

Il modello assistenziale dello Human Caring: risultati di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo

Human caring model: results of a pre and post intervention

Piercarlo Brunetti¹

Walter Pellegrini²

Giuliana Maserà³

Paola Berchiolla⁴

Alberto Dal Molin⁵

RIASSUNTO

Introduzione. Il modello "Human Caring" è una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona.

L'infermiere che opera nell'ambito della Salute Mentale, è sottoposto a un notevole carico emotivo e si ritiene che l'introduzione di questo modello possa avere un impatto positivo.

Obiettivo. Valutare gli effetti dell'introduzione del modello Human Caring in un Dipartimento di Salute Mentale del Nord Italia, sul miglioramento del benessere degli operatori sanitari e sulla percezione dei pazienti rispetto le cure assistenziali.

Metodo. Disegno pre e post intervento con gruppo di controllo in cui le variabili sono misurate prima (T0) e dopo (T1) l'implementazione del modello assistenziale Human Caring.

Risultati. Sono stati osservati 80 operatori e 125 utenti. Nel gruppo sperimentale non si sono evidenziate differenze statisticamente significative, tra il pre e il post test sia per quanto riguarda le valutazioni sui pazienti sia per quanto riguarda le valutazioni sugli operatori.

Conclusioni. Il modello dello Human Caring non sembra avere un impatto positivo, a breve termine, ne sui pazienti ne sugli operatori. Tuttavia, è ipotizzabile una sua azione protettiva negli operatori che studi futuri dovranno maggiormente esplorare con periodi di follow up maggiori.

Parole chiave: Human caring, qualità dell'assistenza, organizzazione dell'assistenza.

ABSTRACT

Introduction. The "Human Caring" model is a philosophy of care based on individual centrality and which, although developed within nursing discipline, could be used by all professionals who take care of individuals. Nurses who work within the field of Mental Health, is subjected to a considerable emotional burden and it is believed that the introduction of this model can have a positive impact.

Objective. To evaluate the effects of the introduction of the model Human Caring in the Department of Mental Health Asl Cuneo 1, in order to improve health care professionals' well-being and patients' perception with respect to care and assistance.

Method. A pre and post intervention design approach with control group where variables were measured before (T0) and after (T1) the implementation of the model of care Human Caring.

Results. 80 health care professionals and 125 clients were observed. Results show a non statistically significant difference between the pre and post test both for health care professionals and clients.

Conclusions. Human Caring model does not seem to have a positive impact in the short term. However, it is arguably a protective action for health care professionals that further studies should deeply explore with longer period of follow-up

Keywords: Human caring, quality of care, organization of care.

1 Responsabile Assistenziale Dipartimento Interaziendale Salute Mentale. Docente presso la Scuola di Medicina dell'Università di Torino in Infermieristica clinica del disagio psichico.
Corrispondenza: piercarlo.brunetti@aslcn1.it

2 Infermiere Magistrale e Counsellor, Torino.

3 Professore di Filosofia dell'Assistenza, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Parma.

4 Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino.

5 Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche sede di Novara e Corso di Laurea in Infermieristica sede di Biella – Ospedale di Biella - Università del Piemonte Orientale.

INTRODUZIONE

L'infermiere che opera nell'ambito della Salute Mentale, è sottoposto a un notevole carico emotivo (Onyett, 2011; Santinello & Negrisol, 2009). Può verificarsi demotivazione e compromissione del benessere dell'operatore (Brooks, Gerada, & Chalder, 2011; Madathil, Heck, & Schulberg, 2014) e questo può influire negativamente sull'assistenza erogata verso la persona fragile. Il modello Human Caring (H.C) (Pelle-

grini, 2010) “è una filosofia dell’assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona. È fondata su un paradigma etico che si traduce in prassi operativa di natura assistenziale, educativa e manageriale a tutti i livelli. La teoria-filosofia dello Human Caring (Rafael, 2000; Watson, 2013) è stata elaborata da Jean Watson (Colorado University 1999-2010) e si fonda sulla centralità della persona, (Lusk & Fater, 2013) in una stretta relazione tra il benessere dei pazienti-familiari e il benessere degli operatori (O’Reilly & Cara, 2010). Nello sviluppare l’impianto fondante della teoria, Jean Watson ha rivisitato i principi di Florence Nightingale (Wagner & Whaite, 2010), per riscoprire le radici umanistiche del lavoro di assistenza. Il modello Human Caring, introduce la dimensione etica, spirituale e di senso, evidenziando che il lavoro assistenziale è finalizzato alla riabilitazione della persona nella sua interezza (Watson, 2003). L’elemento fondamentale sta nella personalizzazione dell’assistenza, attraverso un modello, capace di offrire significativi contributi alle professioni di aiuto alla persona. Le principali finalità del Modello Human Caring sono quelle di valorizzare e implementare le competenze relazionali ed educative dell’Infermiere (D.M 739/1994 art.1) riconducendole ad un modello teorico assistenziale coerente con la visione adottata dall’equipe documentandole e misurandone le ricadute sulla persona assistita ed instaurando, con consapevolezza, una relazione di natura professionale. Il modello Human Caring si articola in: modello di assistenza verso la persona, modello di care per gli operatori (Persky, Nelson, Watson, & Bent, 2008), modello di management della salute (Cappell & Leggat, 1994).

Nel momento in cui l’operatore incontra l’altra persona (caring moment), avviene anche una modifica di se stesso. Può essere un punto di svolta esistenziale per l’operatore, perché implica il fermarsi; è un’azione ispirata, guidata da intenzionalità e coscienza di come essere completamente presente in quel momento, aperto all’altra persona, aperto alla relazione personale. Il modello Human Caring permette di eseguire misurazioni sul caring-no caring (Aucoin-Gallant, 1990; Decker, Nich, Carroll, & Martino, 2013), e i possibili effetti sugli operatori, poiché se l’operatore sta male, sta male l’organizzazione, e ciò ricade negativamente sulla qualità dell’assistenza fornita all’utente. Il management nel modello dell’Human Caring deve tendere a migliorare la soddisfazione degli operatori con l’obiettivo di migliorare la performance degli stessi (Lukose, 2011). In questo modello il lavoro non è di tipo prestazionale, ma per obiettivi che tende al “prendersi cura”.

L’Infermiere è in continuo contatto con la persona ed è interessato a capire, non solo quegli aspetti e quei fenomeni generalizzabili, rigorosamente scientifici, ma

anche quei fenomeni, sentimenti e aspetti che sono unici e particolari di quella e quella sola persona. Il core della teoria del Modello Human Caring sono i dieci carative factor. I carative factor (care-active: prendersi cura) sono quei fattori che gli infermieri utilizzano nel prendersi cura della salute di un paziente. Questi fattori (ad esempi: loving-kindness, fiducia, speranza, ascolto, attenzione) sono sviluppati dalla filosofia umanistica che è il nucleo centrale del prendersi cura di un altro essere umano e che pone le sue fondamenta su una base scientifica con un forte riconoscimento delle forze esistenziali fenomenologiche (Ciambriello, Cantelmi, & Pasini, 2005).

Il modello riconosce un’attenzione importante al curante in quanto non può esserci benessere per la persona assistita se non c’è anche un ben-essere emotivo dell’operatore (Kelley, 2002). Là dove esiste un elevato rischio di burn-out per gli operatori (Onyett, 2011), l’organizzazione deve prendersi cura della persona e dell’equipe.

In considerazione del fatto che la relazione di caring e un ambiente caring preservano la dignità, la globalità e l’integrità umana (O’Reilly, 2010) e che studi recenti confermano che la soddisfazione dei professionisti aumenta se il modello della gestione del personale, favorisce un’assistenza centrata sul paziente (Minnaar, 2002) si ritiene utile valutare, seguendo le Linee guida Internazionali sull’implementazione e valutazione degli interventi complessi in sanità (Corry, Clarke, While, & Lalor, 2013) come tale modello impatti sugli operatori e sui pazienti.

OBBIETTIVO DELLO STUDIO

Valutare gli effetti dell’introduzione del modello assistenziale dello Human Caring:

- sul personale e in particolare sul livello di burnout, sul clima di gruppo di lavoro, sulla capacità di prendersi cura di una persona e sugli stili di attaccamento dell’adulto;
- sui pazienti, determinando la percezione rispetto alla qualità delle cure assistenziali ricevute.

MATERIALI E METODI

Contesto

La sperimentazione è stata condotta presso un Dipartimento interaziendale di Salute Mentale del nord Italia in particolare nelle Strutture residenziali (Comunità terapeutiche) e semiresidenziali (Centri diurni). Le Strutture interessate sono 2 Comunità terapeutiche e 2 Centri diurni. Il personale assegnato alle strutture (Medici, Coordinatori, Infermieri, Educatori e OSS) è

costituito da 84 unità (personale ASL e di Cooperative Sociali). Il totale dei pazienti è di 152 unità.

Disegno dello studio

Si tratta di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo in cui le variabili sono misurate prima (T0) e dopo (T1) l'implementazione del modello assistenziale Human Caring (a distanza di 6 mesi) (figura 1). E' stato confrontato l'utilizzo del Modello Human Caring all'interno delle Strutture residenziali e semiresidenziali di una Struttura Complessa, con il modello assistenziale normalmente in uso presso le Strutture residenziali e semiresidenziali di una seconda Struttura Complessa.

Popolazione dello studio

Operatori e pazienti delle Strutture residenziali e semiresidenziali del Dipartimento Salute Mentale. Il campione di convenienza è costituito dagli operatori e dai pazienti presenti nel periodo di osservazione.

Criteri d'inclusione ed esclusione

Criteri d'inclusione:

- età \geq 18 anni,
- operatori e pazienti delle Aree residenziali e semiresidenziali del DSM.

Criteri di esclusione:

- pazienti in fase di scompenso clinico (identificabile con la presenza di un quadro sintomatologico acuto e con una situazione di sofferenza psichica che richieda un intervento immediato per i rischi sia all'individuo stesso che agli altri), che a giudizio del Medico non potevano rientrare nello studio;
- pazienti con interdizione e con grave deficit cognitivo che a giudizio del Medico e dell'Infermiere non potevano rientrare nello studio;
- operatori e pazienti che non hanno accettato di entrare nello studio.

La fase di preparazione allo studio è durata circa 3 mesi coinvolgendo sia il gruppo sperimentale che quello di controllo; prima dell'avvio dello studio sono state effettuate 3 giornate di formazione, rivolta alle equipe multi professionali del DSM, sul Modello Human Caring (di 8 ore ciascuna).

Descrizione dell'intervento sperimentale/organizzativo:

Sono stati realizzati, nel gruppo sperimentale, degli incontri di gruppo (focus group), con operatori e pazienti (un gruppo ha coinvolto gli operatori, l'altro gruppo ha coinvolto operatori e pazienti insieme) per approfondire e discutere i 10 fattori di caring (Di Napoli, Nelson, Turkel, & Watson, 2010; Marckx,

1995) (core del modello assistenziale in studio) confrontandoli con il Codice Deontologico dell'Infermiere. Ad ogni focus group è stato preso in esame un fattore di caring e confrontato con alcuni punti del Codice Deontologico dell'Infermiere che presentano analogie con tale fattore. Tale fattore di caring è stato studiato e approfondito all'interno dell'equipe, durante quel mese, dagli operatori, al fine di favorire un confronto con la pratica assistenziale. I focus group mensili della durata di 60 minuti ciascuno, sono stati 8 ogni mese, e hanno coinvolto 4 equipe di operatori e 4 gruppi di pazienti del gruppo sperimentale, per un periodo di 6 mesi (marzo-agosto 2013)

Per il gruppo degli operatori non esposti (controllo) non sono stati effettuati focus group di approfondimento in quanto si è voluto mantenere il modello assistenziale precedentemente in uso.

Strumenti di raccolta dati

Per valutare l'impatto del modello sugli operatori si sono valutati i seguenti outcome, che sono coerenti con la mission e la vision del servizio in cui si è voluto introdurre il modello:

- 1 la fiducia nelle relazioni con gli altri, l'autostima ed uno stile di attaccamento sicuro (Attachment Style Questionnaire);
- 2 il burnout (Maslach Burnout Inventory);
- 3 il clima del gruppo di lavoro (Team Climate Inventory);
- 4 la capacità di caring dell'operatore (Caring Ability Inventory).

Gli Strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

Attachment Style Questionnaire (A.S.Q) (Feeney & Collins, 2001)

E' uno strumento di auto somministrazione finalizzato alla valutazione dell'attaccamento dell'adulto. Il questionario indaga quanto la persona concorda con ciascuna delle affermazioni che costituiscono i singoli item. La forma definitiva è costituita da 40 item valutati su scala Likert a sei punti da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente d'accordo); i quaranta item sono distribuiti su cinque scale che riguardano la fiducia, il disagio per l'intimità, il bisogno di approvazione, la preoccupazione per le relazioni e la secondarietà delle relazioni.

Maslach Burnout Inventory (M.B.I) (Fletcher, Reed, & Arora, 2011)

Strumento psicodiagnostico standardizzato finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi socio sanitari ed educativi. Il M.B.I è composto da 22 item che misurano tre dimensioni indipendenti della sindrome di burnout. I 22 item sono

affermazioni che riguardano sentimenti legati al proprio lavoro con una scala likert a sei punti dove “0” corrisponde a non aver mai provato tali sentimenti, e 6 corrisponde ad aver provato tali sentimenti ogni giorno (con punteggio intermedio dove 1 corrisponde a qualche volta, 2 una volta al mese, 3 qualche volta al mese, 4 una volta la settimana, 5 qualche volta alla settimana).

Team climate Inventory (T.C.I)(Ragazzoni, Tangolo, & Zotti, 2004)

Il Team Climate Inventory è un questionario costruito per l'analisi del clima del gruppo di lavoro. Il questionario indaga il clima, l'atmosfera dell'equipe di lavoro e le domande riguardano il modo in cui le persone tendono a lavorare insieme in gruppo e come interagiscono. Riguarda inoltre gli scopi e gli obiettivi

del gruppo e quanto supporto pratico è disponibile per lo sviluppo di nuove modalità di lavoro.

La versione italiana dello strumento è costituita da 38 item con risposta su scala Likert a 5 punti, suddivisi in 5 scale corrispondenti a 5 costrutti: sicurezza partecipativa, frequenza dell'interazione, supporto all'innovazione, visione di gruppo e orientamento al compito.

Caring Ability Inventory (C.A.I)(Watson & Foster, 2003)

Il C.A.I è stato sviluppato da Nkongho per misurare la capacità di un individuo di prendersi cura quando è coinvolto in una relazione con altre persone. Lo strumento è stato costruito sulla base delle concettualizzazioni del caring presenti in letteratura partendo

Attachment Style Questionnaire (A.S.Q)

Dimension	Fiducia (confidence)	Disagio per l'intimità (discomfort with closeness)	Secondarietà delle relazioni (relationship as secondary)	Bisogno di approvazione (need of approval)	Preoccupazione per le relazioni (preoccupation with relationship)
n. item	8	10	7	7	8
Score Min/max	8-48	10-60	7-42	7-42	8-48
Bassa/o (low)	8-17	10-22	7-15	7-15	8-17
Lieve (mild)	18-27	23-35	16-24	16-24	18-27
Moderata/o (moderate)	28-37	36-48	25-33	25-33	28-37
Alta/o (high)	38-48	49-60	34-42	34-42	38-48

Maslach Burnout Inventory (M.B.I)

LIVELLO di BURNOUT	Esaurimento emotivo (emotional exhaustion)	Depersonalizzazione (depersonalization)	Realizzazione personale (personal accomplishment)
(low)	< 13	< 3	30 e <
Medio (medium)	13-21	3-5	31-37
Alto (high)	22 e >	6 e >	> 37

Team Climate Inventory (TCI)

Fattori	Sicurezza partecipativa (participative safety)	Frequenza Della interazione (interaction frequency)	Supporto All'innovazione (support for innovation)	Visione Digruppo (vision)	Orientamento al compito (task orientation)	Desiderabilità Sociale (*) (social desirability)
n. item	7	3	10	11	7	6
Score Min/max	7-35	3-15	10-50	11-55	7-35	6-30
Bassa/o (low)	7-16	3-6	10-23	11-25	7-16	6-14
Moderata/o (moderate)	17-26	7-11	24-37	26-40	17-26	15-22
Alta/o (high)	27-35	12-15	38-50	41-55	27-35	23-30

Caring Ability Index (C.A.I)

DIMENSIONI	Conoscenze	Coraggio	Pazienza
n. item	14	13	10
Bassa/o (low)	< 76,4	< 62,5	< 61,0
Moderata/o (moderate)	76,4 - 84,0	62,5 - 74,0	61,0 - 65,2
Alta/o (high)	> 84,0	> 74,0	> 65,2

Tabella 1: Range score degli strumenti di valutazione utilizzati nello studio

da quattro assunzioni teoriche: il caring è multidimensionale, il potenziale di caring è presente in tutti gli individui, il caring può essere appreso, il caring è quantificabile.

Dal questionario, emergono tre fattori che evidenziano gli aspetti principali del caring e sono: la conoscenza, il coraggio e la pazienza. La versione finale del C.A.I è costituita da 37 item suddivisi nelle tre sottoscale, ognuna delle quali rappresenta un fattore. Nel questionario la persona viene invitata a leggere attentamente delle definizioni scegliendo quella che meglio riflette il suo pensiero e sentimento verso le altre persone.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. L'operatore viene invitato ad utilizzare la scala di risposta da 1 a 7 (da 1 che esprime il "completamente in disaccordo" al 7 che esprime il "completamente d'accordo"). I 37 item sono definizioni relative al caring di cui: 14 si riferiscono alle conoscenze; 13 si riferiscono al coraggio e 10 si riferiscono alla pazienza.

Nella tabella 1 sono descritti gli strumenti, evidenziando le varie dimensioni studiate e i relativi punteggi attribuibili.

Per valutare l'impatto che il modello ha avuto sui pazienti si è utilizzato il Caring Factor Survey. (CFS) (Watson, 2008). Elaborato dal Watson Caring Science Institute (Nelson W. John) con l'obiettivo di misurare la percezione della qualità della cura da parte dei pazienti inseriti in strutture residenziali. Il questionario è costituito da 10 item con una scala likert a 7 punti (Di Napoli et al., 2010)

Per permettere un'adeguata descrizione della popolazione, ulteriori dati socio anagrafici e clinico assistenziali sono stati raccolti e utilizzati nel rispetto della privacy. In particolare, nella raccolta dati rivolta ai pazienti, si è richiesto:

- sesso ed età
- situazione familiare (celibe, coniugato, nubile, separato, vedovo);
- situazione lavorativa (inserimento lavorativo, occupazione, pensione, altro);
- titolo di studio (scuola media inferiore, scuola media superiore, laurea);
- inserimento in struttura (inferiore ad 1 anno, tra 1 anno e 3 anni, superiore a 3 anni);
- diagnosi (disturbo d'ansia, disturbo di personalità, disturbo schizofrenico, disturbo dell'umore).

Nella raccolta dati sugli operatori, i dati socio anagrafici rilevati riguardano:

- sesso ed età;
- ruolo professionale (educatore, infermiere, medico, oss, psicologo, assistente sociale);
- esperienza lavorativa (anzianità di servizio);
- titolo di studio (diploma scuola media inferiore, diploma scuola media superiore, Laurea, Master, Laurea Magistrale, Dottorato di ricerca).

Considerazioni statistiche

Le variabili continue sono state descritte utilizzando misure statistiche di centralità quali la media e misure di dispersione quali la deviazione standard. Le variabili nominali sono state descritte con frequenza assoluta e percentuali.

Il confronto tra le medie delle età e dei punteggi delle scale è stato effettuato utilizzando il t – student, mentre per il confronto di frequenze delle variabili nominali con il chi-quadro. Il livello di significatività è stato posto allo 0.05.

L'analisi dei dati è stata effettuata con il programma statistico R versione 3.02.

Per ridurre il margine di errore nell'inserimento dati si è utilizzato una procedura double data entry.

Considerazioni etiche

Prima della conduzione dello studio è stata richiesta approvazione da parte del Comitato Etico Locale e della Direzione dell'ASL. E' stato richiesto un consenso agli operatori e ai pazienti che hanno partecipato allo studio.

RISULTATI

Sono stati osservati 80 operatori e 125 utenti.

Lo studio è stato avviato il 1° marzo 2013 e si è protratto fino al 31 agosto 2013. In tabella 2 e 3 sono riportate rispettivamente le caratteristiche degli operatori e dei pazienti del campione in studio. Nella tabella 4 sono riportate le valutazioni effettuate sugli operatori pre intervento. Nella tabella 5 le valutazioni sugli operatori arruolati nel gruppo di controllo (fase pre test e post test), mentre nella tabella 6 le valutazioni operatori gruppo sperimentale (fase pre test e post test).

Il gruppo dei pazienti e degli operatori non è variato nella fase pre e post intervento.

Il gruppo di controllo e il gruppo sperimentale degli operatori risultano confrontabili per le principali variabili socio – anagrafiche, mentre il campione dei pazienti non risulta confrontabile per la variabile età (nel gruppo sperimentale gli utenti sono più vecchi rispetto al gruppo di controllo).

Nel gruppo degli operatori risulta esserci differenza statisticamente significativa per quanto riguarda la preoccupazione nelle relazioni (il gruppo sperimentale risulta avere un livello di preoccupazione maggiore), rispetto allo strumento ASQ che indaga la fiducia nelle relazioni, l'autostima e lo stile di attaccamento sicuro.

Nel secondo strumento utilizzato il T.C.I che indaga il clima del gruppo di lavoro, risulta esserci una differenza nella dimensione visione del gruppo (il gruppo sperimentale ha una visione del gruppo peggiore rispetto al gruppo di controllo).

	Gruppo di Controllo N=38	Gruppo Sperimentale N=42	P
Sesso: Femmine	55% (21)	69% (29)	0.2981
Maschi	45% (17)	31% (13)	
Età	41.7 (6.3)	43.3 (6.01)	0.2387
Ruolo professionale			
Educatore	18% (7)	14% (6)	0.8359
Infermiere	37% (14)	50% (21)	
Medico	5% (2)	5% (2)	
OSS	34% (13)	26% (11)	
Psicologo	5% (2)	5% (2)	

Tabella 2: caratteristiche degli operatori

	Gruppo di Controllo N=59	Gruppo Sperimentale N=66	p
Sesso: Maschi	64% (38)	52% (34)	0.2024
Femmine	36% (21)	48% (32)	
Età	33.5(10.4)	40.6 (13.2)	0.0012
Situazione familiare			
celibe	59% (35)	42% (28)	0.2803
coniugato	7% (4)	11% (7)	
Nubile	22% (13)	26% (17)	
separato	12% (7)	18% (12)	
vedovo	0% (0)	3% (2)	
Condizione lavorativa			
inserimenti lavorativi	22% (13)	17%(11)	0.2478
occupazione	3% (2)	0% (0)	
pensione	68% (40)	70% (46)	
altro	7% (4)	13% (9)	
Inserimento in Struttura			
Inserimento in Struttura inferiore ad 1 anno	22% (13)	12% (8)	0.2973
Inserimento in Struttura tra 1 e 3 anni	17% (10)	23% (15)	
Inserimento in struttura superiore a 3 anni	61% (36)	65% (43)	
Diagnosi			
Disturbo d'ansia	3% (2)	8% (5)	0.5600
Disturbo di personalità	14% (8)	15% (10)	
Disturbo schizofrenico	71% (42)	60% (40)	
Disturbo dell'umore	12% (7)	17% (11)	

Tabella 3. Caratteristiche dei pazienti.

In tabella sono riportate percentuali (frequenze assolute) per le variabili categoriche e media (deviazione standard) per le variabili quantitative.

	Gruppo di Controllo N=38	Gruppo Sperimentale N=42	P
Attachment style questionnaire (A.S.Q.)			
Fiducia	31.65 (4.08)	31.26 (4.00)	0.6674
Disagio per l'intimità	31.21 (6.30)	33.26 (6.03)	0.1412
Secondarietà delle relazioni	13.52 (4.45)	13.88 (4.71)	0.7270
Bisogno di approvazione	17.84 (4.51)	20.80 (8.24)	0.0532
Preoccupazione per le relazioni	23.21 (5.03)	25.83 (6.40)	0.0467
Team Climate Inventory (TCI)			
Sicurezza partecipativa	24.63 (4.0)	24.69 (4.24)	0.9484
Frequenza delle interazioni	11.13 (1.98)	11.21 (1.81)	0.8507
Supporto all'innovazione	35.81 (6.18)	34.33 (6.58)	0.3044
Visione di gruppo	41.76 (5.23)	36.50 (7.77)	0.0007
Orientamento al compito	24.36 (5.68)	22.16 (5.24)	0.0754
Desiderabilità sociale	18.00 (5.05)	18.11 (5.90)	0.9292
Maslach Burnout Inventory (MBI)			
Esaurimento emotivo	11.28 (8.12)	11.61 (8.17)	0.8569
Depersonalizzazione	2.28 (2.99)	2.78 (3.18)	0.4722
Realizzazione personale	36.13 (7.53)	33.21 (6.52)	0.0669
Caring Ability Inventory (C.A.I.)			
Conoscenza	74.47 (8.68)	72.80 (9.30)	0.4103
Coraggio	63.18 (10.54)	61.57 (13.26)	0.5523
Pazienza	56.28 (7.34)	55.28 (6.55)	0.5215

Tabella 4: valutazione operatori pre intervento

Nello strumento del M.B.I che indaga il livello di burnout nel gruppo di lavoro risulta esserci un basso livello di burnout caratterizzato da bassi punteggi, rispetto al range score, nell'esaurimento emotivo e nella depersonalizzazione e medi livelli rispetto alla realizzazione personale. I due gruppi risultano confrontabili per i livelli di burnout.

Nella capacità di caring da parte dell'operatore, tra i due gruppi, risulta non esserci differenza statisticamente significativa. Le tre dimensioni indagate risultano essere con un livello basso rispetto al range score del C.A.I. nelle tre dimensioni relative alla conoscenza, coraggio e pazienza.

Valutazioni pazienti nella fase pre intervento:

Caring Factor Survey (CFS) nel gruppo di controllo

		Pre – test Gruppo controllo media (ds) N=38	Post – test Gruppo controllo media (ds) N=36	P
ATTACHMENT STYLE QUESTIONNAIRE (A.S.Q)	Fiducia	31.65 (4.08)	32.44 (3.12)	NS
	Disagio per l'intimità	31.21 (6.30)	35.72 (5.44)	0.0016
	Secondarietà delle relazioni	13.52 (4.45)	16.13 (5.05)	0.020
	Bisogno di approvazione	17.84 (4.51)	21.30 (5.23)	0.032
	Preoccupazione per le relazioni	23.21 (5.03)	27.27 (5.94)	0.0022
	Sicurezza partecipativa	24.63 (4.0)	25.05 (3.27)	NS
	Frequenza delle interazioni	11.13 (1.98)	11.75 (1.36)	NS
TEAM CLIMATE INVENTORY (T.C.I)	Supporto all'innovazione	35.81 (6.18)	36.91 (4.86)	NS
	Visione di gruppo	41.76 (5.23)	39.41 (4.78)	0.0477
	Orientamento al compito	24.36 (5.68)	23.05 (3.79)	NS
	Desiderabilità sociale	18.00 (5.05)	17.30 (3.21)	NS
MASLACH BURNOUT INVENTORY (M.B.I)	Esaurimento emotivo	11.28 (8.12)	16.94 (11.54)	0.0167
	Depersonalizzazione	2.28 (2.99)	4.16 (5.00)	0.0521
	Realizzazione personale	36.13 (7.53)	34.33 (6.23)	NS
CARING ABILITY INVENTORY (C.A.I)	Conoscenza	74.47 (8.68)	73.28 (8.50)	NS
	Coraggio	63.18 (10.54)	45.17 (10.01)	<0.0001
	Pazienza	56.28 (7.34)	54.14 (4.63)	NS

Tabella 5: valutazione operatori gruppo di controllo.
Confronto pre e post intervento

		Pre – test Gruppo sperimentale media (ds) N=42	Post – test Gruppo sperimentale media (ds) N=42	P
ATTACHMENT STYLE QUESTIONNAIRE (A.S.Q)	Fiducia	31.26 (4.00)	31.38 (4.90)	NS
	Disagio per l'intimità	33.26 (6.03)	32.40 (5.24)	NS
	Secondarietà delle relazioni	13.88 (4.71)	15.11 (4.97)	NS
	Bisogno di approvazione	20.80 (8.24)	19.26 (4.48)	NS
	Preoccupazione per le relazioni	25.83 (6.40)	25.59 (5.75)	NS
TEAM CLIMATE INVENTORY (T.C.I)	Sicurezza partecipativa	24.69 (4.24)	25.14 (4.79)	NS
	Frequenza delle interazioni	11.21 (1.81)	11.35 (1.80)	NS
	Supporto all'innovazione	34.33 (6.58)	35.78 (6.95)	NS
	Visione di gruppo	36.50 (7.77)	39.61 (11.10)	NS
	Orientamento al compito	22.16 (5.24)	23.23 (5.38)	NS
	Desiderabilità sociale	18.11 (5.90)	18.45 (5.08)	NS
MASLACH BURNOUT INVENTORY (M.B.I)	Esaurimento emotivo	11.61 (8.17)	14.40 (9.20)	NS
	Depersonalizzazione	2.78 (3.18)	3.83 (5.43)	NS
	Realizzazione personale	33.21 (6.52)	32.95 (9.02)	NS
CARING ABILITY INVENTORY (C.A.I)	Conoscenza	72.80 (9.30)	74.78 (9.24)	NS
	Coraggio	61.57 (13.26)	41.21 (8.35)	<0.0001
	Pazienza	55.28 (6.55)	56.21 (6.59)	NS

Tabella 6 valutazione operatori gruppo sperimentale

su 59 pazienti la media è stata di 51,46 (ds 13,85). Nel gruppo sperimentale su 66 pazienti la media è stata di 57,17 (ds 10,22) (P 0,0093).

Valutazione dell'impatto del modello sugli operatori

L'analisi è stata effettuata su 78 operatori in quanto 2 soggetti non hanno terminato lo studio.

Non si sono evidenziate differenze statisticamente

significative nei punteggi dell'Attachment Style Questionnaire, tra il pre e il post test nel gruppo sperimentale, mentre si sono riscontrate differenze staticamente significative nel gruppo di controllo in tutte le dimensioni ad eccezione della fiducia, evidenziando un aumento della possibilità che si sviluppino stili di attaccamento insicuro.

Il livello di burnout nel gruppo sperimentale rispetto

al gruppo di controllo è inferiore per tutte e tre le aree indagate dallo strumento. Non vi risultano esserci delle modificazioni statisticamente significative sia nel gruppo sperimentale, mentre risulta esserci, nel gruppo di controllo, una differenza staticamente significativa nella dimensione “esaurimento emotivo” (vedi tabella 5 e 6).

Nella fase post intervento, in entrambi i gruppi, il clima di lavoro (Team Climate Inventory) è risultato moderato. Nel gruppo di controllo il punteggio dell’area “visione del gruppo” si è ridotta (41.76 vs 39.41; $p=0.0477$), evidenziando diminuzione nella motivazione al lavoro, alla capacità di negoziazione e di minor propensione all’evoluzione del gruppo. Nel gruppo sperimentale non si sono verificate modificazioni statisticamente significative (vedi tabella 5 e 6).

La capacità di caring degli operatori (Caring Ability Inventory) è risultata con valori bassi o medi in tutte le strutture, sia nel gruppo sperimentale che nel gruppo di controllo, con valori che non cambiano rispetto alle due fasi (T0 e T1). Risultati migliori si sono riscontrati in una specifica area semiresidenziale. Il punteggio dell’area “coraggio” si è ridotto significativamente sia nel gruppo di controllo sia nel gruppo sperimentale (vedi tabella 5 e 6).

Valutazione dell’impatto del modello sui pazienti

Nessuna modificazione statisticamente significativa si è verificata, sia nel gruppo di controllo (51.46 ds 13.85 vs 51.41 ds 13.1) sia nel gruppo sperimentale (57.17 ds 10.22 vs 57.33 ds 13.18), per quanto riguarda il punteggio del caring factor survey.

DISCUSSIONE

L’introduzione di un nuovo modello organizzativo è considerato un intervento complesso in sanità in quanto diverse variabili possono interagire tra loro nella fase di attuazione e valutazione del modello. La valutazione d’impatto relativa all’implementazione del modello sull’organizzazione e sugli outcome legati ai pazienti, può tenere in considerazione, sia un approccio qualitativo, sia un approccio quantitativo (Corry et al., 2013). Nel nostro studio, utilizzando un approccio quantitativo si è valutato gli effetti dell’introduzione del modello Human Caring in un Dipartimento di Salute Mentale del nord Italia, sul miglioramento del benessere degli operatori sanitari e sulla percezione dei pazienti rispetto le cure assistenziali.

Il progetto, in coerenza con quanto sostenuto dalla linee guida internazionali sulla valutazione degli interventi complessi in sanità (Corry et al., 2013), è stato introdotto da un progetto formativo attraverso il coinvolgimento di un esperto del Modello Human

Caring per una prima formazione rivolta ad un gruppo neofita di professionisti.

I risultati dello studio sembrano indicare che l’introduzione del modello dello Human Caring non abbia avuto nessun impatto ne sui pazienti ne sugli operatori. Tuttavia, i risultati devono essere interpretati con cautela per il periodo limitato di follow-up, in quanto l’introduzione del modello indurrebbe modificazioni del comportamento che sono valutabili in un tempo di indagine maggiore, ovvero si può parlare di risultati-esiti stabili e di maggiore intensità, con un’esposizione al progetto da un minimo di due anni fino a cinque anni.(Bae, Mark, & Fried, 2010). Tale studio potrebbe consentire di mettere in atto strategie di intervento adeguate per un maggiore supporto del personale (Bae et al., 2010). Nel breve periodo dello studio non sono stati misurati gli effetti economici sull’impiego delle risorse umane, poiché sappiamo dalla letteratura internazionale che non avremmo trovato modifiche che invece si possono apprezzare in tempi di maggiore durata del progetto (Hinshaw, Feetham, & Shaver, 1999). Questo sarebbe possibile attraverso uno studio che prenda in considerazione un gruppo di operatori della Salute Mentale e ne misuri gli esiti in seguito all’applicazione del modello. Inoltre, il consolidamento di un progetto simile, può generare veri e propri fenomeni di “Magnet” verso operatori e utenti, come descritto in letteratura (Smith, Turkel, & Wolf, 2013). Non si possono fare conclusioni di impatto positivo del modello rispetto alla percezione dei pazienti riguardo alle cure, in quanto la differenza statisticamente significativa, presente tra gruppo di controllo e gruppo sperimentale, era già presente prima dell’introduzione del nuovo modello e inoltre i valori tra il pre e il post intervento sono pressoché sovrapponibili.

Le modificazioni statisticamente significative presenti nel gruppo di controllo nelle dimensioni indagate dallo strumento ASQ indicano che c’è stato un aumento dello stile di attaccamento insicuro nelle relazioni; anche nella dimensione “visioni di gruppo” indagata dallo strumento TCI, risulta esserci una diminuzione dei valori tra il pre e il post intervento. Valori statisticamente significativi si osservano nelle due dimensioni “esaurimento emotivo” con un valore in aumento tra il pre e post intervento con una diminuzione (non statisticamente significativa) del valore nella dimensione “realizzazione personale” che induce a pensare ad un lieve fenomeno di burn-out. Infine, rispetto allo strumento del CAI, risulta esserci una diminuzione statisticamente significativa nella dimensione del “coraggio” che rispetto al range score passa da un valore medio ad un valore basso. I dati riscontrati nel gruppo di controllo inducono a pensare che gli operatori possono aver avuto un impatto negativo dell’introduzione del modello in settori diversi dal proprio,

vivendo questo come una sorta di scarsa attenzione nei loro confronti; oppure i dati possono far pensare che il modello dello Human Caring abbia una sorta di azione protettiva sugli operatori che nel nostro studio, a causa del ridotto periodo di follow up, non ha prodotto miglioramenti statisticamente significativi.

Il progetto pur con alcuni limiti, in coerenza con quanto indicato a livello internazionale (Watson, 2009) ha coinvolto non solo il personale infermieristico o di supporto, ma le figure sanitarie e non che assistono il paziente nel suo percorso di cura, garantendo maggiormente la buona riuscita del progetto.

Modificare un'organizzazione richiede tempo, ma anche una crescita umana e professionale culturale ed etica. Il contributo fornito da questo studio è stato quello di ripensare ad un modello concettuale che possa avere una ricaduta sui modelli assistenziali in un settore così delicato come quello della Salute Mentale, ma che potrebbe anche essere sperimentato ed implementato in altri contesti. Il Modello Human Caring potrebbe essere un modello concettuale di riferimento in Salute Mentale, avendo una vision dell'infermieristica basata sul dialogo umano, la transazione intersoggettiva, un processo transazionale. Un focus dell'assistenza centrato sulla persona assistita e sull'operatore, con l'obiettivo assistenziale di sviluppo del potenziale umano ed esistenziale.

Lo sviluppo della filosofia dello Human Caring (Foster, 2006; Rosenberg, 2006), ha consentito di entrare nel campo dell'etica relazionale che spinge ad adottare modelli unitari favorendo un percorso di umanizzazione dell'assistenza. Questo però esige un cambiamento profondo per il quale è necessario un percorso a tappe che sta evolvendo anche rispetto alla normativa attuale. La proposta di riforma nell'ambito della Salute Mentale (proposta di Legge 2233) attualmente approdata al Parlamento italiano, ha delle analogie con il modello Human Caring; infatti nell'articolo della proposta di legge si parla di fiducia e speranza (art.2), di percorsi di cura dove è importante fare squadra (art.6); si parla di coinvolgimento delle famiglie come grande risorsa, di accoglienza calda dappertutto e sempre (art.9), di ascolto, attenzione e presenza attiva (De Stefani, 2012).

In Psichiatria, a trent'anni dalla legge 180, tale proposta di legge dell'Associazione "Fare Assieme", è una sfida con lo sguardo rivolto verso il futuro, che comporta una partecipazione attiva di utenti, operatori, cittadini e volontari nei Servizi di Salute Mentale per promuovere buone cure in Italia. Un cambiamento importante.

La Psicologa Marie De Hennezel richiama l'attenzione dei professionisti sulla questione etica del "prenderci cura" di persone in difficoltà, ponendo l'accento sul fatto che non possono essere considerati semplici

utenti, ma devono essere messi al centro di una relazione fatta di capacità di accoglienza, sensibilità e comprensione. Inoltre particolare attenzione deve essere posta agli operatori che sono spesso sottoposti a stress emotivi (De Hennezel, 2008). L'introduzione del modello Human Caring sembra andare in questa direzione.

Concludendo, non possiamo affermare che il modello dello Human Caring abbia un impatto positivo nei sui pazienti e negli operatori a breve termine. Studi successivi con periodi di follow up maggiori dovranno essere pianificati per valutarne l'impatto a medio e lungo termine. Lo studio ha fornito però al gruppo dei professionisti, la possibilità di una prima conoscenza del modello che assume valore teorico di guida, di indirizzo, di senso con teorie di riferimento centrate sulla relazione (Bowlby, 1999), in un contesto particolare come la Salute Mentale. Tale modello, sotto questo profilo, è molto vicino alla visione steiniana risultante dalla combinazione temporanea di due sostanze, quella materiale e quella spirituale, secondo la quale corpo e anima sono un tutt'uno ed il caring assume una particolare importanza etica nel gesto di cura infermieristico. Il gesto è il luogo di senso sia per chi lo effettua, sia per chi lo riceve. E quando a ricevere tale gesto è una persona fragile il gesto, composto anche dalla più banale azione infermieristica, non è un semplice strumento, ma un linguaggio nel suo profondo significato ontologico ed epistemologico.

Lo studio al di là dei risultati statistici ottenuti, ha fornito un contributo al gruppo professionale in merito ad un approfondimento delle tematiche etiche e valoriali nel contesto di cura che vede coinvolti soggetti fragili.

Il cambiamento, se nasce da una valorizzazione della dignità, rende sia l'Infermiere che la persona assistita, più consapevoli di sé e del loro modo di essere nel mondo (Meleis, 2013).

BIBLIOGRAFIA

- Aucoin-Gallant, G. (1990). [The theory of caring by Watson]. *The Canadian Nurse*, 86(11), 32–5.
- Bae, S.-H., Mark, B., & Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 42(1), 40–9. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01319.x
- Bowlby, J. (Ed.). (1999). Attaccamento e perdita. Volume 1: L'attaccamento al madre. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 20(2), 146–56. doi:10.3109/09638237.2010.541300

- Cappell, E., & Leggat, S. (1994). The implementation of theory-based nursing practice: laying the groundwork for total quality management within a nursing department. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 7(1), 31–41.
- Ciambriello, C., Cantelmi, T., & Pasini, A. (2005). *Infermieristica clinica in igiene mentale*. (Casa Editrice Ambrosiana, Ed.). Milano.
- Corry, M., Clarke, M., While, A. E., & Lalor, J. (2013). Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2366–86. doi:10.1111/jocn.12173
- De Hennezel M. (2008) *Prendersi cura degli altri. Pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia*. Torino: Lindau
- De Stefani, R. (Ed.). (2012). *Psichiatria mia bella. Alla ricerca delle cure che Basaglia sognava*. Trento: Erickson.
- Decker, S. E., Nich, C., Carroll, K. M., & Martino, S. (2013). Development of the Therapist Empathy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 12), 1–16. doi:10.1017/S1352465813000039
- Di Napoli, P. P., Nelson, J., Turkel, M., & Watson, J. (2010). Measuring the Caritas Process: Caring Factor Survey. *International Journal Human Caring*. Retrieved June 12, 2014, from [http://watsoncaringscience.org/files/PDF/Final PDF of IAHC article_CFS 2010.Vol14.Iss3.pdf](http://watsoncaringscience.org/files/PDF/Final%20PDF%20of%20IAHC%20article_CFS%202010.Vol14.Iss3.pdf)
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: an attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972–94.
- Fletcher, K. E., Reed, D. A., & Arora, V. M. (2011). Patient safety, resident education and resident well-being following implementation of the 2003 ACGME duty hour rules. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 907–19. doi:10.1007/s11606-011-1657-1
- Foster, R. L. (2006). A perspective on Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 332–3. doi:10.1177/0894318406293138
- Hinshaw, A. S., Feetham, S., & Shaver, J. L. . (Eds.). (1999). *Handbook of clinic nursing research* (pp. 31–60). London: SAGE Publications.
- Kelley, M. (2002). Strategies for innovative energy-based nursing practice: the Healing Touch program. *SCI Nursing: A Publication of the American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 19(3), 117–24.
- Lukose, A. (2011). Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 27–30. doi:10.1177/0894318410389073
- Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum*, 48(2), 89–98. doi:10.1111/nuf.12019
- Madathil, R., Heck, N. C., & Schuldberg, D. (2014). Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 160–6. doi:10.1016/j.apnu.2014.01.002
- Marckx, B. B. (1995). Watson's theory of caring: a model for implementation in practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(4), 43–54.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2013). *Teoretica infermieristica. Sviluppo e progresso della filosofia e delle teorie infermieristiche*. Milano: CEA.
- Minnaar, A. (2002). A framework for caring in the human resource management process of nurses. *Curationis*, 25(1), 35–40.
- O'Reilly, L. (2010). *Essere con. Studio fenomenologico sull'assistenza infermieristica*. (CESPI, Ed.). Torino.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). ["Being with" the person cared for in a rehabilitation context: a profound, therapeutic and transformative human relationship]. *Recherche En Soins Infirmiers*, 103), 46–66.
- Onyett, S. (2011). Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 20(2), 198–209. doi:10.3109/09638237.2011.556170
- Pellegrini, W. (2010). Human Caring: passaggio attraverso il cuore. *Il senso della scienza infermieristica*. (Edizioni Medico Scientifiche, Ed.). Torino.
- Persky, G. J., Nelson, J. W., Watson, J., & Bent, K. (2008). Creating a profile of a nurse effective in caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 15–20. doi:10.1097/01.NAQ.0000305943.464-40.77
- Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(2), 34–49.
- Ragazzoni, P., Tangolo, D., & Zotti, A. M. (2004). [Occupational stress and assessment of human resources in health: from assessment to the changing process]. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 26(2), 119–26.
- Rosenberg, S. (2006). Utilizing the language of Jean Watson's caring theory within a computerized clinical documentation system. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 24(1), 53–6.
- Santinello, M., & Negrisola, A. (2009). Quando ogni passione è spenta. *La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie*. (McGraw-Hill, Ed.). Milano.
- Smith, M., Turkel, M., & Wolf, Z. R. (Eds.). (2013). *Caring in Nursing Classics an Essential Resource*. New York: Springer.
- Wagner, D. J., & Whaite, B. (2010). An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 28(4), 225–34.
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 197–202.
- Watson, J. (2008). Assessing and Measuring caring in nursing health sciences. (Edition N.Y.: Springer, Ed.)
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 466–82.
- Watson, J. (2013). *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*. (Casa Editrice Ambrosiana, Ed.). Milano.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 360–5.

