

The role of the Organizations Clinic Unit in a medical intensive care organizational change

*Dario Iozzelli**, *Monica Giuli***, *Laura Belloni****

Abstract

The aim of this paper is to highlight a psycho - sociological consulting/intervention process planned and carried out by the Organizations Clinic Unit within a medical Intensive Care Unit (ICU) at the Florence University Teaching Hospital of Careggi (AOUC). The consulting intervention/process started as a need of the whole medical Intensive Care Unit staff throughout a broader AOUC organizational change and during the transition from closed ICU format to the open one. An organizational change strongly supported from the Tuscany Regional Bioethics Commission. The Organizations Clinic Unit intervention, here described, was structured in consecutive steps which included also a specific training path for the whole ICU staff. In conclusion, some reflections on this peculiar organizational change and some proposals regarding future actions that could be carried out to face it.

Keywords: psychosociological consulting; organizational change; open intensive care unit; teamworking in health care settings; health workers training.

* Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology and Psychotherapy, collaborate from 2007 with the Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and with the Operating Structure Departmental Complex of Clinic Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: dario.iozzelli@gmail.com

** Psychologist, collaborates with Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and with the Operating Structure Departmental Complex of Clinic of the Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: monicagiuli@gmail.com

*** Managing Doctor, Psychiatrist and Psychotherapist, In charge of the Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and Director of the Operating Structure Departmental Complex of Clinic of the Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: bellonil@aou-careggi.toscana.it

La Clinica delle Organizzazioni nel cambiamento organizzativo di un reparto di terapia intensiva

*Dario Iozzelli**, *Monica Giuli***, *Laura Belloni****

Abstract

Il presente contributo si propone di illustrare un processo consulenziale richiesto alla SODc Clinica delle Organizzazioni da parte di un reparto di Terapia Intensiva di un'Azienda della Regione Toscana in occasione di alcune trasformazioni che stavano interessando l'operatività del gruppo di lavoro. Tale processo ha avuto come esito la realizzazione di un percorso formativo rivolto agli operatori sanitari della struttura anche con la finalità di accompagnarli nel passaggio da reparto di Terapia Intensiva *chiusa* a reparto di Terapia Intensiva *aperta*. Il cambiamento organizzativo dal Reparto di area critica chiuso al reparto aperto è sostenuto anche dalla Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana. Vengono quindi proposte una discussione e una riflessione sia sulle principali tematiche che un simile cambiamento organizzativo comporta sia su azioni che possono essere messe in atto per farvi fronte.

Parole chiave: consulenza psicosociologica; cambiamento organizzativo; terapia intensiva aperta; gruppo di lavoro in sanità; formazione operatori sanitari.

* Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia, collabora dal 2007 con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e con la Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: dario.iozzelli@gmail.com

** Psicologo, collabora con Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e con la Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: monicagiuli@gmail.com

*** Dirigente Medico, Psichiatra e Psicoterapeuta, Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e Direttore della Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: bellonil@aou-careggi.toscana.it

Il reparto ospedaliero di Terapia Intensiva in Italia osserva ancora una struttura organizzativa orientata da rigide regole di restrizione, facendo dell'area critica un luogo essenzialmente di ricovero, in cui il paziente, cosciente o non cosciente, aspetta la stabilizzazione delle proprie funzioni vitali e in cui può essere fortemente limitata la presenza, se non anche la visita, di familiari e visitatori. Si parla in questo caso di Rianimazione Chiusa, intendendo una chiusura che si attua su molteplici livelli, temporale, fisico e relazionale (Giannini, 2008).

Negli ultimi anni si è assistito ad un dibattito crescente sulla possibilità di modificare l'attuale assetto organizzativo dei reparti di Terapia Intensiva in vista di una loro maggiore apertura, intendendo con ciò una struttura di cure intensive in cui uno degli obiettivi dell'équipe è la razionale riduzione o l'abolizione di tutte le limitazioni non necessarie poste a livello fisico e relazionale (Giannini, 2008).

La rassegna di Giannini del 2007 ha riassunto i benefici di una maggiore "apertura" dei reparti di Terapia Intensiva ai familiari, contestando così il pensiero che l'accesso dei familiari in questi reparti possa mettere a rischio l'incolumità fisico-sanitaria del paziente stesso, incrementare il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure e il carico di stress per pazienti e familiari. Gli studi scientifici, al contrario, hanno messo in evidenza come la distanza dai propri affetti sia un fattore di sofferenza per il paziente, che affronta un isolamento fisico ed emotivo in una situazione complessa quale il ricovero in un reparto di Terapia Intensiva (Giannini, 2007).

Due diversi studi (Giannini, Miccinesi & Leoncino, 2008; Giannini & Miccinesi, 2010) hanno messo in evidenza come la chiusura delle Terapie Intensive sia un fenomeno prevalente in Italia, caratterizzato da una politica sulle visite decisamente connotata in senso restrittivo.

In Toscana, regione in cui la Commissione Regionale di Bioetica (CRB) ha individuato delle Raccomandazioni relative alla permanenza dei parenti presso le Rianimazioni e le Terapie Intensive, è stata realizzata un'indagine finalizzata a favorire una conoscenza delle realtà che si erano adeguate a quanto indicato (Valdambrini, Canavacci & Orsi, 2011). L'indagine, condotta fra aprile e maggio 2010, ha coinvolto 74 strutture disseminate su 31 presidi ospedalieri, per un totale di 74 medici e 69 infermieri. In estrema sintesi è stata confermata la prevalenza, al momento dell'indagine, di una chiusura delle Terapie Intensive. Rispetto all'atteggiamento del personale nei confronti di tale cambiamento è maggiore il numero di operatori che si dicono contrari, in particolare tra la categoria professionale dei medici. Emerge inoltre una differenza nelle risposte fornite dai medici e dagli infermieri su questioni organizzative. Un ulteriore risultato è che, a due anni di distanza dalle raccomandazioni, nel 50% delle strutture non era stato svolto per il personale sanitario alcun corso di formazione relativamente all'apertura del reparto di Terapia Intensiva.

L'apertura di un reparto di Terapia Intensiva comporta una crescita della consapevolezza della portata etica delle prassi assistenziali, nell'ottica di una presa in carico complessiva della problematicità clinica, etica e relazionale dei pazienti ricoverati (Valdambrini, Canavacci & Orsi, 2011). Un simile cambiamento non può non influire sugli operatori e sui gruppi di lavoro che si trovano a vivere e ad agire tale cambiamento, poiché esso incide sul significato stesso dei reparti di Terapia Intensiva e sul modo in cui, individualmente e in gruppo, gli operatori si approcciano a tale cambiamento e lo organizzano. Inoltre in questa nuova realtà organizzativa, oltre a svolgere le normali funzioni di assistenza medica, il personale sanitario si trova ad affrontare nuove e diverse situazioni relazionali e comunicative con pazienti e familiari in un contesto ambientale con spazi e regole differenti. Il compito di instaurare una buona comunicazione tra paziente, familiari ed operatori al fine di minimizzare, per quanto possibile, il dolore, l'ansia e lo stress della degenza e delle cure, assume un ruolo centrale e non eludibile, con inevitabili ripercussioni anche sul gruppo di lavoro degli operatori.

Da alcune esperienze emergono problemi all'avvio del processo di apertura di un reparto di Terapia Intensiva sotto vari punti di vista: all'interno dell'équipe prendono campo molte incertezze relazionali ma anche gestionali, tra cui la necessità di dedicare tempo ai parenti a discapito dell'assistenza diretta ai pazienti, la mancanza di spazio per un'eventuale nuova disposizione architettonica, la scelta delle informazioni da dare ai parenti, la modalità di relazionarsi con essi (Madeo & Parisi, 2008). Lo studio condotto nel 2008 da Garrouste - Orgeas e colleghi (Garrouste-Orgeas, Philippart, Timsit, Diaw, Willems, Tabah, Bretteville, Verdavainne, Misset & Carlet, 2008) ha messo in evidenza come le diverse categorie professionali possano avere percezioni anche eterogenee su aspetti quali l'organizzazione delle cure, la fiducia dei familiari e il carico di stress per la famiglia. Lo studio del 2008 di Bracci, relativamente al gruppo di lavoro composto da medici e infermieri, ha riportato un maggiore accordo dei primi su un'ulteriore apertura del reparto di Terapia Intensiva. È interessante

notare come, sempre nello stesso studio, emerga tra le osservazioni riferite dagli infermieri l'importanza, prima di ogni cambiamento organizzativo, di poter contare su una buona comunicazione e un libero scambio di opinioni in modo da avere una linea comportamentale comune nei confronti dell'utente (Bracci, 2008).

In vista di un simile cambiamento appaiono dunque indispensabili percorsi formativi specifici, volti al raggiungimento di una consapevolezza condivisa dell'intera équipe sanitaria coinvolta nel processo assistenziale del paziente critico. Tale necessità trova ragione anche nell'esigenza di rendere il personale sanitario in grado di favorire "un'educazione" dei parenti al rispetto delle regole e quindi consentire un uso consapevole degli spazi e dei tempi della struttura.

La Clinica delle Organizzazioni in un'Azienda Ospedaliero Universitaria

Obiettivo del presente contributo è rendere nota un'esperienza di intervento formativo psicosociologico condotta presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC) di Firenze dalla Struttura Operativa Dipartimentale Complessa (SODc) di Clinica delle Organizzazioni (Belloni & Marabini, 2010; Belloni et al., 2011). Tale esperienza ha riguardato una delle Terapie Intensive dell'Azienda che aveva in programma il passaggio da modalità organizzativa chiusa ad aperta.

La SODc di Clinica delle Organizzazioni è collocata presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi ed è inserita nello Staff della Direzione Generale. Il suo intervento prevede la cura della dimensione relazionale per il miglioramento del benessere e della salute organizzativa attraverso azioni di prevenzione del disagio, all'interno di un più ampio contesto di cambiamento e di innovazione organizzativa, nonché di prevenzione di criticità con i cittadini/utenti. Obiettivo è quindi il superamento delle criticità relazionali interne all'organizzazione e con l'utenza, per un miglioramento della qualità della vita organizzativa e dei servizi di cura offerti agli utenti.

Le sue azioni pertanto sono rivolte, su richiesta della Direzione e degli stessi Dipartimenti Aziendali, a migliorare le interazioni tra individuo e contesto organizzativo, all'interno dei gruppi di lavoro e tra gruppi. In tal senso si individuano come principali livelli di intervento il Sistema – Organizzazione, i Gruppi e gli Individui.

Tutti gli interventi si realizzano non solo in collaborazione con la Direzione Aziendale e con le diverse strutture direttamente coinvolte, ma anche, in un'ottica di intervento di rete, in sinergia con tutti gli interlocutori che in Azienda si occupano di questi temi: dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP), alla Medicina del Lavoro, dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) alla Amministrazione Giuridica del Personale, fino agli Affari Legali e agli Affari Generali per l'area dei contenziosi.

Nello specifico gli interventi si svolgono attraverso un'attività di consulenza e supporto all'individuo – gruppo – organizzazione che ne fanno richiesta. Gli stessi interventi sono orientati ad accompagnare il cambiamento organizzativo legato a processi di rimodulazione organizzativa, all'introduzione di nuove tecnologie, a cambiamenti strutturali, all'organizzazione delle attività per intensità di cura. In sintesi si possono individuare tre livelli, tra loro in collegamento circolare:

- a) Prevenzione: consulenza – sensibilizzazione – collaborazione a livello di Direzione Aziendale e Dipartimentale relativamente alle strategie operative, all'accompagnamento dei cambiamenti organizzativi e alle criticità caratterizzanti i diversi percorsi di cura ospedalieri.
- b) Diagnosi: valutazione dello stress lavoro-correlato, indagine di clima interno, consulenza per situazioni di discriminazione e mobbing, valutazioni elaborate ad hoc per particolari criticità aziendali, con individuazione di aree più resilienti e aree più vulnerabili; valutazione della soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi offerti.
- c) Intervento: consulenza a individui e a gruppi; progetti formativi per gruppi di lavoro; progetti specifici articolati per rispondere al disagio rilevato e alle criticità relazionali emerse.

In particolare la formazione rappresenta uno strumento privilegiato di trasformazione delle dinamiche organizzative che possono creare le condizioni generanti criticità relazionali, come ad esempio avviene nei processi di cambiamento (Belloni et al., 2011). Essa permette di offrire uno spazio di sviluppo e di sensibilizzazione per l'area dell'organizzazione portatrice della domanda sui temi delle criticità relazionali, delle competenze psicologiche e comunicative nei processi di cura e sulle modalità di analisi, lettura e comprensione delle dinamiche del sistema individuo-gruppo-organizzazione.

L'analisi della richiesta di formazione e la progettazione del percorso formativo si sviluppano in un processo dinamico e non rigido che privilegia l'analisi della domanda e una attenzione agli aspetti emozionali/relazionali del contesto all'interno del quale nasce l'esigenza stessa dell'intervento.

La formazione psicosociologica

Il tema della formazione psicosociologica per i professionisti della salute viene spesso argomentato attraverso il confronto tra due diverse rappresentazioni dell'azione formativa stessa. Partendo da considerazioni principalmente di natura epistemologica, si contrappone la formazione definibile come tradizionale, caratterizzata sostanzialmente da una trasmissione di contenuti, competenze ed eventualmente anche di atteggiamenti da apprendere in una forma che potremmo definire come replicativa – duplicativa, alla formazione invece concepita come spazio di elaborazione dei significati psicologici che è necessario identificare e strutturare nel particolare della situazione di apprendimento. Seguendo un modello proposto da Renzo Carli, si distingue la *formazione data*, progettata aprioristicamente rispetto al problema presentato (Carli & Paniccina, 1999) e organizzata secondo un insieme di norme a cui sottostare, da quella *costruita* in funzione delle problematiche presentate e che vede l'accordo tra le parti (consulente/formatore e richiedente) come risultato di un processo di negoziazione non scontato o completamente prevedibile (nei suoi contenuti o processi). Il primo è un modello che potremmo definire come applicativo: un format concepito altrove che si applica alle situazioni che si considerano consone o adatte. Il secondo, invece, dispone di una metodologia capace di dar senso alla domanda formulata e, soprattutto in ragione di essa, di costruire nel qui ed ora della relazione formativa specifica un intervento ad hoc.

Nella *formazione data* si assume un ambiente di apprendimento facilitante l'espletamento della formazione stessa (Grasso, Cordella & Pennella, 2003), mentre nella *formazione costruita* è la stessa definizione dello spazio di lavoro formativo ad essere lavoro e prodotto dell'intervento, in quanto con esso si delinea uno spazio che, se funzionale, permette di leggere ed argomentare la domanda proposta. Nel primo caso la richiesta formativa è a monte dell'intervento e ne giustifica l'applicazione, nel secondo la domanda rimane quale oggetto dell'intervento formativo.

Lo specifico dell'intervento qui in esame, a nostro parere, si colloca in uno spazio articolato ed intermedio tra questi due modelli. Il processo consulenziale evidenzia e articola la domanda iniziale posta al consulente (SODc), permettendo così di definire la stessa (co – costruzione dello specifico dell'intervento psicosociologico). Lo specifico della situazione organizzativa – Azienda Ospedaliero Universitaria del SSN – definisce i percorsi istituzionali attraverso i quali rende possibile l'intervento stesso (nel caso qui riportato la formazione aziendale).

Lo specifico del ricovero in un reparto di Terapia Intensiva

Il ricovero in un reparto di area critica ospedaliera, come è quello di Terapia Intensiva, rappresenta sempre un evento critico complesso, sia relativamente agli aspetti medico clinici sia per quanto concerne quelli psicologico relazionali ed emotivi (Bermuez, Sanz, Novoa & Serrano, 1999; Boer, van Ruler & van Emmerik, 2008; Bracci, 2008; Capuzzo, 2005; Cassel, 2005; Colville, 2001; Covinsky et al., 1994; Curtis, 2001; Davidson, 2005; Giannini, 2007; Giannini, 2008; Giannini & Miccinesi, 2010). L'evento ricovero in un reparto di Terapia Intensiva è un momento drammatico nella vita di una persona e dei suoi familiari sia come conseguenza della gravità della situazione clinica (ad esordio improvviso, progressivo o come recrudescenza di una patologia pregressa e/o cronica, invalidante, degenerativa) sia perché spesso l'evento si verifica in modo improvviso, alterando drammaticamente la capacità di adattamento del nucleo familiare. Oltre al prestare cure intensive, all'operatore sanitario, sia esso medico, infermiere od operatore socio sanitario, è quindi richiesta anche la capacità di instaurare e mantenere un rapporto empatico comunicativo e d'aiuto basato sulla fiducia. Attraverso un atteggiamento trasparente che delinei con competenza, chiarezza e semplicità l'intero percorso di cura, è possibile accompagnare e sostenere la famiglia nel comprendere e affrontare questa particolare situazione ad alto contenuto emotivo, che spesso influisce non solo sulla percezione della qualità delle cure ma anche su scelte cruciali e sullo sviluppo di progetti futuri post ricovero. L'operatore sanitario

e il gruppo di lavoro in area critica si confrontano quotidianamente con aspetti critici anche, e soprattutto, sotto il profilo relazionale, tali da richiedere una collaborazione integrata con le competenze di area psicologico clinica sia per l'intervento sul paziente, sia per il supporto ai familiari, sia per l'implementazione – manutenzione – supervisione degli aspetti psicologico relazionali nel rapporto paziente – familiari – operatore e in quelli operatore – gruppo di lavoro.

Il progetto di intervento psicosociologico della SODc Clinica delle Organizzazioni ha avuto lo scopo di sostenere lo sviluppo delle componenti psicologiche nel contesto ospedaliero di area critica intervenendo sul livello orizzontale paziente – familiari – operatore – gruppo di lavoro, considerato in ogni sua componente.

L'operatore del reparto di terapia intensiva

L'ambiente di un reparto di Terapia Intensiva è potenzialmente molto stressante, soprattutto per l'alta mortalità e la gravità dei quadri clinici, per i confronti quotidiani con questioni etiche e per un'atmosfera spesso carica di tensioni emotive. L'esposizione ripetuta a stress estremi e la difficoltà a poter controllare alcune variabili ambientali possono contribuire allo sviluppo di problematiche psicologiche significative, come ansia, depressione, burn-out, e disturbo post-traumatico da stress.

L'analisi della letteratura (Copia, 2007; Corbo & Pastorino, 2006; Garrouste – Orgeas et al., 2008; Novoa Blanca & Ballestreros de Valderrama, 2006; Pagliani, Affò & Mabellini, 2004; Wilson, 1987) e le attività di tipo psicologico presenti all'interno dei reparti di varie realtà ospedaliere hanno permesso l'individuazione di modalità comunicative disfunzionali, di dinamiche operatore – paziente e di comportamenti presentati dai familiari di pazienti ricoverati in situazioni di criticità che possono rappresentare fattori di difficile gestione per gli operatori.

I più frequenti sono: il disagio e l'angoscia degli operatori legati agli eventi comunicativo-relazionali relativi a complicanze o esiti negativi nella cura del paziente; la ricerca da parte dei familiari dei pazienti ricoverati di quei gesti e/o parole nell'atto comunicativo dell'operatore che evocano speranze o illusioni nei confronti delle condizioni di salute del proprio caro; le seguenti necessità, da parte dell'operatore che comunica una notizia, di conoscere questa dinamica e di saperla gestire in maniera ottimale; la tendenza alla delega della "cattiva notizia" riscontrabile in alcuni operatori a vari livelli di consapevolezza; l'utilizzo di strategie difensive disfunzionali per affrontare i notevoli carichi di angoscia portati dai familiari di pazienti ricoverati; la difficoltà nel gestire quelle situazioni che rievocano esperienze personali nell'operatore coinvolto e la necessità di saper riconoscere eventuali meccanismi di identificazione con l'assistito. In questa cornice, interventi psicologici di supporto agli operatori, singolarmente e in gruppo, insieme ad attività di consulenza, formazione e intervizione, costituiscono strumenti per il miglioramento del benessere e la riduzione del disagio psicologico degli operatori, nonché per lo sviluppo e la manutenzione delle competenze psicologico – relazionali del gruppo di lavoro sia al suo interno che verso l'utenza.

Verso un reparto di Terapia Intensiva Aperto

Un reparto di Terapia Intensiva aperto all'interno dell'ospedale per intensità di cure pone alcune questioni relative alla presa in carico del paziente, quali il passaggio tra Terapia Intensiva e degenze a minor intensità di cura, l'omogeneità dell'assistenza e una attenzione agli aspetti di accoglienza e relazionali durante tutto il ricovero, tutti aspetti vissuti con forte intensità emotiva da parte degli utenti. Strumenti per il monitoraggio di questi aspetti e la prevenzione di eventuali criticità sono l'accompagnamento dei pazienti e familiari nei reparti di destinazione attraverso l'individuazione di case manager, lo sviluppo di percorsi condivisi dagli operatori dei diversi reparti (formazione), l'implementazione di competenze relazionali e comunicative degli operatori (cura degli aspetti di anticipazione dei cambiamenti di reparto e di accoglienza, formazione dedicata).

Tra i fattori di rischio per pazienti e familiari (Azoulay, 2005; Barclay & Lie, 2007; Coots, 2007; Davis, 1978; Davydow, 2008; De Bertolini & Rupolo, 1986; Deja, 2006; DeKeyser, 2003; Durbin, 1995; Epstein & Breslow, 1999; Fassier, 2005; Fowler, 1997; Granberg, 1999; Griffiths, 2007; Jones, 2004; Jones, 2007; Keenan et al., 2000; Laitinen, 1996; Lautrette, 2007; Leite, 2005; McCartney &

Boland, 1994; Montanari, 1998; Morse, 2002; Papathanassoglou, 2010; Peris et al., 2011) molto brevemente è possibile identificare: isolamento socio – relazionale, problematiche socio – ambientali e psicologiche pregresse al ricovero, repentinità dei quadri clinici soprattutto nei pazienti giovani, mancata comprensione del percorso ospedaliero e delle scelte terapeutiche, comunicazione insufficiente con lo staff.

Figurano invece tra i fattori protettivi l'individuazione di figure dedicate, di spazi dedicati all'accoglienza, la possibilità di identificare un percorso chiaro intraospedaliero, la fiducia negli operatori legata alla percezione dell'accoglienza dei bisogni, la necessità di essere coinvolti quanto più attivamente possibile nel percorso di cura.

Consulenza di processo

L'intervento nasce dal percorso consulenziale (consulenza di processo) richiesto alla SODc Clinica delle Organizzazioni dalla Direzione da uno dei reparti di Terapia Intensiva dell'AOU Careggi. Nello specifico si tratta di alcune criticità collegabili ad un percorso di trasformazione sia dell'area di degenza sia del Dipartimento cui lo stesso reparto afferisce: nuove tipologie di pazienti, nuova organizzazione della degenza, apertura del reparto di Terapia Intensiva, nuovo assetto relazionale con utenza e familiari, ma anche operatori sanitari di altre aree della stessa Azienda, nuovo assetto organizzativo aziendale. La richiesta riguarda quindi la possibilità di permettere un cambiamento organizzativo positivo condiviso da tutto lo staff medico infermieristico, che si trova a curare una diversa tipologia di pazienti e in un nuovo contesto organizzativo, quindi a operare all'interno di un nuovo assetto del sistema dinamico paziente – operatore – gruppo di lavoro – organizzazione sanitaria. Viene ipotizzato per il raggiungimento dell'obiettivo suddetto un intervento integrato della SODc Clinica delle Organizzazioni come consulente di processo sia per il reparto di Terapia Intensiva sia per tutte le équipe sanitarie (ed i singoli professionisti impiegati) coinvolte nel delicato processo clinico – chirurgico per nuove tipologie di pazienti.

La consulenza di processo della SODc delinea, quindi, i principi fondamentali a cui deve essere ispirata un'azione che sappia incidere sui problemi del cambiamento organizzativo, comprendendo e superando le resistenze sempre presenti in un sistema interumano dinamico e offrendo soluzioni concrete capaci di rappresentare al tempo stesso un'opportunità di crescita professionale e personale dei singoli e dei gruppi di lavoro.

La consulenza di processo (Schein, 2001) può essere definita come una particolare tecnica dell'attività di comprensione e d'aiuto a persone, gruppi e organizzazioni. Tale approccio, analogamente a quello della clinica psicosociale, si basa, tra gli altri, sull'assunto che un sistema umano può essere aiutato solo ad aiutarsi da sé. Il tipo di relazione che si auspica per un aiuto efficace affonda le sue radici in ambito terapeutico: la consulenza di processo è, infatti, un tipo di ricerca-azione, un metodo che si inserisce all'interno di programmi di sviluppo organizzativo, ma è essenzialmente un metodo clinico, che si denota da un particolare atteggiamento nel rapportarsi a determinati problemi organizzativi.

In sintesi gli step consulenziali della SODc hanno interessato i seguenti aspetti:

- a) coadiuvare la Direzione Aziendale dell'AOU Careggi nella gestione del processo di cambiamento nella specializzazione del Reparto di Terapia Intensiva per le nuove tipologie di accessi e tecniche/tecnologie impiegate;
- b) coadiuvare il processo interno al gruppo di lavoro del reparto di Terapia Intensiva di costruzione, redazione e condivisione di nuove linee guida per le attività specialistiche di reparto (auto – formazione);
- c) strutturare un intervento formativo ad hoc co-costruito con il personale del reparto inerente tematiche comunicativo – relazionali, lavoro di gruppo, gestione dello stress e implementazione delle conoscenze/competenze psicologiche del singolo e dell'équipe;
- d) coadiuvare e favorire un percorso interno all'équipe di migliore gestione organizzativa delle risultanti del nuovo assetto organizzativo e di utenza attraverso l'analisi dell'assetto organizzativo e clinico verticale (interna al reparto di Terapia Intensiva);
- e) favorire la ricerca scientifica multi – professionale su aspetti rilevanti il nuovo assetto, sia organizzativo sia clinico, conseguente il cambiamento suddetto.

Il processo consulenziale – su richiesta del Direttore del reparto e del Coordinatore infermieristico dello stesso – è stato intrapreso attraverso i percorsi aziendali esistenti per la richiesta della consulenza psicosociologica alla SODc Clinica delle Organizzazioni. Il significativo cambiamento organizzativo interno – nuove tipologie di pazienti ricoverati insieme con una nuova politica di servizio (reparto di Terapia Intensiva Aperta) – in parallelo al consistente cambiamento organizzativo esterno al reparto ma interno all’Azienda – rimodulazione dei servizi per intensità di cura, accorpamento di unità operative e strutturazione di nuove aree di intervento – avevano comprensibilmente e significativamente alterato l’assetto organizzativo e relazionale del reparto. Questo si è espresso non ancora attraverso *sintomi espliciti di disfunzionalità organizzativa*, ma con segnali di sofferenza relazionale ed organizzativa del personale impiegato nel reparto in relazione ai compiti professionali, definibili come ordinari, e soprattutto verso quelli conseguenti al nuovo scenario organizzativo (interno ed esterno al reparto) che si stava preannunciando. Ad una prima serie di incontri organizzati dalla SODc Clinica delle Organizzazioni con il Direttore del reparto e con il Coordinatore infermieristico per una prima analisi delle problematiche organizzative riportate, sono seguiti alcuni incontri di consulenza con tutto il gruppo di lavoro degli operatori del reparto (medici, infermieri e OSS). Gli obiettivi dei suddetti incontri, concordati con il gruppo di lavoro, erano: una prima valutazione e una condivisione delle problematiche emerse nei colloqui con il Direttore e il Coordinatore infermieristico; un focus grupitale sui problemi organizzativi e relazionali che il reparto stava affrontando; la possibilità di individuare, insieme con il percorso consulenziale in essere e all’interno dei percorsi aziendali esistenti – in questo caso la formazione aziendale inerente gli aspetti relazionali e psicologici – i contenuti formativi più idonei e soprattutto condivisi con il gruppo. In questo caso il gruppo stesso è definibile come committente dell’intervento.

Il percorso formativo

Il percorso formativo è stato pensato per permettere un’analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto dall’operatore nel gruppo di lavoro al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rilevate efficaci, ad esempio nella gestione dei conflitti, nella condivisione delle modalità comunicative con pazienti e familiari e nella comunicazione tra operatori. Tale revisione critica è di particolare importanza in un contesto di cambiamento organizzativo come quello che caratterizza l’apertura del reparto di Terapia Intensiva, poiché consente di promuovere una riflessione condivisa sugli effetti che potrebbero derivare nei confronti sia dell’utenza/familiari sia del gruppo di lavoro e di individuare in modo congiunto le azioni che è necessario intraprendere per favorire un adattamento più efficace possibile per il gruppo di lavoro secondo una dimensione sia individuale che collettiva.

Il percorso formativo ha visto la realizzazione di due edizioni in modo da agevolare la partecipazione di tutti gli operatori del reparto di Terapia Intensiva. Ogni edizione ha previsto cinque moduli di quattro ore ciascuno, così articolati:

- 1[^] e 2[^] modulo: Problematiche psicologiche ed emotive del paziente e dei familiari nel reparto di Terapia Intensiva.
- 3[^] modulo: Implicazioni relazionali e fattori di stress per l’operatore e il gruppo di lavoro del reparto di Terapia Intensiva.
- 4[^]e 5[^] modulo: Aspetti relazionali - comunicativi e criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta; gruppo di lavoro e strumenti per prevenire e affrontare le criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta.

All’inizio del percorso formativo è stato somministrato ai partecipanti un questionario volto a indagare le aspettative che i partecipanti nutrivano nei confronti del cambiamento rappresentato dall’apertura del reparto di Terapia Intensiva. I risultati sono stati poi restituiti agli operatori al termine del percorso al fine di introdurre i temi maggiormente legati al gruppo di lavoro e favorire una discussione collettiva. Lo strumento impiegato ha preso spunto da quello impiegato nella ricerca del 2008 di Garrouste-Orgeas e collaboratori precedentemente citata (Garrouste-Orgeas et al., 2008).

Al percorso formativo, organizzato in due edizioni così da agevolare la partecipazione del personale in turno, hanno preso parte all'incirca quindici operatori tra medici, infermieri e OSS. Nel corso degli incontri è stata utilizzata una metodologia formativa di tipo partecipato, che ha previsto sia la presentazione di riflessioni relative ad aspetti più contenutistici (le più frequenti difficoltà psicologiche e relazionali dei pazienti, dei loro familiari e del gruppo di lavoro), con relativa discussione sull'esperienza degli operatori in aula, sia l'illustrazione di casi clinici esemplificativi di criticità specifiche che possono insorgere in una realtà come quella di un reparto di Terapia Intensiva nella modalità "chiusa" e nel passaggio a quella aperta. Ampio spazio quindi è stato lasciato al confronto e alla discussione dei partecipanti sui temi che gli operatori avvertivano come particolarmente significativi per il proprio gruppo di lavoro così come all'impatto che il processo di apertura poteva avere rispetto ad essi. È stato privilegiato negli incontri lo sviluppo di riflessioni e connessioni tra esperienza vissuta, consapevolezza e conoscenza del funzionamento del gruppo di lavoro, aspettative sul cambiamento in fieri e approfondimento delle conoscenze sui temi trattati. Tra gli elementi emergenti, i più rilevanti anche per le ricadute operative che comportano sono stati il rapporto con i familiari dei pazienti, sia per l'attivazione emotiva che suscita sia perché molti dei cambiamenti legati al passaggio a reparto di Terapia Intensiva aperta riguarda un aumento della loro presenza nei box; la necessità di un adattamento negli aspetti formali del lavoro (es. orari, consegne etc.) e in quelli relazionali (accoglienza, rassicurazione, tutela di tutta l'utenza presente in reparto); la ridefinizione di alcune regole in virtù del significato profondo che sostiene l'apertura del reparto e l'impatto di questa sul gruppo di lavoro.

Al termine del percorso formativo, il gruppo di lavoro coadiuvato dai formatori si è dato il compito di rivedere e aggiornare la brochure informativa del reparto in vista della trasformazione in un reparto di Terapia Intensiva aperta. È inoltre stato previsto un incontro in cui verificare l'andamento del processo di cambiamento ed ipotizzare eventuali ulteriori azioni da realizzare in accordo con il Direttore di Struttura Operativa e il Coordinatore Infermieristico.

Commento

La realizzazione di un percorso formativo in occasione dell'apertura del reparto di Terapia Intensiva è una pratica sostenuta dalla Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana, sebbene la ricerca promossa dalla Commissione abbia messo in luce una scarsità di esperienze formative sul tema attivate dalle varie strutture sanitarie.

Un percorso formativo dedicato al tema del passaggio a reparto di Terapia Intensiva aperta configura la possibilità per gli operatori di riflettere su questa modalità organizzativa a partire da quello che è il loro quotidiano lavorativo e la loro esperienza in relazione ai pazienti, ai familiari dei pazienti, al gruppo di lavoro stesso e all'organizzazione. L'introduzione dei vari aspetti connessi all'apertura del reparto di Terapia Intensiva e del modo in cui essi impattano sugli operatori agevola una riflessione del gruppo di lavoro spingendolo a ripensare se stesso e l'organizzazione entro la quale è inserito. Creare lo spazio per una tale attività di riflessione e revisione di gruppo può essere ritenuta la premessa ad ogni tipo di cambiamento culturale ma anche operativo da affrontare.

Nello specifico del gruppo di lavoro che ha preso parte al percorso formativo, è emersa la raffigurazione di un quotidiano operativo caratterizzato da esperienze diverse, da ritmi molto intensi di lavoro e da un contesto in continuo cambiamento. Come era lecito aspettarsi nei confronti della apertura del reparto di Terapia Intensiva non è risultata una polarizzazione del gruppo a favore o a sfavore dello specifico cambiamento organizzativo, quanto piuttosto la compresenza dei due elementi.

Il questionario, somministrato unicamente con la finalità di promuovere una discussione e un confronto interno agli operatori, ha consentito di mettere in evidenza come le diverse professionalità mostrassero un simile andamento nei diversi quesiti. Per esempio sia i medici che gli infermieri sembravano aspettarsi uno scarso effetto dell'apertura sull'organizzazione delle cure offerte al paziente e sulla puntualità degli esami e delle procedure sul paziente a causa della presenza dei familiari nel box. La maggioranza degli operatori non è apparsa preoccupata delle ricadute dell'apertura del reparto sulla fiducia dei familiari nei confronti del team, anzi, su questo specifico quesito, negli operatori ha prevalso l'aspettativa che essa potesse persino aumentare. Questo risultato sembrerebbe alludere al modo in cui il gruppo vede se stesso, ovvero con fiducia e con competenza.

Se su questi aspetti il gruppo è parso comportarsi in modo piuttosto omogeneo, lo stesso andamento non si è osservato nei quesiti in cui veniva indagata la ricaduta in termini di stress relativo alla relazione con i familiari, tema rispetto al quale il gruppo ha fornito risposte eterogenee.

Un tale risultato ha sollecitato una riflessione da parte degli operatori e una esplicitazione di eventuali dubbi e riserve, soprattutto in relazione ai limiti attraverso i quali definire la presenza dei familiari, tema che è emerso in modo particolare in riferimento alle occasioni in cui è richiesto allo staff medico infermieristico di compiere manovre mediche invasive. Attraverso il confronto e la condivisione gli operatori hanno avuto modo di esplorare punti di vista alternativi al proprio personale, anche attenuando le idee di partenza, fino alla necessità di considerare ogni caso come a sé stante. È opportuno sottolineare come il riconoscimento e la legittimazione iniziali di tutte le posizioni pongano le basi per la costruzione di un'idea quanto più condivisa possibile, che orienterà poi l'adattamento del processo di apertura alle specificità di quell'area di degenza.

Una ulteriore variabilità, sebbene meno accentuata, è emersa anche nell'aspettativa che la presenza dei familiari potesse comportare disagio nel personale nel momento in cui si trova ad esaminare il paziente.

Conclusioni

Alla luce dell'importanza di aprire i reparti di Terapia Intensiva ad una maggiore presenza dei familiari e dei significati che ciò può assumere per il gruppo di lavoro, riteniamo che per meglio fronteggiare un tale cambiamento organizzativo sia particolarmente indicata la creazione di un percorso formativo dedicato che consenta uno spazio in cui operare una riflessione e una revisione di aspetti legati alla propria operatività, all'interno del quale discutere e confrontarsi sui propri dubbi e sulle proprie resistenze in un clima accogliente e rispettoso di tutte le posizioni.

La necessità di un tale percorso è ancora più evidente quando i cambiamenti che i gruppi si trovano ad affrontare comportano un'evoluzione del significato con cui si guarda al proprio operato, al gruppo di lavoro e all'utenza.

Un elemento che può rappresentare un limite all'esperienza descritta è l'assenza di una valutazione più strutturata della ricaduta operativa dell'intervento formativo rivolto al gruppo di lavoro, ad esempio attraverso il monitoraggio di indicatori aziendali oggettivi (segnalazioni e reclami all'URP aziendale) e variabili prevalentemente soggettive (stress lavoro correlato, clima interno, etc.) correlate alle attività del reparto e da confrontare nelle fasi pre e post cambiamento organizzativo.

Infine sarebbe interessante approfondire come il gruppo di lavoro elabora nel tempo i temi discussi all'interno del percorso formativo, ad esempio individuando quali aspetti si sedimentano come competenze relazionali e comunicative proprie del gruppo stesso e quali invece tendono a scomparire, così come sarebbe opportuno valutare l'evoluzione della tipologia di criticità e di difficoltà che il gruppo di lavoro vive nel proprio quotidiano operativo. Un'ipotesi è quella di poter prevedere successivamente dei percorsi consulenziali/formativi ai ruoli di coordinamento e direzione dei gruppi di lavoro, a supporto e per il mantenimento delle competenze psicologico relazionali degli operatori.

Bibliografia

Alastra, V. (2007). La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in sanità. In D.

Converso & R. Falcetta (Eds.), *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni* (pp.126-142). Torino: Centro Scientifico Editore.

Azoulay, E. (2005). The end-of-life family conference: communication empowers. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 803-804.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J. et al. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.

- Barclay, L., & Lie, D. (2007). New Guidelines Issued for Family Support in Patient-Centered ICU. *The American College of Critical Care Medicine (ACCM)*.
www.medscape.com/viewarticle/551738
- Belloni, L. (Ed.). (2011). *Le relazioni umane nei processi di cura*. Pisa: Edizioni ETS.
- Belloni, L., & Marabini, M. (2010). La struttura di Clinica delle Organizzazioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. *Tendenze nuove, 1*.
- Bermúdez, A. M., Sanz, C., Novoa, M., & Serrano, C. (1999). Informe final del trabajo realizado por el equipo de psicología en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Rafael. Proyecto de humanización de la atención en salud. *Faculty of Psychology, PUJ*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300014&script=sci_arttext
- Boer, K. R., van Ruler, O., van Emmerik, A. A., Sprangers, M. A., de Rooij, S. E., Vroom, M. B., de Borgie, C. A., Boormeester, M. A. & Reitsma, J.B. (2008). Dutch Peritonitis Study Group: Factors associated with posttraumatic stress symptoms in a prospective cohort of patients after abdominal sepsis: a nomogram. *Intensive Care Medicine, 3*, 664-674.
- Bracci, M. L. (2008). Rianimazione chiusa versus rianimazione aperta. *Scenario, 25*, 17-25.
- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolati, E., Gianstefani, G., De Luca, S., Grassi, L., & Alvisi, R. (2005). Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anestesiologica, 71*, 167-179.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Cassel, J. (2005). *Life and Death in Intensive Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Colville, G. (2001). The role of a psychologist on the paediatric intensive care unit. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*(3), 102-109.
- Coots, A. R. (2007). The vicarious experience of posttraumatic stress disorder or symptoms in family members of trauma patients: Differences between ICU and non-ICU families. Palo Alto, CA. : Pacific Graduate School of Psychology. (PGSP Dissertation). Retrieved from <http://gradworks.umi.com/32/41/3241193.html>
- Copia, M. (2007). Entrare in una Terapia Intensiva Ospedaliera. *Ricerche & Contributi di Psiconline*. Retrieved from <http://www.psiconline.it>
- Corbo, D., & Pastorino, A. (2006). *Osservazioni dell'organizzazione e delle dinamiche di un reparto di rianimazione*. Retrieved from <http://www.timeoutintensiva.it>
- Covinsky, K. E., Goldman, L., Cook, E. F., et al. (1994). The impact of serious illness on patients' families. *Journal of the American Medical Association, 272*, 1839-1844.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., Engelberg, R. A., & Rubenfeld, G. D. (2001). The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Critical Care Medicine, 29*(2), 26-33.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine, 35*, 605-622.

- Davis, B. K. (1978). The expanded measurement of patients' psychological stress responses to being in the coronary care unit. *Military Medicine*, *143*, 203-225.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 421-434.
- De Bertolini, C., & Rupolo, G. (1986). *La sofferenza psicologica in rianimazione*. Bologna: Edizioni Patron.
- Deja, M., et al. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, *10*, R147.
- DeKeyser, F. (2003). Psychoneuroimmunology in Critical Ill Patients. *AACN Clinical Issues*, *14*(1), 25-32.
- Durbin, C. (1995). Sedation of the Agitated, Critically ill patient without an artificial Airway. *Critical Care Clinics*, *11*(4), 913-934.
- Epstein, J., & Breslow, M. (1999). The stress response of critical illness. *Critical Care Clinics*, *15*, 17-32.
- Fassier, T., Lautrette, A., Ciroidi, M., & Azoulay, E. (2005). Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Current Opinion in Critical Care*, *11*, 616-623.
- Fontaine, D. (1994). Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, *10*, 651-657.
- Fowler, J., & Smyth, K. (1997). Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimensions of critical care nursing*, *16*, 292-299.
- Garrouste-Orgeas, M., et al. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, *36*, 1, 30-35.
- Giannini, A. (2007). Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiologica*, *73*, 299-306.
- Giannini, A. (2008). Aprire le terapie intensive? *Janus*, *30*, 13-16.
- Giannini, A., & Miccinesi, G. (2010). Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. *Pediatric critical care medicine*, *11*(6), 1- 5.
- Giannini, A., Miccinesi, G., & Leoncino, S. (2008). Visiting policies in Italian Intensive care units: a nation wide survey. *Intensive care medicine*, *34*, 1256-1262.
- Gomez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & de-Andres, J. (2006). Impact of family members of Intensive Care Unit patients. *Boletin de Psicologia*, *87*, 61-87.
- Granberg, A., Engberg, I. B., & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome: part II. *Intensive Critical Care Nurse*, *15*, 19-33.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A. R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.

- Griffiths, J., Fortune, G., Barber, V., & Young, J. (2007). The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33, 1506-1518.
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 978-85.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C., & Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30(3), 456-460.
- Keenan, S. P., Mawdsley, C., Plotkin, D., Webster, G. K., & Priestap, F. (2000). Withdrawal of life support: how the family feels, and why. *Journal of Palliative Care*, 16, Suppl, S40-S44.
- Laitinen, H. (1996). Patient's experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery. *Intensive Critic Care Nurse* 12, 79-83.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., & Adrie, C. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-78.
- Leite, M. A., & da Silva Carvalho Vila, V. (2005). Difficulties experienced by the patient care team at the intensive care unit. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(2), 145-150.
- Madeo, M., & Parisi, S. (2008). Apriamo le porte: dieci anni di rianimazione aperta alla clinica De Marchi. *Scenario*, 2(3), 26-29.
- McCartney, J., & Boland, R. (1994). Anxiety and delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 10(4), 673-680.
- Montanari, S., De Caro, B. M., & Orzalesi, M. (1998). I genitori dei neonati "a rischio": L'intervento dello psicologo nei reparti di Terapia Speciale e Terapia Intensiva Neonatale. *Età Evolutiva*, 60, 37-50.
- Morse, J. M., & Pooler, C. (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. *American Journal of Critical Care*, 11(3), 240-249.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Toien, K., Karlsson, S., & Stokland, O. (2010). Post traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*, 14, R14.
- Novoa, M., & De Valderrama, B. P. (2006). The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 599-612.
- Obholzer, A., & Zagier Roberts, V. (1994). *L'inconscio al Lavoro*. Milano: Etas Libri.
- Pagliaini, L., Affò, L., & Mabellini, D. (2004). Risorse e bisogni di un'equipe di Terapia Intensiva: dall'osservazione all'intervento formativo. *Tempo di nursing*, 40.
- Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing Critical Care*, 15, 118-128.

- Peris, A., Iozzelli, D., Belloni, L., Debolini, M., Bonizzoli, M., et al. (2011). Early intra – intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15,(2), R41.
- Rattray, J. E., & Hull, A. M. (2008), Emotional outcome after intensive care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 2-13.
- Ravelo Perez, V., Garcia Quesada, M., & Alba, C. (1988). The accompanying mother at the intensive care unit: Psychological stress. *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*, 29(3), 477-481.
- Ringdal, M., Plos, K., Lundberg, D., Johansson, L., & Bergbom, I. (2009). Outcome after injury: memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care. *Journal of Trauma*, 66, 1226-1233.
- Samples, R. (1998). Family coping during critical illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2), 100-112.
- Schein, E. H. (2001). *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni d'aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 5(1), 9-14.
- Simini, B. (1999). Patient's perceptions of intensive care. *Lancet*, 354, 571-572.
- Sivak, E., Higgins, T., & Seiver, A. (1995). *The High Risk Patient: Management of the Critically ill*. New York: Williams & Wilkins.
- Szilagyi, K., Dioszeghy, C., & Varga, K. (2008). Psychologists working as member of the intensive care team reduce the lenght of stay. *Orvosi Hetilap*, 7(149), 2329-33.
- Valdambrini, E., Canavacci, L., & Orsi, M. (2011). Le terapie intensive aperte. *Salute e Territorio*, 187, 212-217.
- Wilson, V. S. (1987). Identification of stressors related to patients' psychological responses to the surgical intensive care unit. *Heart and Lung*, 16, 3, 267-273.
- Zoppellari, R. et al. (1990). Cosa fanno, cosa pensano e cosa desiderano i familiari dei pazienti ricoverati in rianimazione. *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi*, II(2).