigger teams considered work with a less cooperative behaviour than the other teams. These data changed with the follow-up, proving the operator's higher work satisfaction in all dimensions. It may be supposed that these positive results are connected with the modifications in work team organization that ANT has worked out in the last years.

Key words: burnout, organizational climate, oncological home-care.

INTRODUZIONE

L'ultimo decennio ha visto un crescente interesse per lo studio dello stress applicato in ambito lavorativo e di conseguenza per gli interventi di valutazione, prevenzione e cura finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo⁽¹⁻³⁾. Anche dal punto di vista giuridico, il Legislatore si è pronunciato chiaramente in merito alla questione con il D. Lgs. 81/08, che definisce gli obblighi che le diverse organizzazioni lavorative devono seguire al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori. L'art. 28 di tale decreto obbliga i datori di lavoro a provvedere alla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato. Questa legge prescrive quindi di valutare i rischi e preservare la salute attraverso misure di prevenzione e di cura che il datore di lavoro ha l'obbligo di attuare. Nel dettaglio, è quindi necessario capire quali rischi siano presenti in azienda e valutarli, per poi intervenire attraverso varie misure gestionali, informative e comunicative. Con il D. Lgs. n. 106 del 3 agosto 2009 (*Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*) viene ulteriormente ribadito tale obbligo da parte delle varie realtà lavorative. Viene, inoltre, stabilito di affidare alla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, istituita Presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, il compito di "elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato".

All'interno delle organizzazioni sanitarie, il livello di stress lavorativo assume aspetti di maggiore problematicità rispetto ad altri ambiti, sia per le caratteristiche intrinseche alle professioni di aiuto sia per la crescente difficoltà nella gestione dei ritmi e dell'organizzazione del lavoro^(4,5).

Gli operatori sanitari, e chi lavora in ambito oncologico in modo preponderante, si trovano a dover lavorare continuamente a contatto con la sofferenza dei loro assistiti. Per fronteggiare il disagio che ne deriva, viene messa in atto una serie di strategie psicologiche di gestione dello stress che permettono al personale sanitario di tollerare le difficoltà e offrire aiuto ai pazienti e alle loro famiglie⁽⁶⁾. Tuttavia, la vicinanza con la morte, con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti sottopone quotidianamente gli operatori a un carico emotivo molto intenso, rendendoli maggiormente esposti, rispetto ad al-

tri contesti, al rischio di *burnout*^(7,8). Se questi fattori contribuiscono a rendere difficoltoso il lavoro all'interno dei reparti, la situazione si complica ulteriormente per chi si occupa di assistenza oncologica domiciliare, dove il contatto con l'ambiente socio-familiare del paziente è molto più intenso e diretto. I familiari, e in primis il caregiver, si trovano infatti in un momento di profonda crisi, dove l'evento di malattia ha provocato una grande frattura nella propria esperienza di vita, minando il senso di continuità, di progettualità futura e il senso di controllo sulla propria esistenza^(9,10).

A fronte di tali considerazioni, lo studio qui presentato ha perseguito essenzialmente due obiettivi:

1. valutare le determinanti organizzative che possono influire sul benessere psicosociale degli operatori delle équipe di assistenza domiciliare oncologica ANT;
2. analizzare i cambiamenti, nella percezione del benessere lavorativo, da parte degli operatori, a fronte di alcune modificazioni intercorse nella strutturazione dei gruppi di lavoro.

MATERIALI E METODI

Lo studio, iniziato nel 2005 e tuttora in corso, si è strutturato in tre fasi distinte:

- A. ottenere un quadro della situazione lavorativa degli operatori da un punto di vista psicosociale e organizzativo;
- B. attuare interventi di qualificazione e di miglioramento della qualità della vita e dell'efficacia/efficienza lavorativa. Nello specifico, sono stati introdotti dei cambiamenti nell'organizzazione delle équipe di lavoro, soprattutto relativamente alla numerosità degli operatori. In tal modo, strutturando équipe più piccole e più autonome, è stato possibile rendere più fluida la gestione del lavoro quotidiano, rendendo migliore e più efficace la comunicazione tra i vari operatori e quindi diminuendo il carico psicofisico dovuto al lavoro, con un conseguente miglioramento della qualità della vita e dell'efficacia lavorativa;
- C. valutare i cambiamenti, nella percezione di benessere degli operatori, seguiti alle modificazioni organizzative.

Alla prima fase dello studio, svolta presso 11 ODO-ANT (Ospedali DOMiciliari della Fondazione ANT Italia), hanno partecipato 115 operatori, di cui 80 medici (37

specialisti e 43 non specialisti) e 35 infermieri (9 laureati e 26 non laureati). Nella fase di follow-up invece, avvenuta presso 12 ODO-ANT e svoltasi a distanza di circa tre anni, sono stati coinvolti 138 operatori, di cui 96 medici (43 specialisti e 53 non specialisti) e 42 infermieri (12 laureati e 30 non laureati). Un aspetto di criticità del disegno sperimentale di questo studio è senza dubbio il fatto che i due campioni di riferimento sono in parte costituiti da operatori differenti. Tuttavia questo è inevitabile, dal momento che tra gli operatori si è verificato un fisiologico fenomeno di turn-over. Comunque, non crediamo che questo infici i risultati del lavoro, dal momento che l'obiettivo è valutare la situazione emotiva e organizzativa delle équipes nel loro insieme, e non dei singoli operatori.

Il benessere psicosociale degli operatori è stato valutato attraverso tre diverse dimensioni per cercare di cogliere la multifattorialità del fenomeno.

A. Caratteristiche socio-anagrafiche e lavorative degli operatori. Questi dati sono stati rilevati attraverso una scheda socio-anagrafica costruita *ad hoc*. Oltre alle informazioni relative alla distribuzione di età, sesso, categoria professionale e anni di attività del campione, sono stati considerati i chilometri percorsi, le ore di lavoro, il numero di accessi e il numero di pazienti visitati mediamente nel corso di una settimana.

B. Dimensione individuale. Per misurare il livello di *burnout* degli operatori è stato utilizzato il *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.). Il questionario, realizzato da Maslach e Jackson^(11,12) e adattato in Italia da Sirigatti e Stefanile⁽¹³⁾, è composto da 22 item che misurano tre dimensioni indipendenti della sindrome del *burnout*: esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale.

C. Dimensione organizzativa. Il clima organizzativo è stato valutato attraverso il *Team Climate Inventory* (T.C.I.). Lo strumento è stato ideato da Anderson e West⁽¹⁴⁾ e successivamente validato nel contesto italiano da Ragazzoni et al.⁽¹⁵⁾. La versione italiana è composta da 44 item strutturati in cinque scale: visione di gruppo, orientamento al compito, sicurezza partecipativa, supporto all'innovazione, frequenza di interazione.

RISULTATI

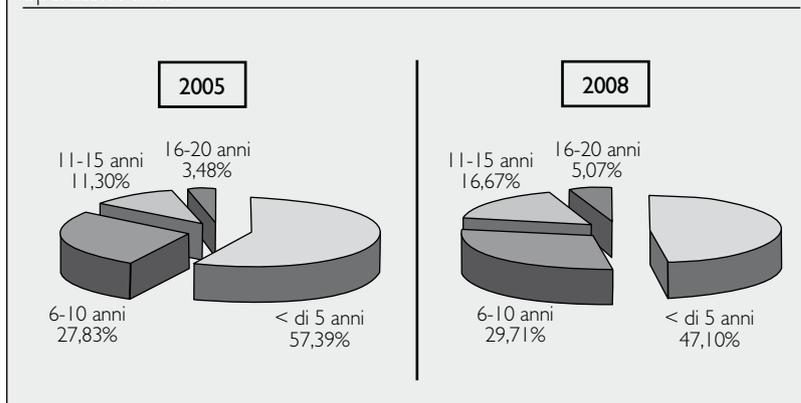
Per prima cosa, si è ritenuto opportuno analizzare, attraverso una scheda socio-anagrafica, le caratteristiche del campione in esame, per valutare se queste potessero influire sulla percezione di benessere o meno relativa al proprio lavoro (Tabella 1).

Tabella 1. Valori medi settimanali complessivi del carico di lavoro espresso dagli operatori (tutti gli ODO).

	Valori Medi Settimanali		Deviazione Standard	
	2005	2008	2005	2008
Ore di lavoro	40,29	37,57	9,22	9,87
Chilometri	416,35	372,54	229,88	230,79
N. di accessi	28,97	27,28	14,48	10,25
N. di pazienti	19,11	18,57	11,89	7,82

Dal confronto tra i dati rilevati nel 2005 e quelli rilevati nel 2008, emerge un maggiore livello di professionalizzazione delle équipes, specifica per cure palliative e assistenza domiciliare oncologica. È possibile rilevare questo dato principalmente dall'aumento proporzionale di personale che lavora nell'ANT da più di 5 anni (Figura 1). Ci è sembrato utile segnalare questo dato per sottolineare come questo aspetto possa avere influito sulla migliore percezione del clima organizzativo che viene rilevata nel follow-up. Il fatto che il personale sia più numeroso e più qualificato può infatti incidere positivamente sulla condizione organizzativa. Tuttavia, le differenze percentuali tra i due campioni sembrano essere troppo esigue per risultare statisticamente significative rispetto al miglioramento rilevato nel clima organizzativo.

Figura 1. Distribuzione delle frequenze degli anni di attività lavorativa degli operatori ANT.



Per quanto riguarda i singoli questionari, sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.): i risultati complessivi del campione sono stati confrontati con i valori normativi italiani di riferimento⁽¹³⁾ e sintetizzati nella Tabella 2.

Tabella 2. Dimensione individuale: confronto tra campione normativo italiano e campione in esame.

M.B.I.	Valori Normativi (N = 748)	Campione in esame 2005 (N = 115)	Campione in esame 2008 (N = 138)	significatività
Esaurimento Emotivo	20,18 ± 11,29	15,76 ± 10,27	17,53 ± 10,5	sì
Depersonalizzazione	7,03 ± 5,90	3,49 ± 3,95	3,9 ± 4,26	sì
Mancata realizzazione personale	32,52 ± 8,66	39,38 ± 7,02	38,18 ± 6,18	sì

Sia per la prima misurazione sia per il follow-up, i punteggi ottenuti alle dimensioni Esaurimento Emotivo (EE) e Depersonalizzazione (DP) del *burnout* sono risultati significativamente inferiori a quelli normativi. La dimensione Realizzazione Personale (PA) risulta invece, in entrambe le fasi dello studio, significativamente superiore al campione normativo.

- *Team Climate Inventory* (T.C.I.): i punteggi ottenuti dal campione del presente studio sono stati confrontati con i valori normativi italiani⁽¹⁵⁾ e descritti nella Tabella 3. I punteggi alle dimensioni Visione di Gruppo e Orientamento al Compito sono risultati significativamente superiori ai valori del campione normativo. Anche i punteggi ottenuti alle altre dimensioni sono lievemente superiori ai dati normativi di riferimento, se pur in modo non significativo.

Tabella 3. Dimensione organizzativa: confronto tra campione normativo italiano e campione in esame.

T.C.I.	Valori Normativi (N = 199)	Campione in esame 2005 (N = 115)	Campione in esame 2008 (N = 138)	significatività
Visione di gruppo	37,71 ± 8,88	41,86 ± 8,33	41,49 ± 8,2	sì
Orientamento al compito	20,62 ± 6,58	22,81 ± 7,51	23,14 ± 6,93	sì
Sicurezza partecipativa	23,39 ± 4,79	24,26 ± 6,12	25,31 ± 5,54	ns/sì
Supporto all'innovazione	33,00 ± 7,48	33,23 ± 8,71	34,3 ± 8,2	ns
Frequenza dell'innovazione	10,48 ± 2,06	10,77 ± 2,67	10,99 ± 2,45	ns

I risultati ottenuti dagli operatori nei due questionari sono poi stati confrontati con la variabile “numerosità delle équipe”, per valutare se ci fossero differenze nei punteggi in relazione alla diversa grandezza dei gruppi di lavoro. I risultati al *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.) non sembrano variare in modo significativo in funzione della

numerosità dell'équipe. Al contrario, i punteggi ottenuti al *Team Climate Inventory* (T.C.I.), correlati con la numerosità dell'équipe, indicano alcune relazioni degne di nota. Nella prima misurazione del 2005, l'analisi della varianza ha evidenziato una relazione inversamente significativa tra percezione del clima organizzativo e numerosità dell'équipe. In

particolare, i gruppi di lavoro con più di 20 operatori hanno riportato punteggi significativamente inferiori ($p=0,01$) agli altri rispetto alla dimensione *orientamento al compito*. Sempre nella misurazione del 2005, i valori relativi alle

dimensioni *sicurezza partecipativa* e *supporto all'innovazione*, pur non essendo significativi, hanno mostrato, nelle équipe con più di 20 operatori, una forte tendenza ad essere più bassi rispetto a quelli ottenuti dai gruppi più piccoli (rispettivamente, $p=0,054$ e $p=0,07$). Anche i punteggi della variabile *frequenza di interazione* sono risultati significativamente inferiori ($p=0,05$) nelle équipe più numerose. Complessivamente, quindi, dai risultati del 2005 emerge una peggiore percezione del clima organizzativo nelle due équipe più numerose (le sedi di Bologna). Questi risultati sono perfettamente in linea con i recenti studi sul rapporto tra clima organizzativo e dimensione dei gruppi di lavoro⁽¹⁶⁾. Secondo alcuni Autori^(17,18), infatti, mentre gruppi troppo esigui (due o tre individui) mancherebbero della diversità di punti di vista e di prospettive necessari per l'innovazione, équipe numerose (sopra i 13 operato-

ri) sarebbero troppo “ingombranti” per permettere interazioni, cambiamenti e partecipazione efficaci. Per questo motivo, le équipe numerose sembrano essere caratterizzate da processi di gruppo più difficoltosi come, ad esempio, minor

chiarezza negli obiettivi e più basso livello di partecipazione, di qualità e di supporto per l'innovazione. Anche in questo caso, i valori ottenuti nella prima misurazione sono stati confrontati con i valori ottenuti alla seconda misurazione, cioè il follow-up svoltosi nel 2008. Dalla comparazione emerge un evidente miglioramento nella

percezione del benessere organizzativo da parte dello staff sanitario che ha partecipato allo studio. Nello specifico, nelle 4 dimensioni *orientamento al compito* (Figura 2), *sicurezza partecipativa* (Figura 3), *supporto all'innovazione* (Figura 4) e *frequenza di interazione* (Figura 5), emerge un significativo miglioramento dei punteggi ottenuti dagli operatori al TCI, mentre nella dimensione *visione di gruppo* (Figura 6) i dati sono sovrapponibili. Per quanto riguarda l'équipe "Area 1" di Bologna, nel 2008 i punteggi alle dimensioni *orientamento al compito*, *sicurezza partecipativa* e *frequenza di interazione* sono passati al di sopra del valore normativo di riferimento per il TCI; in-

vece, il punteggio rispetto alla dimensione *supporto all'innovazione*, pur essendo migliorato rispetto al 2005, rimane al di sotto del valore normativo. Nell'équipe "Area 2" di Bologna, nel 2008 soltanto il punteggio alla dimensione *orientamento al compito* è passato al di sopra del valore normativo; tuttavia, anche i punteggi alle altre tre dimensioni, *sicurezza partecipativa*, *supporto all'innovazione* e *frequenza di interazione*, appaiono visibilmente migliorati rispetto al 2005. Questi dati sembrano confermare il fatto che la numerosità delle équipe di lavoro sia una variabile organizzativa determinante rispetto alla percezione del benessere psicosociale degli operatori.

Figura 2. Dimensione organizzativa: orientamento al compito.

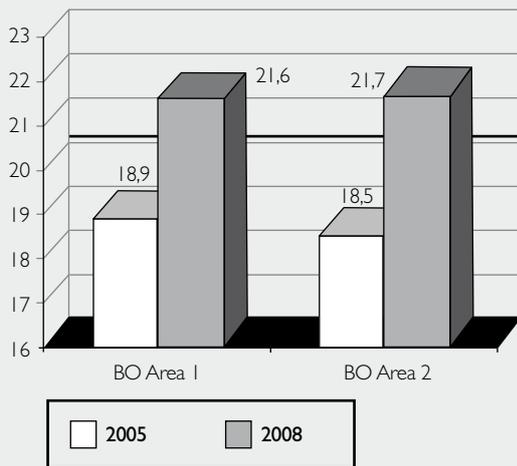


Figura 3. Dimensione organizzativa: sicurezza partecipativa.

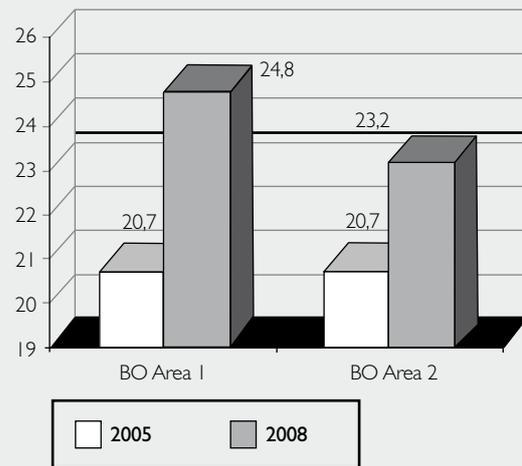


Figura 4. Dimensione organizzativa: supporto all'innovazione.

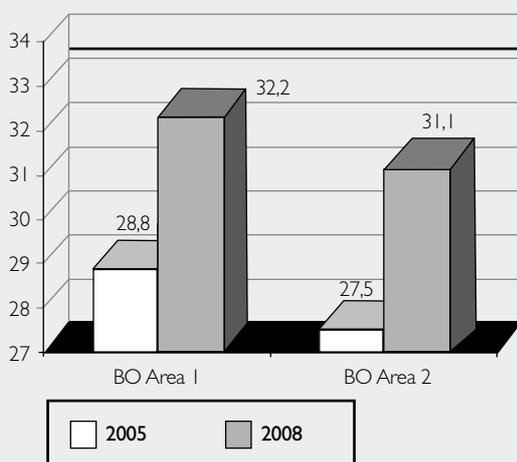
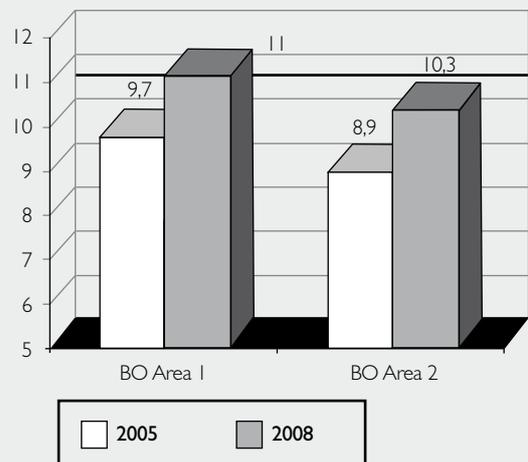
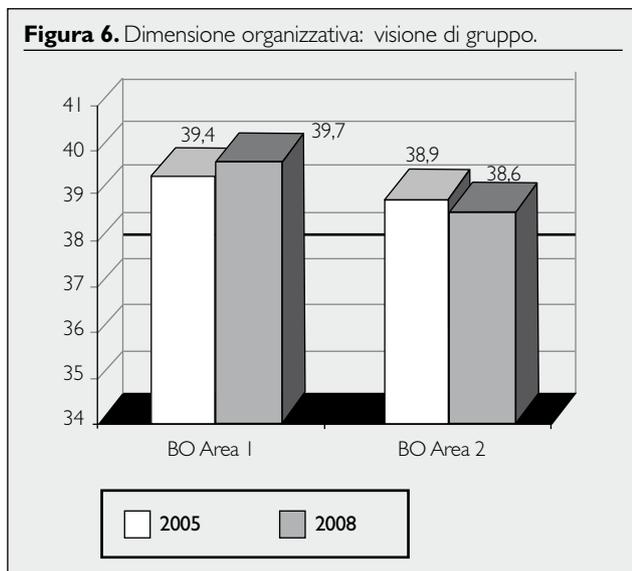


Figura 5. Dimensione organizzativa: frequenza di interazione.





DISCUSSIONE

Come già sottolineato, i dati sono concordi nel rilevare una presenza medio-bassa di *burnout* tra gli operatori di assistenza domiciliare oncologica che hanno partecipato allo studio. Rispetto ai valori normativi⁽¹³⁾, il campione mostra livelli significativamente più bassi sia di esaurimento emozionale sia di distacco e disinvestimento verso il paziente; il grado di realizzazione personale nel lavoro appare invece significativamente inferiore nel campione esaminato. Questo dato risulta molto importante, poiché l'ambito oncologico viene considerato particolarmente esposto al rischio di *burnout*, a causa dell'elevato investimento psichico richiesto e del continuo confronto con la sofferenza e la morte⁽⁸⁾. Questi fattori di rischio sono particolarmente amplificati nella realtà lavorativa della struttura presa in esame, dal momento che la maggior parte degli assistiti si trova in una fase avanzata o terminale di malattia. Oltre a ciò, un lavoro di assistenza di tipo domiciliare comporta un carico emotivo maggiore, dovuto al fatto che l'operatore si trova costantemente a contatto con i familiari e con l'ambiente di vita del paziente e, quindi, s'interfaccia in prima persona con il dolore e le richieste emotive degli assistiti, senza la mediazione di un setting più strutturato e formale come quello ospedaliero o ambulatoriale.

Al momento, non è ancora stato possibile approfondire lo studio in modo da indagare con più sistematicità quali fattori, specifici del contesto esaminato, possano essere posti in relazione con questi risultati. Tuttavia, abbia-

mo ritenuto opportuno avanzare alcune ipotesi, che ci proponiamo di verificare in un secondo momento. Inoltre, ci sembra importante sottolineare come l'organizzazione di assistenza domiciliare esaminata costituisca un'esperienza assolutamente peculiare e innovativa che non vede nel contesto del volontariato italiano e internazionale alcuna realtà paragonabile per dimensioni e anni di attività. Per tale motivo, risulta difficile pensare di confrontare il campione in esame con altre realtà analoghe. Ciò che però contraddistingue maggiormente l'assistenza ANT rispetto ad altre strutture che si occupano di pazienti oncologici è il sistema etico-valoriale sul quale si fonda l'organizzazione. Si può quindi ipotizzare che gli operatori esaminati non mostrino alti livelli di *burnout* proprio perché la peculiarità della struttura in cui lavorano potrebbe fungere da fattore protettivo. I principi etici che guidano il lavoro degli operatori possono essere rappresentati da un concetto fondamentale: il Progetto EUBIOSIA. Questa parola, che in greco antico significa "buona vita", viene intesa dall'ANT nel significato di "vita con dignità dal primo all'ultimo respiro". Dal punto di vista degli operatori, quindi, portare avanti il Progetto EUBIOSIA significa assistere i sofferenti di tumore, ponendosi come obiettivo primario il miglioramento della qualità di vita, qualsiasi siano le loro condizioni e qualunque sia lo stadio di malattia in cui si trovano. L'ANT si configura quindi come un Ente Morale e Onlus, dove i pazienti vengono assistiti senza alcuna spesa a loro carico, e gli operatori, pur essendo professionisti retribuiti, lavorano in un ambiente sostenuto dal volontariato e animato da valori etici precisi e dichiarati, dove la salvaguardia della dignità e del rispetto per la vita degli assistiti viene posta come principio fondante. Tale substrato valoriale potrebbe fungere da fattore motivazionale importante per gli operatori che lavorano all'interno della struttura. Secondo questa lettura, il Progetto EUBIOSIA potrebbe supportare l'équipe "dando un senso condiviso" al proprio lavoro, grazie a significati che si ispirano alla solidarietà e alla comprensione umana. Come già sottolineato, non è comunque al momento possibile avallare o meno tale ipotesi sulla base di dati oggettivi.

Per quanto riguarda il livello di realizzazione personale, nell'équipe esaminata appare significativamente inferiore al campione normativo italiano. Questi dati confermano

i risultati ottenuti in altri studi⁽¹⁹⁾, dove la mancanza di realizzazione personale viene identificata come la variabile di maggiore criticità all'interno del costrutto del *burnout*. Come sottolineato sopra, nel contesto esaminato questo dato può essere collegato alla tipologia dei pazienti assistiti che, trovandosi in una fase della malattia piuttosto avanzata, possono più facilmente suscitare nel curante sentimenti di inadeguatezza e di fallimento.

La percezione del clima organizzativo, cioè delle proprie condizioni di lavoro e del funzionamento stesso della struttura, è risultata migliore rispetto ai dati del campione normativo italiano⁽¹⁴⁾. Anche le équipes più numerose (le sedi di Bologna), che nel 2005 mostravano complessivamente una peggiore percezione del clima organizzativo rispetto ai colleghi delle altre sedi, al follow-up hanno ottenuto punteggi visibilmente migliori rispetto a tutte le dimensioni analizzate. Questo risultato sembra essere in relazione con i cambiamenti intercorsi nell'organizzazione del lavoro all'interno della struttura. Infatti, successivamente alla prima fase dello studio dove era emersa la situazione di criticità che caratterizzava il clima organizzativo delle équipes più numerose, i gruppi di lavoro di assistenza domiciliare ANT di Bologna sono stati riorganizzati in micro-distretti, così da rendere l'organizzazione più fluida e più dinamica. In questo modo, gli

operatori hanno avuto la possibilità di lavorare in modo più soddisfacente e anche gli scambi comunicativi sono diventati più diretti e più efficaci. Oltre al consolidamento dei micro-distretti, vi sono stati importanti cambiamenti anche dal punto di vista più globale della struttura ANT. Infatti nel 2005 è stato inaugurato l'Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato, cioè una struttura polivalente e polifunzionale che funge da base operativa per tutte le attività svolte dall'ANT, dall'assistenza domiciliare alla ricerca, alla formazione e alla promozione, eccetera. È possibile che l'Istituto, una volta consolidato il proprio funzionamento quotidiano, abbia facilitato i contatti tra i diversi dipartimenti, agevolando la gestione del lavoro e di conseguenza influenzando positivamente sulla percezione soggettiva del clima che si respira all'interno della struttura. Su quest'ultima considerazione non vi è però al momento alcun avallo statistico.

Le informazioni ottenute dallo studio possono essere considerate un punto di partenza per favorire nel contesto organizzativo esaminato una maggiore conoscenza dei principali punti di forza come degli eventuali fattori di criticità, così da proseguire nella promozione di strategie di consolidamento delle caratteristiche positive e di miglioramento degli aspetti più vulnerabili.



Bibliografia

1. Avallone F, Paplomatas A. *Salute organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
2. Sparks K, Faragher B, Cooper CL. *Well-being and occupational health in the 21st century workplace*. *J Occup Organ Psychol* 2001; 74: 489-509.
3. Fineman S. *Emotion in organizations*. Newbury Park CA: Sage, 1993.
4. Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. *Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento*. *G Ital Med Lav Ergon* 2004; 26(2): 119-126.
5. Minvielle E, Dervaux B, Retbi A et al. *Culture and organization assessment in intensive care units*. *Reanimation* 2003; 12(2): 25-30.
6. Costantini A, Grassi L, Biondi M. *Psicologia e tumori. Una guida per reagire*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
7. Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
8. Isikhan V, Comez T, Danis MZ. *Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients*. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8(3): 234-244.
9. Carpiello B. *Il ruolo della famiglia. Carico familiare e cancro*. In: Bellani ML, Morasso G, Amadori D et al. *Psiconcologia*. Milano: Masson Ed, 2002.
10. Harrison J, Haddad P, McGuire P. *The impact of cancer on key relatives: a comparison of relative and patient concerns*. *Eur J Cancer* 1995; 31: 1736-1740.
11. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
12. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall NY: Englewood Cliffs, 1982.
13. Sirigatti S, Stefanile C. *Maslach Burnout Inventory adattamento italiano*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.
14. Anderson NR, West MA. *Team Climate Inventory. Manual and User's Guide*. Windsor: NFER-NELSON Publishing Company, 1994.
15. Ragazzoni P, Baiardi P, Zotti AM et al. *Italian Validation of the Team Climate Inventory: a measure of team climate for innovation*. *J Manag Psychol* 2002; 17(4): 325-336.
16. Curral LA, Forrester RH, Dawson JF et al. *It's what you do and the way that you do it: Team task, team size, and innovation-related group*. *Eur J Work Organ Psychol* 2001; 10(2): 187-204.
17. Jackson SE. *The consequences of diversity in multidisciplinary work teams*. In: West MA. *Handbook of Work Group Psychology*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 1996.
18. Poulton BC, West MA. *The determinants of effectiveness in primary health care*. *J Interprof Care* 1999; 13: 7-18.
19. Ragazzoni P, Tinelli G, Zotti AM. *Valutazione dello stress e del potenziale umano per l'organizzazione del lavoro infermieristico*. *G Ital Med Lav Ergon* 1999; 21(2): 140-145.