



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Infermieristica
Sede di Treviso

TESI DI LAUREA:

“Il ruolo dell’infermiere nel colloquio di presa in carico del
paziente terminale: revisione di letteratura”

Relatore: Prof.ssa Sanzovo Giannina
Correlatore: Dott.ssa De Pin Benedetta

Laurenda: Mellinato Giovanna
Matricola n. 1199555

Anno accademico 2021/2022

ABSTRACT

Introduzione: Le cure palliative negli ultimi anni hanno avuto un grande sviluppo. In questo setting, l'assistenza è offerta da un'equipe multidisciplinare che lavora mediante incontri con l'assistito e i familiari; questi momenti forniscono uno strumento prezioso per comunicare in modo efficace le informazioni affinché si raggiunga un percorso adeguato verso una *buona morte*.

Materiali e metodi: È stata effettuata una revisione di letteratura, con lo scopo di indagare: 1) il ruolo dell'infermiere nel colloquio di presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia; 2) le aree di accertamento infermieristico; 3) le competenze comunicative e relazionali dell'equipe di cure palliative.

Risultati: Sono stati reperiti 29 articoli tra revisioni di letteratura, studi osservazionali e trial clinici. In seguito sono stati suddivisi nei tre ambiti di ricerca. Dalla letteratura emerge che l'infermiere risulta essere il professionista più a contatto con la persona con cui instaura un rapporto vantaggioso e di compliance. Questo rapporto nasce e viene consolidato durante la presa in carico attraverso il colloquio. L'accertamento infermieristico nel contesto delle cure palliative è di tipo olistico. L'equipe multidisciplinare deve essere in continuo aggiornamento formativo e deve potenziare le abilità comunicative e relazionali quali l'ascolto attivo, l'empatia, il rispetto, l'autoefficacia, la fiducia, il pensiero critico e il problem solving, la compassione e l'intuizione.

Discussione: L'infermiere è il professionista che lavora all'interno dell'equipe multidisciplinare con cui si confronta quotidianamente rispetto la gestione globale dell'assistito pianificando accessi, colloqui e percorso assistenziale. La formazione riveste un ruolo chiave nella professione infermieristica legata a questo ambito. Vanno favoriti i percorsi legati all'autocura del professionista in termini di gestione dello stress, delle risorse e delle tempistiche.

Conclusioni: L'infermiere rappresenta un professionista fondamentale del percorso di cura della persona in quanto instaura con lei una relazione di fiducia, potendo così affrontare gli aspetti più intimi e delicati. Inoltre, il suo ruolo nel colloquio di presa in carico è prezioso per garantire la migliore qualità di vita fino alla morte. Rimane necessaria un'ulteriore formazione per gli infermieri nelle cure palliative e, più

precisamente, per la gestione del processo di presa in carico dell'assistito così che venga riconosciuta la figura dell'infermiere palliativista.

Parole chiave: ruolo dell'infermiere, pianificazione anticipata delle cure, cure terminali, cure palliative, valutazione infermieristica, relazioni infermiere-paziente, abilità di comunicazione, abilità sociali, competenza clinica.

Keyword: nurse's role, advance care planning, terminal care, palliative care, nursing assessment, nurse-patient relations, communication skills, social skills, clinical competence.

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO	7
1.1 L'assistenza Infermieristica: un intreccio di competenze per la presa in cura della persona	7
1.2 Le cure palliative: un ambito di assistenza delicato e complesso	8
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	13
2.1 Obiettivo	13
2.2 Quesiti di ricerca	13
2.4 Strategie di ricerca	13
2.5 Criteri di inclusione ed esclusione	15
CAPITOLO 3: RISULTATI	17
3.1 Il ruolo dell'infermiere nel colloquio di presa in carico	17
3.2 Accertamento infermieristico durante la presa in carico	22
3.3 Gli aspetti comunicativi e relazionali dell'equipe di cure palliative durante il colloquio di presa in carico	26
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	29
CAPITOLO 5: CONCLUSIONE	33
BIBLIOGRAFIA	35

ALLEGATI

ALLEGATO 1: PRISMA, rappresentazione grafica della selezione degli articoli

ALLEGATO 2: Tabelle di analisi e revisione della letteratura

ALLEGATO 3: Esempio di percorso per la presa in carico della persona nel colloquio con l'equipe di cure palliative

“Troppo spesso si sottovaluta la potenza di un tocco, un sorriso, una parola gentile, un orecchio in ascolto, un complimento sincero, o il più piccolo atto di cura, che hanno il potenziale per trasformare una vita.”

Leo Buscaglia

INTRODUZIONE

Le cure palliative si occupano della presa in carico globale della persona e del suo nucleo familiare che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili. L'obiettivo dell'assistenza diventa il miglioramento della qualità di vita, al fine di sollevare il malato dalla sofferenza attraverso il trattamento del dolore e della sintomatologia oltre che l'individuazione e l'incontro rispetto ai bisogni psicosociali e spirituali. L'incremento dell'aspettativa di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione ha contribuito ad ampliare l'approccio palliativo nell'assistenza offerta alla persona. Il professionista infermiere che eroga questo tipo di assistenza necessita di una formazione mirata per l'ambito in modo da renderlo esperto dal punto di vista relazionale, comunicativo, assistenziale, spirituale e culturale.

Questo elaborato nasce dall'idea di indagare il ruolo dell'infermiere durante la presa in carico di un assistito con malattia inguaribile a prognosi infausta con l'obiettivo di ricercare in letteratura le componenti del processo e gli aspetti rilevanti per la professione infermieristica.

L'esperienza di tirocinio svolta nel primo anno del percorso universitario è stata uno stimolo verso l'ambito dell'accompagnamento nel fine vita e nella gestione della sintomatologia; nel corso dei successivi due anni si è rafforzata suscitando una riflessione più specifica rispetto alle abilità comunicative e relazionali proprie all'infermiere che lavora in questo settore.

La revisione della letteratura ha indagato in primo luogo gli aspetti della professione infermieristica legati alla presa in carico di un assistito in cure palliative, in secondo luogo ha esplorato la modalità di accertamento infermieristico e le componenti legate a questo processo, ed infine ha approfondito la sfera relazionale e comunicativa, elementi specifici e fondanti delle cure palliative.

L'indagine ha compreso tutti i setting assistenziali dove vengono erogate le cure palliative quali l'hospice, il domicilio, l'ospedale e le strutture residenziali. Il focus dell'indagine si incentra, in particolare, sul ruolo dell'infermiere nel processo della presa in carico e viene messa in evidenza l'importanza della formazione del professionista sanitario al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata nel fine vita.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

1.1 L'assistenza Infermieristica: un intreccio di competenze per la presa in cura della persona

“Nell’agire professionale l’infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell’interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.” (Mangiacavalli *et al.*, s.d.) L’Art. 4 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche identifica l’assistenza da parte dell’infermiere come relazione di cura, ossia un prendersi cura, un occuparsi e un farsi carico dell’altro in quanto persona e non solo come paziente portatore di malattia.

Il Profilo Professionale afferma che *“l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”* (Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, s.d.); indica, quindi, un’area molto vasta di intervento, in cui l’infermiere sperimenta tutte le sue competenze per offrire un’assistenza globale alla persona. Inoltre, l’infermiere è coinvolto totalmente nel percorso assistenziale per poter conoscere i valori e le preferenze della persona e definire insieme gli obiettivi di trattamento (FNOPI, Linee Guida), con lo scopo di informare e guidare l’intera equipe sul percorso intrapreso.

Per poter prendere in carico l’assistito, l’infermiere si avvale del processo di nursing, un metodo basato sul problem solving scientifico, costituito di più fasi e utilizzato come guida per la pratica professionale. Il processo inizia con un accertamento mediante la raccolta di dati per determinare le condizioni della persona, quindi stabilire il livello di dipendenza e/o autonomia e l’entità di aiuto da fornire. Da queste informazioni si costruisce una diagnosi infermieristica, individuando e pianificando gli obiettivi che la persona dovrà raggiungere. Di conseguenza si mettono in atto gli interventi e, infine, si valuta il raggiungimento dei risultati attraverso degli indicatori. Attraverso il processo di nursing, il professionista infermiere fornisce un’assistenza del tutto personalizzata e centrata sulla persona. La presa in carico infermieristica è, pertanto, l’espressione della responsabilizzazione che l’infermiere si impegna a garantire all’assistito, oltre che l’espressione di autonomia del ruolo di questa figura professionale per la risoluzione dei problemi inerenti alla persona.

La relazione che si instaura tra assistito ed infermiere è una relazione di fiducia in cui il professionista conosce gli aspetti più intimi e personali della storia dell'assistito, identificando le sue preoccupazioni e i suoi desideri, per migliorare l'assistenza. Ciò diviene importante, soprattutto, nella sfera del fine vita e delle cure palliative; in questo caso la persona, insieme alla sua famiglia, è guidata in un percorso di accompagnamento verso la morte.

1.2 Le cure palliative: un ambito di assistenza delicato e complesso

Le cure palliative sono definite dall'Art. 2 della legge n. 38 del 2010 come *“l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.”* (Gazzetta Ufficiale, s.d.-a, pag.2)

Le cure palliative, dunque, non sono altro che la cura attiva e totale della persona nel momento in cui la malattia non risponde più alle terapie con lo scopo di guarigione; hanno un approccio interdisciplinare e coinvolgono l'assistito e la sua famiglia. (Prandi *et al.*, 2018)

Gli obiettivi da raggiungere nelle cure palliative si basano sull'esclusione delle sofferenze e sul promuovere il comfort e il benessere della persona. Tra i valori emergenti nelle cure palliative vi sono, invece, la dignità, l'autonomia e l'unicità di ogni essere umano, i quali vengono sempre rispettati e tutelati per favorire la migliore qualità di vita possibile fino alla morte, quando quest'ultima è inevitabile (Prandi *et al.*, 2018).

L'infermiere in questo campo stimola le capacità residue affinché la persona possa recuperare il maggior grado di indipendenza, aiutandolo ad avere un comportamento di autocura per renderlo partecipe del suo processo di cura della salute. Nonostante le cure palliative siano erogate da un'equipe multiprofessionale, tra infermiere e paziente si instaura una relazione privilegiata, in cui vi è l'accettazione delle responsabilità personali nelle decisioni e nelle azioni. L'attenzione all'assistito e al suo percorso è mantenuta continua con intensità e complessità dei trattamenti e la cura dei bisogni essenziali avviene mediante supporto compensativo o sostitutivo per tutta la durata dell'assistenza. (Prandi *et al.*, 2018)

La questione etica più frequentemente discussa nell'ambito del fine vita riguarda la problematica dell'informare la persona assistita sulla diagnosi e la prognosi della sua malattia e creare un percorso di assistenza il cui obiettivo è l'accompagnamento alla morte. La presa in carico nelle cure palliative è fondata sul riconoscimento precoce dei bisogni della persona in fase avanzata di malattia; in questo modo si favorisce una pianificazione anticipata e condivisa delle cure che sia adeguata al percorso di assistenza individualizzato. Dunque, l'intera équipe può intervenire al momento giusto con un corretto supporto, offrire agli assistiti i benefici delle cure e porre l'attenzione a tutti i loro bisogni. Il team che collabora in modo globale alla persona è multiprofessionale, accomunato da una formazione di base in materia di cure palliative e di relazione e comunicazione con l'assistito. Il lavoro di squadra gioca un ruolo essenziale poiché vengono affrontati i problemi in un'ottica multidimensionale, in cui ogni professionista risponde ai bisogni della persona con conoscenze e tecniche specifiche per un'opportuna gestione della salute (Prandi *et al.*, 2018).

Le riunioni con l'assistito e i familiari forniscono uno strumento prezioso per comunicare in modo efficace tutte le informazioni affinché si raggiunga il consenso per le scelte, ciò valorizza il tempo prezioso che rimane da vivere al malato terminale (Glajchen & Goehring, 2017).

Molte volte, la persona non comprende totalmente ciò che gli è stato detto; perciò è importante che venga utilizzata una comunicazione efficace per dare e ricevere le informazioni. In questo caso il linguaggio è qualcosa di potente e deve essere scelto in modo preciso affinché l'assistito raggiunga il punto di vista reale senza ostacolare il consenso. Si è visto come un'eccellente comunicazione tra professionisti determini una migliore qualità di vita dell'assistito nel periodo precedente la morte. (Glajchen & Goehring, 2017)

La legge n. 219 del 22 dicembre 2017 introduce il concetto di consenso informato per tutelare il diritto di conoscere e di essere informati in modo completo sulle proprie condizioni di salute e di poter scegliere di accettare o rifiutare gli interventi (*Gazzetta Ufficiale*, s.d.-b). Il consenso informato è inteso come il processo in cui il paziente decide, in modo libero e autonomo, di autorizzare a ricevere o meno un trattamento sanitario, previa informazione da parte del professionista. Questo viene poi registrato all'interno della cartella clinica personale.

Inoltre, all'interno della legge si dispone della pianificazione condivisa delle cure tra assistito ed equipe sanitaria: il medico e l'intera equipe sono tenuti a rispettare la volontà espressa qualora la persona venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o si trova in una condizione di incapacità (*Gazzetta Ufficiale*, s.d.-b).

La pianificazione è un processo decisionale condiviso, in cui anche la persona assistita è responsabile nelle scelte della propria cura; ciò integra le diverse competenze: quelle scientifiche delle figure sanitarie e quelle individuali e personali della persona. È importate per condividere le decisioni, stabilire gli obiettivi e valutare i risultati costantemente (FNOPI, Linee Guida). Le informazioni devono essere chiare e adeguate e la pianificazione può essere aggiornata nel tempo in base alle condizioni cliniche della persona. La relazione integrata è un punto fondamentale nelle cure palliative.

La responsabilità di redigere il piano condiviso è del medico, ma la partecipazione alla stesura è dell'intero team multiprofessionale (FNOPI, Linee Guida).

Ad oggi, la figura professionale dell'infermiere è ancora poco valorizzata, ma, anche grazie alle cure palliative, campo in cui si collabora molto con le altre discipline, l'infermiere sta costruendo il proprio ruolo all'interno della sanità. Per fare ciò, è necessario che per primo si riconosca nel suo ruolo; alle volte, alcuni infermieri possono sentirsi a disagio o inadeguati, probabilmente dovuto al fatto che esiste una scarsa comprensione della propria funzione. (Briggs & Colvin, 2002)

Ecco perché durante la formazione di base deve essere chiarito chi è l'infermiere, cosa fa e quale sia il suo posto, in questo modo i futuri professionisti conoscono subito i loro limiti e le loro responsabilità. Quest'ultime si sono modificate nel corso degli anni; infatti, l'infermiere non è più di colui che raccoglie dati, interpreta il linguaggio ed esegue le prescrizioni del medico, oggi è un professionista con responsabilità e competenze diverse.

Le cure palliative, essendo una tematica così emergente, dovrebbero essere potenziate nel percorso di studi infermieristici.

Nel contesto del colloquio delle cure palliative, non è sempre chiaro quali siano le responsabilità e le competenze dell'infermiere, gli ambiti di accertamento, le modalità comunicative e i benefici che ne derivano a livello assistenziale.

Al giorno d'oggi, situazioni con persone in fase avanzata di malattia non si incontrano solo negli Hospice, a domicilio o in reparti dedicati, ma più frequentemente, la morte vi è anche in reparti ordinari, dove i professionisti non sono specializzati in questo.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

È stata eseguita una revisione della letteratura con l'obiettivo di indagare quali sono le competenze infermieristiche e le aree di accertamento sondate dall'infermiere durante il colloquio d'ingresso con la persona in fase avanzata di malattia. Inoltre, come il professionista si pone di fronte ad una persona con un periodo limitato di vita.

2.2 Quesiti di ricerca

- Qual è il ruolo dell'infermiere nel colloquio di presa in carico di un assistito in fase avanzata di malattia? Più precisamente, qual è il ruolo nella pianificazione condivisa delle cure?
- Qual è l'accertamento infermieristico durante la presa in carico?
- Quali sono gli aspetti comunicativi e relazionali nell'equipe di cure palliative?

2.4 Strategie di ricerca

Per ottenere la documentazione necessaria per rispondere ai quesiti di ricerca, è stata condotta una revisione della letteratura di studi primari e secondari riguardanti il ruolo dell'infermiere durante l'incontro con la persona terminale.

Sono state consultate le banche dati Pubmed, Cochrane Library, Scopus. Inoltre, sono stati utilizzati i siti ufficiali del Ministero della Salute Italiano e della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche per la ricerca delle leggi n. 219/2017 "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*", n. 38/2010 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*", n. 739/94 "*Profilo Professionale dell'infermiere*" e il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2019.

La ricerca è stata realizzata in modalità elettronica mediante la Biblioteca "Pinali" dell'Università degli Studi di Padova, nel mese di febbraio 2022.

Gli articoli sono stati selezionati o esclusi dopo la lettura del titolo, poi dell'abstract e infine del testo completo. Tra questi vi sono cinque revisioni sistematiche e integrative della letteratura, uno studio osservazionale case report, uno studio pilota, due studi sperimentali, più precisamente trial clinici controllati, i restanti articoli sono studi osservazionali descrittivi.

Si è formulato un PICO. Da esso sono state impostate le stringhe di ricerca per poter condurre la ricerca.

Tabella I. Formazione del PICO

Paziente/popolazione	Paziente in fase avanzata di malattia
Intervento	Ruolo dell'infermiere nel colloquio di presa in carico infermieristica
Confronto	/
Outcome	Qualità di assistenza migliore

Per l'analisi sono state definite le seguenti stringhe di ricerca, utilizzando gli operatori booleani "AND" e "OR".

Tabella II. Stringhe di ricerca con relativa selezione degli articoli

Stringhe di ricerca	Motore	Limiti (filtri)	Articoli trovati	Articoli selezionati
<i>("Nurse's Role"[Mesh] AND "Advance Care Planning"[Mesh])</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Ultimi 5 anni Età > 18 anni</i>	<i>31</i>	<i>7</i>
<i>("Nurse's Role"[Mesh] AND "Terminal Care"[Mesh])</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Ultimi 5 anni Età > 18 anni Free full text</i>	<i>17</i>	<i>2</i>
<i>("Nurse's Role"[Mesh] AND "Palliative Care"[Mesh])</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Ultimi 5 anni Età > 18 anni Free full text</i>	<i>25</i>	<i>3</i>
<i>("Nursing Assessment"[Mesh] AND "Palliative Care"[Mesh])</i>	<i>Pubmed Scopus</i>	<i>Ultimi 5 anni Età > 18 anni</i>	<i>12 27</i>	<i>7</i>
<i>Communication Skills AND Palliative Care</i>	<i>Scopus</i>	<i>Ultimi 5 anni Età > 18 anni</i>	<i>319</i>	<i>1</i>
<i>("Nurse-Patient Relations"[Mesh] AND "Social Skills"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh])</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Ultimi 5 anni Età 18 anni</i>	<i>143</i>	<i>5</i>
<i>Ricerca Libera</i>	<i>Pubmed</i>	<i>No Limiti</i>	<i>9</i>	<i>4</i>
TOTALE (Esclusi i doppi)			582	29

È stato costruito un diagramma di flusso per rappresentare la selezione degli studi.
(ALLEGATO n.1)

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: nurse's role, advance care planning, terminal care, palliative care, nursing assessment, nurse-patient relations, communication skills, social skills, clinical competence.

2.5 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione degli studi sono stati:

- Persone di genere maschile e femminile con età superiore o uguale a 18 anni, escludendo i pediatrici.
- Persone assistite in fase avanzata di malattia o in accompagnamento alla morte.
- Tipologia di articoli: revisioni sistematiche, trial clinici. Incluse anche normative giuridiche.
- Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (2017-2022).
- Sono stati inclusi anche alcuni documenti meno recenti ma all'interno dell'arco temporale degli ultimi 20 anni (2002-2022), per l'elevata evidenza in letteratura.
- Lingua: italiano, inglese, tedesco.

Criteri di esclusione degli studi sono stati:

- Articoli in cui manca l'abstract.

CAPITOLO 3: RISULTATI

Dalla ricerca condotta in letteratura sono stati selezionati complessivamente ventinove articoli che rispondono ai criteri di inclusione stabiliti in precedenza. In seguito sono stati suddivisi in base alla pertinenza rispetto ai quesiti di ricerca undici articoli per la prima domanda di ricerca, nove per la seconda e nove per la terza. È stata costruita una sintesi degli studi reperiti. (ALLEGATO n. 2)

Tutti gli articoli fanno riferimento all'ambito di assistenza delle cure palliative con setting variabili tra ospedale, hospice, domicilio e ospedale di comunità. I professionisti protagonisti degli studi sono infermieri non specializzati e specializzati in cure palliative all'interno degli ambienti precedentemente descritti, e studenti infermieri del corso di laurea in infermieristica.

3.1 Il ruolo dell'infermiere nel colloquio di presa in carico

La letteratura mostra come la formazione del professionista infermiere nell'ambito delle cure palliative rivesta un ruolo fondamentale nell'agire professionale di quest'ultimo. Nello studio di (Etafa *et al.*, 2020) infatti si osserva che solo una piccola minoranza di infermieri con esperienza in ambito ospedaliero, conosce adeguatamente le cure palliative; allo stesso tempo, però, l'esperienza associata a delle lezioni di formazione può influenzare in modo positivo gli infermieri, tanto da intraprendere un atteggiamento positivo verso le cure palliative. Molti autori suggeriscono un programma di formazione per approfondire le conoscenze e le competenze del professionista (Ohr *et al.*, 2021) e (Raftery *et al.*, 2020) e per diventare un membro del team multidisciplinare, l'infermiere deve avere una giusta preparazione. (Briggs & Colvin, 2002). Anche secondo (Glajchen & Goehring, 2017), (Bolt *et al.*, 2021) e (Head *et al.*, 2018) vi è una mancanza di formazione degli infermieri specifica per la gestione dei colloqui con l'equipe multidisciplinare in cui si tratta il tema della terminalità, ed è quindi necessario preparare questa figura professionale affinché il ruolo dell'infermiere venga massimizzato. (Bolt *et al.*, 2021)

Il punto chiave di tutti gli articoli esaminati è che l'intera assistenza fornita dall'equipe è centrata sulla persona in modo olistico e l'infermiere risulta essere una presenza fondamentale all'interno delle cure palliative.

L'infermiere infatti lavora ogni giorno a stretto contatto con la persona e con essa instaura relazioni basate sulla fiducia, può prendersene cura anche per mesi, imparando

a conoscere la persona e la sua visione (Bolt *et al.*, 2021). Anche secondo (Briggs & Colvin, 2002), la posizione che possiede l'infermiere nell'assistenza è unica, poiché utilizza delle strategie per aiutarla ad acquisire fiducia in sé stessa e per supportarla durante tutta la sua malattia, di cui ha una visione completa (Raftery *et al.*, 2020).

Quando si intraprende un percorso di cure palliative, viene mobilitato un team multidisciplinare formato solitamente da medico, infermiere, psicologo e assistente sociale. Dunque, la presa in carico comincia con un colloquio tra equipe, assistito e familiari; in questo caso, l'infermiere può rivestire il ruolo di moderatore dell'incontro con tutti i professionisti. (ALLEGATO n. 3) Inizialmente, l'infermiere incontra la persona per conoscerla e considerare il percorso che l'ha condotta verso le cure palliative; pone l'attenzione allo stato d'animo dell'individuo rispettando i tempi e i bisogni della persona, iniziando così a creare un rapporto basato sulla fiducia (Glajchen & Goehring, 2017). Un elemento fondamentale da prendere in considerazione per favorire una presa in carico efficace e personalizzata è la dimensione ambientale; ciò consente all'infermiere di individuare, in base al setting di cure palliative in cui si trova l'assistito, il luogo che garantisca il massimo comfort sia dal punto di vista fisico, sia di clima relazionale. Un ambiente in grado di garantire la privacy, la libera espressione e che allo stesso tempo doni serenità e pace, nonostante la complessità della situazione, può facilitare l'alleanza terapeutica. Anche ai tempi portata attenzione: va concordato sia il momento della giornata più adeguato, in modo da evitare fastidiose interruzioni, sia la durata; va infatti garantita la possibilità di esprimersi e progettare il percorso terapeutico senza limiti temporali e fretta. All'interno dei possibili setting troviamo: l'hospice, una struttura dove l'assistito e la famiglia vengono accolti da un'equipe multiprofessionale; il domicilio, in cui il malato trascorre gli ultimi momenti di vita nella propria casa assieme ai propri cari e il sostegno del team di cure palliative; l'ospedale, la cui natura è più volta alla cura della malattia, piuttosto che all'accompagnamento, e le strutture residenziali, dove negli ultimi anni vi è una maggiore sensibilità alle cure palliative. (Prandi *et al.*, 2018) Il setting ideale per un colloquio, presentato in diversi articoli in letteratura, viene identificato in una stanza tranquilla, luminosa, calda e silenziosa, lontana dagli ambienti rumorosi con le sedie disposte a cerchio per creare confidenzialità, in cui la persona e la sua famiglia possano sentirsi accolti. L'infermiere nella maggior parte dei

casi, conduce il colloquio e presenta l'equipe, identificando i ruoli di ciascuno; inoltre, espone il servizio di cure palliative descrivendo la mission, i valori e gli obiettivi di quest'ultimo. (Glajchen & Goehring, 2017) In questa seduta vengono formulati gli obiettivi da raggiungere insieme secondo i desideri e i bisogni dell'assistito e della sua famiglia, mettendo al centro la dignità e la miglior qualità di vita della diade assistito-famiglia. Prima di procedere con l'accertamento, il professionista richiede il consenso informato (Donnelly & Martin, 2016) all'assistito al fine di acquisire informazioni ed effettuare eventuali interventi. Tutta la conversazione sarà registrata all'interno della cartella clinica dell'assistito, a disposizione di tutti i membri del team. (Glajchen & Goehring, 2017) Al termine è reso disponibile uno spazio per lasciare il tempo alla famiglia di comprendere la nuova situazione e per fare domande all'equipe.

Lo studio (Oliver *et al.*, 2018) individua nove elementi primari (Tabella III) per il processo di decisione condivisa con la persona e la famiglia, secondo il modello di processo decisionale condiviso di Makoul; tra questi il più usato è la *definizione del problema*, in cui si chiarisce e si comprendono le preoccupazioni. La *valutazione della comprensione del paziente e della famiglia*, ovvero, il momento in cui l'infermiere indaga se l'assistito e il caregiver abbiano appreso ciò che è stato detto, è l'elemento meno utilizzato dai professionisti.

Tabella III: Adattata e tradotta da (Oliver *et al.*, 2018) Elementi essenziali del processo decisionale condiviso secondo Makoul.

Elementi essenziali	Spiegazione concettuale
Definire il problema	I pazienti, la famiglia o i fornitori definiscono e/o spiegano il problema che deve essere affrontato.
Identificare le opzioni	Viene presentata una serie di opzioni o alternative da considerare.
Discutere rischi e benefici	Discussione sui pro e i contro, i benefici, i rischi e i costi. I fornitori e i pazienti possono avere prospettive diverse.
Preferenze del paziente/famiglia	I valori e le preferenze del paziente devono essere chiariti attraverso la discussione di idee, preoccupazioni e aspettative di risultato.
Autoefficacia del paziente/famiglia	La discussione sulle capacità dei pazienti, l'autoefficacia, di seguire un piano aiuta a determinare la fattibilità delle opzioni.
Raccomandazioni dell'infermiere	La conoscenza e le raccomandazioni affiliate nel contesto della decisione specifica devono essere spiegate.
Valutare la comprensione del paziente/famiglia	Entrambe le parti dovrebbero verificare la comprensione dei fatti e delle prospettive durante tutto il processo
Prendere una decisione	Le decisioni possono non essere sempre possibili al momento della prima discussione e può essere necessario un lavoro aggiuntivo.
Follow up	Gli infermieri e i pazienti dovrebbero organizzare un follow-up per seguire l'esito delle decisioni che sono state prese.

Dunque, il primo vero contatto con la famiglia lo si ha durante l'incontro con l'intera equipe multidisciplinare, successivamente viene fatto un incontro specifico tra l'infermiere e l'assistito. Durante tutto il periodo di cure quindi si alternano colloqui con l'equipe e colloqui con il singolo professionista. Nell'articolo di (Glajchen & Goehring, 2017), l'infermiere è il professionista che passa più tempo con l'assistito e la sua famiglia, offrendo una risposta efficace ai bisogni di salute di quest'ultimi. Al termine del colloquio, può confrontarsi autonomamente con la famiglia, per capire se è stato compreso correttamente e quali siano i loro pensieri a riguardo. In quasi la totalità degli articoli, si afferma che le cure palliative se sono gestite da infermieri (Hagan et al., 2018) o vi è la presenza di un infermiere (Briggs & Colvin, 2002) si producano effetti positivi sulla qualità di vita della persona. Quando vi è un infermiere le persone assistite sono soddisfatte e accettano le decisioni (Raftery et al., 2020); mentre le famiglie si affidano meglio agli infermieri per le scelte di trattamento (Head et al., 2018) e permettono loro di confidarsi e fidarsi dei consigli ricevuti (Glajchen & Goehring, 2017).

Dallo studio (Kirby et al., 2014), in cui sono presenti delle interviste dettagliate di infermieri clinici che raccontano la loro esperienza e i punti di vista sulle cure palliative, emerge che l'assistenza infermieristica è emotivamente stressante, necessita di molto tempo e prevede una gestione complessa di tutte le relazioni, sia con le persone e le loro famiglie, sia con i colleghi sanitari. Sempre nel medesimo studio si legge di una mancanza di supporto per gli operatori sanitari stessi. Al contrario in (Rodgers, 2019), oltre a prendersi cura dell'assistito e della famiglia, l'infermiere palliativista può contare sul supporto emotivo dei colleghi più esperti. È necessario, quindi, che il professionista riconosca il proprio dolore e faccia fronte con l'autocura al ripristino dell'equilibrio perso.

Infine, l'infermiere, per fare assistenza palliativa deve saper lavorare in un team di professionisti differenti; facilitando la conversazione nelle parole e nel modo di porsi affinché gli assistiti ricevano delle informazioni coerenti. Inoltre, deve avere abilità di problem solving e pensiero critico e saper produrre dei giudizi clinici.

Nella tabella IV sono indicati i criteri di competenza dell'infermiere palliativista.

Tabella IV: Adattata da (Prandi *et al.*, 2018) Le competenze dell'infermiere palliativista.

<p>Area comunicativa relazionale Finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili e controverse, con sensibilità e attenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delicata informazione che accompagni ogni giorno il malato e i familiari, spiegando ciò che avviene e ciò che potrebbe verificarsi; • creare le condizioni adatte perché il paziente possa esprimersi e possa ricevere risposte adeguate; • comunicazione condotta in modo efficace; • garantire il rispetto dell'unicità, della dignità e della volontà della persona.
<p>Area psicosociale Finalizzate a sviluppare un'assistenza attenta alla globalità dei bisogni espressi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attenta apertura alla lettura dei segni socio culturali, etnici, religiosi, valoriali per meglio interpretare i bisogni della persona e della famiglia; • considerazione dell'ambiente di vita della persona come fattore pertinente alla cura; • coinvolgimento attivo dei familiari, caregiver e soggetti della comunità nei processi di assistenza.
<p>Area lavoro in equipe Finalizzate a sviluppare un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali di malato e famiglia.</p>	
<p>Area clinico-assistenziale Finalizzate a sviluppare appropriati ed efficaci interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamenti indispensabili per preservare la dignità del paziente e della sua famiglia quando la vita è giunta alla fine e anche dopo; • cura fisica del corpo è probabilmente la più comune area di attività; • cure di base rappresentano l'attività indispensabili per il "confort" del paziente terminale ma anche della famiglia. Sono le cure più importanti, permettono di far entrare in relazione l'operatore; • grande rispetto, cautela, garbo, gentilezza, sensibilità e delicatezza per garantire dignità al corpo e all'uomo che si sta aiutando.

3.2 Accertamento infermieristico durante la presa in carico

Dall'analisi degli articoli presi in considerazione emergono diverse categorie di interesse per l'accertamento infermieristico nelle cure palliative.

La maggior parte degli articoli concordano nel dire che la gestione dei sintomi e il coinvolgimento della persona sono elementi fondanti per il processo decisionale infermieristico; inoltre, l'assistito è considerato in modo olistico. In un'assistenza olistica sono sottoposte ad indagine la sfera biologica, la sfera psicosociale e la sfera spirituale affinché il professionista possa comprendere la persona nel suo intero.

Dall'analisi della letteratura non emerge una guida di accertamento specifico per le cure palliative; si possono reperire invece delle indicazioni rispetto agli ambiti specifici da tenere in considerazione ed esplorare ai fini dell'accertamento come prima fase della pianificazione assistenziale successiva. In (da Silva *et al.*, 2017) sono state identificate 33 diagnosi infermieristiche, le quali fanno riferimento alla classificazione

ICNP (International Classification for Nursing Practice), appropriate per le persone assistite di cure palliative, suddivise in tre categorie: preoccupazioni legate alla malattia, repertorio di conservazione della dignità e repertorio della dignità sociale. All'interno delle categorie, le diagnosi vengono ulteriormente separate in altri sottotemi. La tabella V mostra la classificazione finale: ogni categoria viene suddivisa in temi e in ulteriori sottotemi.

-  Categorie
-  Temi
-  Sottotemi

Tabella V: Adattata e tradotta da (da Silva et al., 2017) Classificazione delle diagnosi infermieristiche nelle tre categorie.

Preoccupazioni legate alla malattia	Repertorio per la conservazione della dignità	Repertorio della dignità sociale
Livello di indipendenza	Prospettive di conservazione della dignità	Sostegno sociale
Acuità cognitiva	Continuità di sé stessi	- La mancanza di sostegno da parte della famiglia
- Comunicazione compromessa - Orientamento migliorato - Orientamento compromesso	- Dignità preservata	Tenore di cura
Capacità funzionale	Speranza	- Relazione con il paziente/caregiver
- Adattamento ai cambiamenti e ai compromessi	- Assenza di speranza - Aspettativa di speranza	Preoccupazioni postume
Sintomi di sofferenza	Autonomia e controllo	- Processo decisionale alterato
Sofferenze fisiche	- Rischio di interruzione della cura di sé stessi	
- Malessere - Dispnea - Dolore - Edema - Stanchezza - Ferite - Ipertensione arteriosa - Ipotermia - Ipossia - nausea - Respirazione compromessa - Rischio di cachessia - Sonno alterato	Accettazione	
Sofferenze psicologiche	- Aderenza al regime terapeutico - Atteggiamento alterato nell'affrontare la morte e il processo di morte	
- Tristezza cronica - Ansia legata alla morte - Disperazione - Stato emotivo compromesso	Pratiche di conservazione della dignità	
	Vivere il momento	
	- Volontà di vivere	
	Cercare del conforto spirituale	
	- Rischio di disagio spirituale - Angoscia spirituale	

Alla distribuzione in tre categorie si sono aggregati anche (Trybus *et al.*, 2021) e (Johnston *et al.*, 2015). Secondo (Johnston *et al.*, 2015), le preoccupazioni derivano dalla malattia stessa e dai suoi sintomi, ostacolando la dignità dell'assistito; il repertorio della dignità, invece, è associato ad elementi psicologici e spirituali e alle

risorse interne della persona; mentre, il repertorio della dignità sociale riporta gli argomenti sociali di relazione che ne influenzano il senso di dignità.

Per avviare l'accertamento possono esserci diverse modalità ad esempio l'intervista, con delle domande senza però forzare la risposta oppure lasciando raccontare il proprio vissuto alla persona stessa, quindi reperire le informazioni utili e necessarie per il processo di cura.

Due articoli hanno inserito nel piano infermieristico la voce della persona assistita (Stewart *et al.*, 2017), ad esempio chiedendogli di valutare i propri sintomi in una scala numerica, per renderlo complice delle proprie cure e migliorare la sua salute emotiva. Un altro modo per rendere partecipe la persona è lasciarlo raccontare la propria storia clinica, come la sta vivendo lui in prima persona. Questa modalità viene descritta da (Donnelly & Martin, 2016), in cui l'infermiere ascolta e osserva tutti i comportamenti della persona, con un atteggiamento empatico e con ogni tipo di comunicazione, per raccogliere tutte le informazioni che gli possono servire nel guidarlo ad una diagnosi definitiva. A questo proposito si introduce il concetto di medicina narrativa, grazie alla quale si entra nell'unicità della storia di ogni assistito per dare il miglior fine vita possibile (Borasio & Tamchè, 2018).

La valutazione si basa sull'intera persona, dai bisogni fisici, come la gestione dei sintomi, a quelli psicosociali per entrare in intimità con lui e conoscerne i valori, le preferenze e le preoccupazioni rispetto alla malattia, se è presente un caregiver e il rapporto tra i due ed infine, la cultura spirituale e i desideri per la gestione del fine vita (donazione organi, luogo di sepoltura, tipologia di rito funebre, ecc).

Tra i sintomi più trattati nelle cure palliative vi è la gestione del dolore che è riconosciuto da tutti gli autori degli articoli. La legge n.38 del 15 marzo 2010 (*Gazzetta Ufficiale*, s.d.-a) infatti pone attenzione al sintomo specifico del dolore, la quale dichiara mediante la terapia del dolore la necessità di "*elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore*". Il dolore diventa il quinto parametro vitale da osservare e valutare, discuterne la tipologia, gli effetti che ha sulla persona, la terapia e le strategie di autogestione (Ehrlich *et al.*, 2021). L'infermiere si informa su come si sente l'assistito e se sono presenti dei cambiamenti dello stato di salute. Per valutare gli aspetti psicosociali si deve entrare quindi in intimità con la persona assistita e creare una relazione fiduciosa in cui l'infermiere

percepisce i valori, le preferenze e le preoccupazioni dell'assistito rispetto alla nuova condizione di salute, se c'è la famiglia o un caregiver che dà sostegno e che lo aiuta quando necessario e quale sia il rapporto che ha con esso. Nel caso in cui ci siano dei conflitti nella famiglia, l'infermiere deve aiutare a trovare il miglior equilibrio possibile (Glajchen & Goehring, 2017).

Fondamentale nell'accertamento della persona è anche l'aspetto spirituale, infatti l'infermiere dovrebbe intraprendere un dialogo delicato sulla morte, sul morire per comprendere quanto la persona conosca del tema e quali obiettivi si pone per il fine vita. È utile sapere se la persona ha una religione che segue e quali siano gli eventuali riti prima di morire e dopo nel rispetto della salma o se preferisce incontrare una persona di riferimento ad esempio un cappellano. (Glajchen & Goehring, 2017)

Tra tutti gli articoli esaminati, solo in (Donnelly & Martin, 2016) è richiesto esplicitamente il consenso informato per effettuare dei trattamenti sulla persona o raccogliere le sue informazioni; tale tema non è stato citato in nessun'altro.

Infine, un unico articolo (Dos Santos *et al.*, 2016) descrive il tema della cura post-mortem, intesa come sostegno e ascolto alla famiglia non solo nell'arco di tempo in cui la persona è in vita ma per l'intero periodo di lutto, anche dopo la sua morte.

3.3 Gli aspetti comunicativi e relazionali dell'equipe di cure palliative durante il colloquio di presa in carico

Dall'analisi si evince come l'elemento che accomuna tutti gli articoli della ricerca sia la comunicazione tra l'equipe, l'assistito e la sua famiglia. Nell'articolo di (Wittenberg, Reb, et al., 2018) si legge che l'assistenza infermieristica nelle cure palliative richiede una maggior attenzione alla comunicazione, in quanto si occupa della persona e ciò che fa parte di lei. Mentre (Bramhall, 2014) definisce la comunicazione come una relazione in cui si interagisce in modo reciproco, con lo scambio di messaggi verbali e non. Perché la comunicazione sia efficace, l'infermiere deve usare un linguaggio appropriato affinché la persona lo capisca (Bramhall, 2014); nel parlare deve essere onesto e rispondere alle domande che gli vengono poste e collaborare con il team multiprofessionale (Wittenberg, Reb, et al., 2018). Solo in quest'ultimo articolo è presente il concetto dell'ascoltare, altra caratteristica importante nella comunicazione.

Come spiega (Bramhall, 2014), per mantenere la conversazione incentrata sulla persona servono alcune abilità comunicative, ad esempio l'empatia per riuscire a comprendere i sentimenti dell'altro e l'ascolto attivo con cui si può dimostrare di aver sentito tutti gli spunti, le preoccupazioni e le domande della persona. Durante la conversazione è utile prestare attenzione alle emozioni e ai sentimenti della persona: ciò è molto apprezzato dagli assistiti. Il sanitario può anche cercare degli indizi o comportamenti del corpo per capire i bisogni della persona e sulla base di essi può fare delle supposizioni o usare piccoli gesti o parole per incoraggiare la persona assistita. Inoltre, utilizza pause e periodi di silenzio per aiutare la persona a prendere tempo e impegnarsi nel dialogo; un modo utile per raccogliere degli spunti riguardo il colloquio è saper riflettere. (Bramhall, 2014) Durante l'incontro con gli assistiti e le famiglie l'equipe può imbattersi in problemi di comunicazione: infatti, come spiega (Wittenberg, Ferrell, et al., 2018) è possibile incorrere in una bassa alfabetizzazione sanitaria tra la popolazione, la quale può presentare difficoltà nella trasmissione e ricezione del messaggio. Perciò l'infermiere deve essere capace di determinare la comprensione della persona, mediante l'interpretazione del gergo medico oppure dei comportamenti non verbali della persona (Wittenberg, Ferrell, et al., 2018). Il professionista deve essere in grado, quindi, di trovare un supporto perché la comunicazione diventi efficace. Più spesso la popolazione con più difficoltà sono persone prive di diploma, gli stranieri, le minoranze etniche o con culture differenti (Wittenberg, Ferrell, et al., 2018).

Negli articoli presi in esame, oltre alle abilità comunicative dell'infermiere, sono riconosciute le abilità di problem solving e di comprensione delle condizioni della persona assistita (Kim & Sim, 2020) e le abilità socio-emotive come il rispetto, l'empatia e l'autoefficacia, citate sia da (Expósito et al., 2019) che da (Banerjee et al., 2017). L'autoefficacia aiuta ad avere una comunicazione convincente; infatti più si ha fiducia in ciò che si dice, più l'altro ci crederà. Altre competenze sono il pensiero critico e saper dare giudizi clinici (Melin-Johansson et al., 2017). Un solo articolo, però, parla di compassione nei confronti della persona in cura come un legame con la sofferenza umana, cioè avere la consapevolezza della sofferenza che l'altro sta vivendo (Bramhall, 2014).

Secondo (Banerjee et al., 2017) e (Wittenberg, Reb, et al., 2018), un'altra attitudine dell'infermiere è di sapersi esprimere sulla morte, sul morire e sugli obiettivi del fine vita per poter dare una "buona morte" all'assistito.

Un altro articolo è, invece, incentrato sulla capacità di intuizione degli infermieri: per intuizione si intende quella capacità di captare informazioni o risolvere problemi con istinto, ancor prima di un ragionamento logico. L'intuizione si rafforza con l'esperienza e guida le decisioni degli infermieri che agiscono così nella relazione di cura. Purtroppo, però, alcuni infermieri sono restii a parlarne con i colleghi per le critiche che possono ricevere (Melin-Johansson et al., 2017); infatti, non è molto apprezzata nella pratica clinica visto che si basa su abilità in opposizione alle prove scientifiche, portando a cadere nello stereotipo. L'intuizione degli infermieri è applicata nella pratica clinica basandosi sulla conoscenza e l'esperienza; nella relazione, infatti il contatto unico con l'assistito porta a formulare giudizi intuitivi e, infine, nel processo infermieristico come supporto e guida nella formulazione delle diagnosi, nell'attuazione e nella valutazione. (Melin-Johansson et al., 2017) Per l'infermiere, l'intuizione diventa una forma di conoscenza personale e di sapere come mettere in pratica i compiti e quali azioni intraprendere nella cura. (Melin-Johansson et al., 2017)

La fiducia è una parola ricorrente in quasi la totalità degli autori analizzati. Infatti, tutte le abilità e le competenze che l'infermiere dovrebbe avere sono fondamentali per creare fiducia nel rapporto tra professionista e assistito. Inoltre, la fiducia è un sentimento importante poiché, grazie ad essa, l'assistito si lascia aiutare dall'infermiere mentre quest'ultimo può conoscere i bisogni più personali intimi della persona. Avere delle grandi capacità comunicative aiuta il professionista ad aumentare la soddisfazione e il benessere dell'assistito, dandogli un senso alla vita che sta per terminare. (Wittenberg, Reb, et al., 2018). Mentre, lo studio (Sun et al., 2022) afferma che per avere una relazione nel fine vita più diretta con la persona è opportuno aumentare la fiducia con essa e avere fiducia in sé stessi per poter parlare con i membri della famiglia degli obiettivi. Infine, anche l'intuizione, associata all'uso di dati oggettivi, genera grande fiducia e autostima nel professionista (Melin-Johansson et al., 2017).

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

Dalla letteratura emerge che l'infermiere è il professionista che lavora quotidianamente più a stretto contatto con l'assistito ed è parte fondante della relazione con esso e con la sua famiglia poiché può arrivare a conoscere la sua parte più intima e usare delle strategie per supportarlo nella malattia. ((Etafa *et al.*, 2020), (Kirby *et al.*, 2014), (Hagan *et al.*, 2018) e (Raftery *et al.*, 2020))

Nell'ambito delle cure palliative diventa fondamentale per i sanitari saper lavorare in gruppo; infatti l'assistenza è offerta da un'equipe multidisciplinare che collabora insieme per la cura, mediante continui momenti di confronto nella gestione dell'assistito. Inizialmente, il team si confronta per comprendere la situazione di partenza; poi l'attenzione viene spostata all'incontro con la persona e il suo nucleo familiare: il primo momento di contatto, in cui si avvia la relazione d'aiuto che durerà per tutto il tempo di cura. L'infermiere all'inizio e nel corso dello sviluppo dell'assistenza alterna con l'assistito riunioni in equipe e incontri da solo, deve quindi avere la capacità di modulare i propri interventi ed esercitare il proprio ruolo rispetto a questi due ambiti, con capacità interdisciplinari e di presa in cura assistenziale. Sarà parte di un gruppo nell'incontro con tutti, garantendo che la persona sia sempre ascoltata e rispettata, e sarà il protagonista quando si troverà da solo con l'assistito, prendendosi cura di lui e della famiglia, applicando le competenze infermieristiche. Emerge l'importanza di non abbandonare la famiglia nel momento del decesso e nelle fasi immediatamente successive; è il tempo più sensibile.

Rispetto all'accertamento e alla pianificazione delle cure, il professionista spazia in numerose aree per conoscere la persona nel suo insieme e progettare un'assistenza di tipo olistico. La ricerca in particolare ha messo in luce come l'infermiere palliativista debba essere capace di occuparsi di ambiti specifici di assistenza, come la dignità della persona e il sapersi confrontare sul senso della vita, della malattia e della morte affinché si raggiunga una *buona morte* (Sun *et al.*, 2022). L'infermiere può rendere protagonista del processo decisionale la persona attraverso la medicina narrativa (Borasio & Tamchès, 2018), con la narrazione del proprio vissuto. Questi aspetti nel percorso di base dell'infermiere possono essere stati incontrati solo occasionalmente, per seminari specifici o esperienze di tirocinio o per aver sviluppato una personale sensibilità e attenzione per esperienze significative personali. La letteratura ci dimostra

come conoscere la persona nella sua essenza è cruciale per l'infermiere e per la sua assistenza.

L'infermiere e l'equipe di cure palliative utilizzano competenze comunicative e relazionali per sostenere la cura dell'individuo. In una comunicazione efficace ci sono aspetti tecnici che possono aiutare, ma molto di ciò che guida una buona comunicazione e la relazione è il rispetto e i valori che accompagnano la professione infermieristica. L'infermiere deve essere empatico, cioè sapersi mettere nei panni dell'altro, incoraggiandolo con gesti e parole. Carl Rogers sostiene infatti, che l'empatia si nutre soprattutto di autenticità, di rispetto vero e l'elaborazione di tutto ciò fa parte di un percorso personale oltre che professionale importante.

Il professionista quindi instaura una relazione basata sulla fiducia della persona verso l'infermiere e viceversa, così come rispetto all'equipe e alle cure palliative; in questo contesto diventa necessario assumere un supporto più diretto alla persona e aumentare la stima reciproca (Sun et al., 2022).

Dalla letteratura emerge una carenza nella formazione infermieristica rispetto all'ambito delle cure palliative. Dalla letteratura e dal confronto con professionisti che operano nell'ambito delle cure palliative, emerge la necessità di una formazione specifica, che, piuttosto di rivolgersi agli stereotipi di concetti generali, si basi sull'esperienza di infermieri che operano nel settore e sulla ricerca in questo ambito, che va sicuramente sviluppata. Una formazione insufficiente si traduce in un'assistenza poco efficace nei confronti del malato. Con un aggiornamento continuo si possono migliorare le abilità comunicative e aumentare il comfort nei colloqui tra equipe e famiglia (Bramhall, 2014). Inoltre, è sicuramente necessario un ampliamento nella ricerca in questo ambito per incoraggiare il lavoro dell'infermiere con evidenze scientifiche e supporti infermieristici standardizzati e convalidati. L'elaborazione di una modalità di accertamento specifica per le cure palliative, a partire dalle evidenze della letteratura e dall'analisi della pratica clinica, permetterebbe al professionista infermiere di indagare ogni importanza per l'assistito e la famiglia. Un accertamento mirato alle cure palliative garantirebbe comunque la personalizzazione dell'assistenza in quanto si proporrebbe come una guida per il professionista.

Il tempo ristretto (Wittenberg, Reb, et al., 2018) che purtroppo si ha a disposizione non sempre dà la possibilità di praticare l'assistenza sulla persona stessa, così vengono

tralasciati degli aspetti, ad esempio una parola, un gesto di conforto o l'ascolto per dare priorità ad un altro trattamento. Oltre al tempo, anche la carenza di infermieri non aiuta ad offrire una giusta cura, bensì crea al sanitario uno stress (Kirby et al., 2014) aggiuntivo rispetto a quello nato dalle attività delicate delle cure palliative; infatti è possibile che il professionista sviluppi uno stato di burnout (Banerjee et al., 2017), una sindrome che colpisce principalmente le professioni d'aiuto e che fa perdere interesse nei confronti delle persone che si sta curando. L'attività stressante diminuisce il livello di prestazione nella pratica clinica (Kirby et al., 2014). Queste figure hanno quindi bisogno di un supporto per poterne uscire e ricominciare l'attività la passione di sempre; molte volte, non essendoci tanti supporti, gli infermieri possono fare affidamento sui loro colleghi per un appoggio emotivo e reciproco.

Implicazioni per la pratica clinica

Dalla ricerca condotta emergono alcuni strumenti che possono diventare di riferimento per uno sviluppo metodologico dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle cure palliative:

- strutturare il momento del colloquio iniziale rispetto all'accoglienza, il setting, l'incontro d'equipe;
- strutturare l'accertamento infermieristico per lo sviluppo del progetto assistenziale attraverso gli strumenti proposti che mettono in luce aspetti specifici delle cure palliative;
- sviluppare attraverso formazione e lavori in team competenze di comunicazione/relazione capaci di supportare il percorso della persona e della famiglia in questo delicato periodo di vita.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONE

L'obiettivo delle cure palliative è la valorizzazione del tempo della persona assistita e della sua famiglia: deve garantire il miglior benessere possibile, la migliore qualità di vita, eliminando ogni inutile sofferenza. Le cure palliative richiedono un approccio multidisciplinare e coinvolgono la persona malata e il nucleo familiare nel processo di cura: l'infermiere rappresenta un membro fondamentale dell'equipe multidisciplinare e il presente lavoro di ricerca ha messo in luce il ruolo dell'infermiere durante il processo della presa in carico di un assistito evidenziando gli aspetti più rilevanti per la professione con il fine di garantire la migliore assistenza alla persona/famiglia.

L'infermiere instaura quindi una relazione privilegiata con l'assistito e la sua rete di affetti, basata sulla conoscenza degli aspetti più importanti per quest'ultimo come, ad esempio, le aspettative, il sistema valoriale e i bisogni, garantendone la libertà di espressione, l'assenza di giudizio e accogliendone la narrazione del proprio vissuto. All'interno dell'equipe, ogni professionista risponde ai bisogni all'interno del proprio ambito di competenza e collabora con gli altri nella stesura di una pianificazione condivisa delle cure, nel rispetto dei valori e dei desideri che la persona possiede. Nel corso del processo di gestione della persona l'equipe si riunisce spesso in momenti di confronto individuale o in associazione con la famiglia dove l'infermiere distingue il proprio ruolo nei due ambiti. Per poter rendere protagonista la persona assistita, l'equipe tutta deve usufruire delle competenze relazionali e comunicative.

L'aspettativa di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione, ha visto uno sviluppo importante della cultura delle cure palliative a livello mondiale. Di pari passo ne consegue l'importanza di investire sulla formazione per i professionisti infermieri, non solo durante la pratica clinica ma già a partire dal percorso accademico volto al conseguimento del titolo. Alla luce di quanto emerso dalla letteratura sarebbe interessante ampliare l'analisi delle competenze e delle strategie proprie dell'infermiere palliativista nel processo dell'accertamento durante la presa in carico con l'obiettivo futuro di elaborarne una guida specifica basata sulle evidenze scientifiche e la pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>
- Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Schols, J. M. G. A., Zwakhalen, S. M. G., Janssen, D. J. A., & Meijers, J. M. M. (2021). [The nurse's role in the process of advance care planning]. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 52(1). <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2021.01.02>
- Borasio, G. D., & Tamchès, E. (2018). Assessment measures in palliative care: The risk of inflation and the importance of listening to the patient's story. *Palliative & Supportive Care*, 16(1), 1–2. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000019>
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(14), 53–59. <https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
- Briggs, L., & Colvin, E. (2002). The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatric Nursing*, 23(6), 302–310. <https://doi.org/10.1067/mgn.2002.130271>
- da Silva, R. S., Pereira, Á., da Nóbrega, M. M. L., & Mussi, F. C. (2017). Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2914. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>

Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. (s.d.). 2.

Donnelly, M., & Martin, D. (2016). History taking and physical assessment in holistic palliative care. *British Journal of Nursing*, 25(22), 1250–1255. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.22.1250>

Dos Santos, E. C., De Oliveira, I. C. M., & Feijão, A. R. (2016). Validation of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 29(4), 363–373. Scopus. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600051>

Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-Led Motivational Interviewing for Setting Functional Cancer Pain Goals. *Pain Management Nursing*, 22(6), 716–723. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.003>

Etafa, W., Wakuma, B., Fetensa, G., Tsegaye, R., Abdisa, E., Oluma, A., Tolossa, T., Mulisa, D., & Takele, T. (2020). Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end- of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(10), e0238357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238357>

Expósito, J. S., Jiménez-Rodríguez, D., Agea, J. L. D., Izquierdo, M. D. C., & Costa, C. L. (2019). Impact of Socio-Emotional Skills On The Performance of Clinical Nursing Practices. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 16(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2019-0064>

Gazzetta Ufficiale. (s.d.-a). Recuperato 14 febbraio 2022, da <https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu>

=2010-03-

19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070

Gazzetta Ufficiale. (s.d.-b). Recuperato 9 febbraio 2022, da
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>

Glajchen, M., & Goehring, A. (2017). The Family Meeting in Palliative Care: Role of the Oncology Nurse. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 489–497.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>

Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing’s role in leading palliative care: A call to action. *Nurse education today*, 61, 216–219.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>

Head, B. A., Song, M.-K., Wiencek, C., Nevidjon, B., Fraser, D., & Mazanec, P. (2018). Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Care: The Nurse’s Role in Communication and Advance Care Planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000406>

Johnston, B., Larkin, P., Connolly, M., Barry, C., Narayanasamy, M., Östlund, U., & McIlpatrick, S. (2015). Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13–14), 1743–1772.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12791>

Kim, A. Y., & Sim, I. O. (2020). Communication Skills, Problem-Solving Ability, Understanding of Patients’ Conditions, and Nurse’s Perception of Professionalism among Clinical Nurses: A Structural Equation Model Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4896. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134896>

- Kirby, E., Broom, A., & Good, P. (2014). The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: A qualitative study. *BMJ Open*, *4*(9), e006026. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006026>
- Mangiacavalli, B., Pulimeno, A. M. L., Mazzoleni, B., Cicolini, G., Cicia, C., Draoli, N., & Vallicella, F. (s.d.). *A CURA DEL COMITATO CENTRALE FNOPI*: 32.
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making—A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Ohr, S. O., Cleasby, P., Jeong, S. Y.-S., & Barrett, T. (2021). Nurse-led normalised advance care planning service in hospital and community health settings: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, *20*, 139. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00835-x>
- Oliver, D. P., Washington, K., Demiris, G., Wallace, A., Propst, M. R., Uraizee, A. M., Craig, K., Clayton, M. F., Reblin, M., & Ellington, L. (2018). Shared decision making in home hospice nursing visits: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(3), 922. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.022>
- Prandi, C., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Marson, R., Malinverni, E., & Guarda, M. (2018). *Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative (Italian Palliative Nursing Core Competence)*. [Report]. SICP. [http://www.sicp.it/web/procedure/contenuto.cfm?List=WsPageNameCaller, WsIdEvento,WsIdRisposta,WsRelease&c1=%2Fweb%2Feventi%2FSICP%2 Fcorecurriculum%2Ecfm%3FList%3DWsStartRow%26c1%3D11&c2=COR ECUSICP&c3=11&c4=1](http://www.sicp.it/web/procedure/contenuto.cfm?List=WsPageNameCaller,WsIdEvento,WsIdRisposta,WsRelease&c1=%2Fweb%2Feventi%2FSICP%2Fcorecurriculum%2Ecfm%3FList%3DWsStartRow%26c1%3D11&c2=COR ECUSICP&c3=11&c4=1)

- Raftery, C., Lewis, E., & Cardona, M. (2020). The Crucial Role of Nurses and Social Workers in Initiating End-of-Life Communication to Reduce Overtreatment in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Gerontology*, 1–4. <https://doi.org/10.1159/000509103>
- Rodgers, G. T. (2019). How Do You Deal With Death and Dying? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(3), 336–336. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.336>
- Stewart, K., Doody, O., Bailey, M., & Moran, S. (2017). Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: A quality improvement initiative. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(12), 577–585. Scopus. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.12.577>
- Sun, A. H., Crick, M., Orosz, Z., & Hsu, A. T. (2022). An Evaluation of the Communication at End-of-Life Education Program for Personal Support Workers in Long-Term Care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(1), 89–96. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0054>
- Trybus, T., Victor, L. S., Silva, R. S. da, Carvalho, D. R., & Cubas, M. R. (2021). Clinical applicability of the terminological subset of palliative care for dignified dying. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0126>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., & Buller, H. (2018). Health literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), E53–E61. Scopus. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.53-61>
- Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E. (2018). Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT

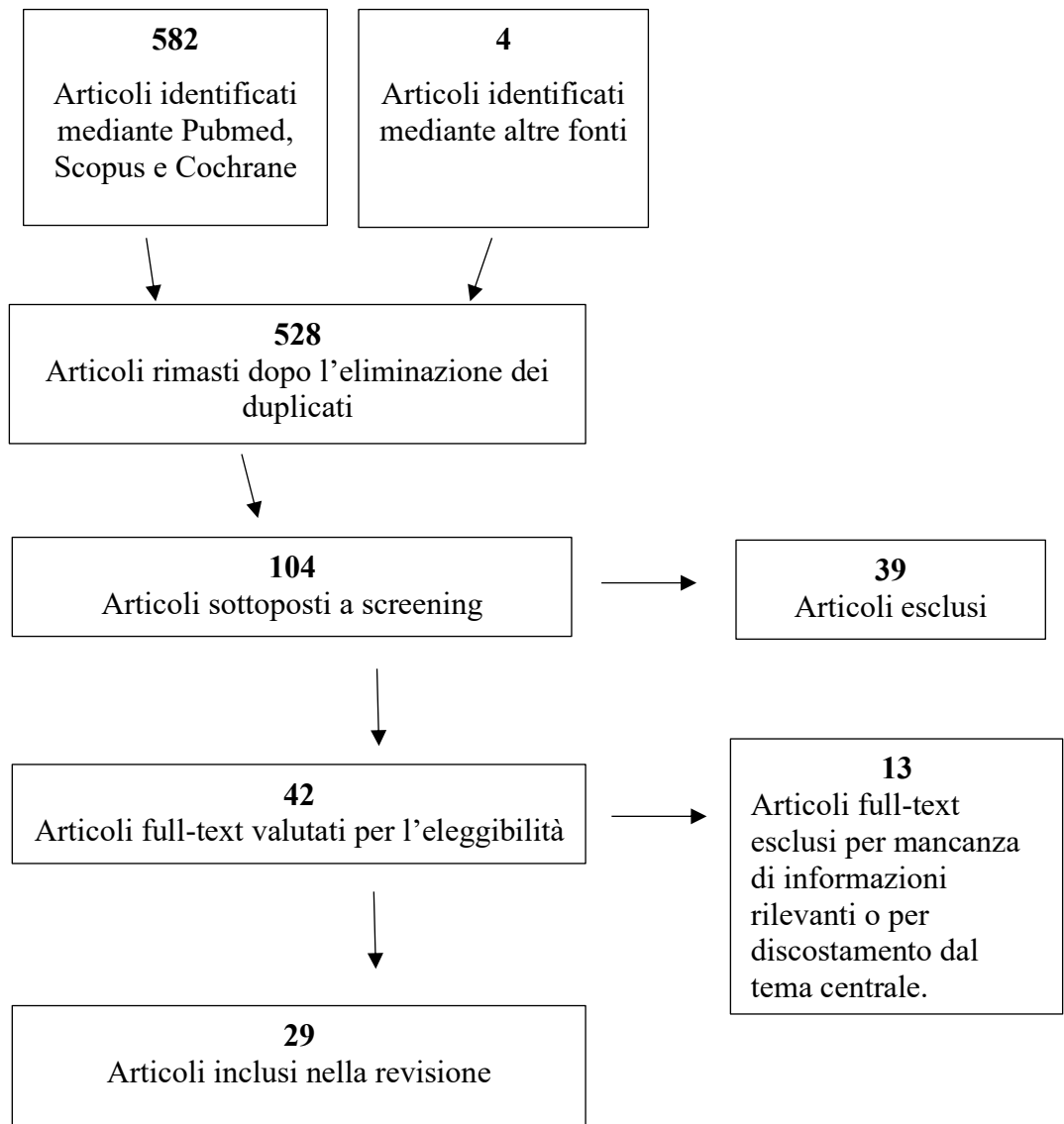
Communication Curriculum. *Seminars in oncology nursing*, 34(3), 264–273.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>

ALLEGATI

ALLEGATO 1

PRISMA, rappresentazione grafica della selezione degli articoli.



ALLEGATO 2

TABELLE DI ANALISI E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Leggenda colori

- Stringa di ricerca: Nursing Assessment[Mesh] AND Palliative Care[Mesh]
- Stringa di ricerca: Communication Skills AND Palliative Care
- Stringa di ricerca: Nurse-Patient Relations[Mesh] AND Social Skills[Mesh] OR Clinical Competence[Mesh]
- Stringa di ricerca: Nurse's Role[Mesh] AND Advance Care Planning[Mesh])
- Stringa di ricerca: Nurse's Role[Mesh] AND Terminal Care[Mesh]
- Stringa di ricerca: Nurse's Role[Mesh] AND Palliative Care[Mesh]
- Ricerca libera

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
T. Trybus, L.S. Victor, R.S. da Silva, D.R. Carvalho, M.R. Cubas Clinical applicability of the terminological subset of	Studio osservazionale caso controllo	Valutare l'applicabilità clinica del sottoinsieme terminologico della classificazione internazionale per la	Pazienti oncologici sottoposti a palliazione.	Dall'analisi degli articoli sono stati identificati 29 diagnosi e 197 interventi infermieristici. Tutte le affermazioni sono state	Nel contesto delle cure palliative l'applicabilità clinica è circa del 90% sia per le diagnosi sia degli

<p>palliative care for dignified dying. Rev Esc Enferm USP 2021</p>		<p>pratica infermieristica delle cure palliative per un morire dignitoso, in oncologia.</p>		<p>considerate applicabili alla pratica clinica.</p>	<p>interventi per il morire dignitoso.</p>
<p>R.S. da Silva, A. Pereira, M.M. Lima da Nobrega, F. Carneiro Mussi Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. Rev Latino-Am. Enfermagem 2017</p>	<p>Studio sperimentale trial clinico controllato in due fasi.</p>	<p>Costruire e convalidare diagnosi infermieristiche per persone in cure palliative</p>	<p>Pazienti in cure palliative</p>	<p>Dai 262 termini convalidati sono state sviluppate 56 diagnosi infermieristiche. Solo 33 diagnosi sono stati convalidati e classificati in tre categorie differenti.</p>	<p>Delle 33, 18 sono state inserite nell'aggiornamento del catalogo della Classificazione per la pratica infermieristica. Lo studio contribuisce a sostenere il ragionamento clinico e il processo decisionale dell'infermiere.</p>
<p>M. Donnelly e D. Martin History taking and physical assessment in holistic palliative care. British Journal of Nursing, 2016</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo case report</p>	<p>Esaminare il processo nel fare diagnosi differenziale con riferimento all'esame fisico respiratorio.</p>	<p>Paziente con anamnesi di cancro ai polmoni</p>	<p>Le nuove abilità migliorate e raffinate di acquisizione dell'anamnesi e del processo di esame fisico danno maggiore competenza e fiducia nel</p>	<p>Vengono riconosciuti i valori e i benefici dello sviluppo di conoscenze e competenze di una valutazione sanitaria completa per fornire cure palliative olistiche.</p>

				guidare il medico a fare diagnosi differenziale.	
<p>K. Stewart, O. Doody, M. Bailey, S. Moran</p> <p>Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. International Journal of Palliative Nursing, 2017</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Riporta un progetto di miglioramento della qualità per sviluppare una documentazione infermieristica che rifletta l'assistenza olistica all'interno di un centro palliativo specializzato.</p>	<p>Pazienti in cure palliative.</p>	<p>Il nuovo documento ha dimostrato un livello più elevato di conformità in relazione alle valutazioni infermieristiche e un approccio più conciso, accurato e completo.</p>	<p>Ha permesso una documentazione infermieristica coerente e olistica. Tuttavia, è necessaria una formazione continua per sostenere i risultati positivi e un supporto organizzativo per migliorare i sistemi di documentazione.</p>
<p>B. Johnston, P. Larkin, M. Connolly, C. Barry <i>et al.</i></p> <p>Dignity-conserving care in palliative care setting: an integrative review. Journal of Clinical Nursing, 2015</p>	<p>Revisione integrativa della letteratura</p>	<p>Riportare una revisione delle prove relative all'attenzione alla dignità nelle cure palliative. Sono anche suggeriti percorsi di ricerca futuri.</p>	<p>Pazienti in cure palliative</p>	<p>Nove temi per classificare le azioni di cura; queste ultime includevano ascoltare, trasmettere empatia, comunicare e coinvolgere i pazienti nelle cure.</p>	<p>Le azioni di cura potrebbero essere classificate sotto la maggior parte dei temi, ma il livello di indipendenza e le preoccupazioni postume dovrebbero essere formulate in modo indipendente. La ricerca</p>

					futura dovrebbe essere strutturata intorno a queste aree per dare azioni di assistenza appropriate.
O. Ehrlich, D. Brandoff, D. P. Gorman, D.L. Berry Nurse-Led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. Pain Management Nursing, 2021	Studio pilota	È stato sperimentato l'uso di un intervento di intervista motivazionale per chiarire gli obiettivi e i relativi impedimenti per la gestione del dolore nel paziente con cancro avanzato.	Pazienti in cure palliative con dolore legato al cancro	I partecipanti hanno riferito che gli interventi sono stati utili, validi e raccomandati. I punteggi di autoefficacia del dolore sono aumentati.	Le conservazioni possono avere un posto nella cura clinica come elemento di valutazione del dolore e di adattamento dell'intervento.
E. Castro dos Santos, I.C. Marinho de Oliveira, A.R. Feijao Validation of a nursing care protocol for patient undergoing palliative care. Acta Paul Enferm., 2016	Studio descrittivo, trasversale.	Descrivere il processo di convalida del contenuto di un protocollo di assistenza infermieristica per pazienti sottoposti a cure palliative e ricoverati in terapia intensiva.	Infermieri esperti in cure palliative	Sono stati valutati 15 item relativi alla storia infermieristica e agli interventi infermieristici. Confermano la validità del contenuto secondo la valutazione degli esperti.	Il protocollo di assistenza infermieristica per i pazienti sottoposti a cure palliative ha dimostrato di essere valido e applicabile nella pratica clinica.

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
A.H. Sun, M. Crick, Z. Orosz e A.T. Hsu An evaluation of the Communication at end-of-life education program for personal support workers in long-term care. Journal of Palliative Medicine, 2022	Metodi misti: revisione della letteratura e trial clinico.	Valutare l'impatto del programma di formazione sulla comunicazione alla fine della vita e i fattori che influenzano il loro coinvolgimento nelle cure palliative e di fine vita.	Operatori di supporto personale.	Miglioramenti significativi nella partecipazione alle cure di fine vita. Maggiore fiducia nel parlare con le famiglie, nel discutere gli obiettivi. Il tempo e la carenza di personale sono temi che hanno ostacolato la capacità di fornire assistenza centrata sul residente.	Il programma di formazione è stato associato a un miglioramento delle competenze e della fiducia nel supportare le cure palliative nelle strutture di lungodegenza.

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
C. Mellin-Johansson, R. Palmqvist, L- Ronnberg Clinical intuition in the nursing process and	Revisione integrativa della letteratura.	Rivedere ciò che è caratteristico dell'intuizione degli infermieri registrati negli	Infermieri clinici	L'analisi e la sintesi hanno portato a tre categorie. Le diverse caratteristiche dell'intuizione	L'intuizione è un processo basato sulla conoscenza e sull'esperienza di cura e

<p>decision-making: a mixed-studies review. Journal of Clinical Nursing, 2017</p>		<p>ambienti clinici, nelle relazioni e nel processo infermieristico.</p>		<p>nell'attività clinica quotidiana; nelle relazioni con i pazienti e nel processo infermieristico.</p>	<p>ha un posto accanto alle prove basate sulla ricerca. L'intuizione gioca un ruolo chiave in diverse fasi del processo infermieristico.</p>
<p>S. C. Banerjee, R. Manna, N. Coyle, S. Penn, T. E. Gallegos, T. E. Gallegos, T. Zaider, C. et al. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. Society of Behavioral Medicine, 2017</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>Fornire una specifica formazione sulle abilità comunicative per migliorare la comunicazione tra gli infermieri e i loro pazienti.</p>	<p>Infermieri di oncologia</p>	<p>Programma composto da tre moduli di insegnamento: rispondere empaticamente, discutere di morte e del morire e degli obiettivi di cura di fine vita e rispondere alle famiglie. Il programma è stato valutato in modo favorevole con guadagni significativi nell'autoefficacia nel comunicare con i pazienti.</p>	<p>L'implementazione del programma di formazione è fattibile e accettabile e ha un impatto significativo sull'autoefficacia e sull'adozione delle abilità comunicative.</p>
<p>Ae Young Kim, In Ok Sim Communication skills, problem solving ability,</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>Fornire un fondamento logico per lo sviluppo di un programma per</p>	<p>Infermieri clinici che lavorano in ospedali generali</p>	<p>La percezione di professionalità è influenzata da fattori di</p>	<p>Per migliorare la professionalità dell'infermiere, devono</p>

<p>understanding of patients conditions, and nurse's perception of professionalism among clinical nurses: a structural equation model analysis.</p> <p>International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020</p>		<p>migliorare le competenze professionali rafforzando la consapevolezza delle posizioni professionali degli infermieri clinici per sviluppare la qualità infermieristica della comunità.</p>		<p>abilità di comunicazione e comprensione delle condizioni, ma non dalla capacità di risolvere problemi. La comprensione delle condizioni del paziente ha avuto un effetto di mediazione sulle abilità di comunicazione e sulla consapevolezza infermieristica.</p>	<p>enfatizzare le capacità di comunicazione e la comprensione delle condizioni del paziente.</p>
<p>J.Sanchez Exposito, D. Jimenez-Rodriguez, J.L. Diaz Agea, M.D. Carillo Izquierdo, C.L. Costa</p> <p>Impact of socio-emotional skills on the performance of clinical nursing practices.</p> <p>International Journal of Nursing Education Scholarship, 2019</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo trasversale</p>	<p>Analizzare le competenze socio-emotive degli studenti della laurea in infermieristica e la loro relazione con la pratica clinica nei centri ospedalieri.</p>	<p>Studenti di infermieristica</p>	<p>Lo sviluppo delle competenze socio-emotive all'interno dei curricula di laurea infermieristica ha un'influenza sulla loro performance durante la pratica clinica</p>	<p>Le abilità socio-emotive sono un potenziale predittore della performance degli studenti di infermieristica nelle pratiche cliniche.</p>

<p>M.B. Smith, T.G.R. Macieira, M.D. Bumbach, S.J.Garbutt, S.W. Citty, A. Stephen, M. Ansell, T.L. Glover, G. Keenan</p> <p>The use of simulation to teach nursing students and clinicians palliative care and end-of-life communication: a systematic review.</p> <p>American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2018</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>L'uso di esperienze di apprendimento basate sulla simulazione per insegnare competenze comunicative agli studenti di infermieristica e ai medici che forniscono cure palliative di fine vita</p>	<p>Studenti infermieri e infermieri clinici, medici</p>	<p>Le esperienze di apprendimento basate sulla simulazione vengono utilizzate per insegnare le abilità comunicative.</p> <p>La mancanza di standardizzazione, gli scarsi metodi di valutazione e l'esposizione limitata all'intero team interprofessionale rende difficile identificare le pratiche migliori.</p>	<p>Vi è la necessità di ulteriori ricerche aumentando i programmi di formazione che utilizzano la simulazione.</p>
--	---	---	---	---	--

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
<p>B. Anderson Head, Mi-Kyung Song, C. Wiencek, B. Nevidjon, D. Fraser, P. mazanec</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>La pianificazione anticipata delle cure (ACP) è una componente essenziale delle cure palliative di qualità che richiede capacità di comunicazione.</p>	<p>Pazienti in cure palliative</p>	<p>Le cure palliative di alta qualità includono una comunicazione esperta su valori, preferenze, opzioni di trattamento e ACP. Gli infermieri giocano un ruolo</p>	<p>gli infermieri dovrebbero modellare il comportamento facendo il loro ACP e completando la documentazione necessaria. Affinchè tutte</p>

<p>Palliative nursing summit. Nurses leading change and transforming care: the nurse's role in communication and advance care planning.</p> <p>Journal of Hospice and Palliative Nursing, 2018</p>				<p>importante nel facilitare tali conversazioni, le quali dovrebbero diventare una routine. Le preferenze e i valori del paziente e della famiglia dovrebbero diventare la guida per l'assistenza.</p>	<p>queste raccomandazioni diventino realtà, gli infermieri devono farsi avanti e prendere l'iniziativa.</p>
<p>D.P. Oliver, K. Washington, G. Demiris, A. Wallace, M.R. Propst et al. Shared decision making in home hospice nursing visits: a qualitative study.</p> <p>J Pain Symptom Manage, 2018</p>	<p>Studio sperimentale trial clinico controllato</p>	<p>L'obiettivo è valutare le decisioni condivise tra infermieri dell'hospice, pazienti e familiari</p>	<p>Infermieri di hospice domiciliari</p>	<p>Gli infermieri hanno utilizzato tutti gli elementi raccomandati per il processo decisionale condiviso durante le visite di domicilio con pazienti e famiglie. Non tutti gli elementi sono stati utilizzati ad ogni visita.</p>	<p>Il personale dell'hospice può beneficiare di un processo decisionale condiviso più mirato e di maggiore attenzione alla valutazione della comprensione e alle capacità di attuare i piani di cura.</p>
<p>S. Izumi Advance care planning: the nurse's role.</p> <p>Am J Nurs, 2017</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>Scopo di guidare gli infermieri nella prevenzione e nell'alleviare la sofferenza e nel fornire la migliore assistenza possibile.</p>	<p>Infermieri clinici</p>	<p>Il ruolo degli infermieri nel team è di facilitare e incoraggiare le conversazioni ACP, processo proattivo per ridurre il peso diminuendo l'ambiguità e l'incertezza al momento della decisione, può aiutare le persone a comprenderne il valore. Gli infermieri devono agire come difensori per</p>	<p>Importanza dell'ACP nel chiarire i valori delle persone e onorare i loro desideri è chiara. La presenza onnipotente degli infermieri all'interno delle organizzazioni sanitarie e la loro intima comprensione dei pazienti li rendono preziosi nella guida dell'ACP e nel migliorare</p>

				assicurare che nell'ACP siano rispettati i valori e le preferenze del paziente.	l'assistenza alla fine della vita.
S.R. Bolt, J.T. van der Steen, J.M.G.A. Schols, S.M.G. Zwakhlen, D.J.A. Janssen, J.M.M. Meijers [The nurse's role in the process of advance care planning]. Tijdschr Gerontol Geriatr, 2021	Studio osservazionale descrittivo	La pandemia e il suo impatto sulle persone anziane sottolinea l'importanza della pianificazione anticipata delle cure (ACP), un processo dinamico di comunicazione che coinvolge il paziente, le famiglie e gli operatori per discutere i desideri e gli obiettivi per la fine della vita.	Infermieri clinici	Attualmente la pratica è subottimale. Implica che decisioni importanti sull'assistenza e sul trattamento possono dover essere prese in modo acuto durante la crisi stessa. Uno dei fattori è l'ambiguità sul ruolo e sulle competenze delle diverse discipline nel processo di ACP.	Il personale infermieristico potrebbe coinvolgere le persone in conversazioni di significato e possono comunicare i desideri agli fornitori di assistenza sanitaria. Il riconoscimento di questo ruolo potenziale è necessario perché l'ACP diventi un processo veramente interprofessionale.
C. Raftery, E. Lewis, M. Cardona The crucial role of nurses and social workers in initiating end-of-life communication to reduce overtreatment in the midst of the COVID-19 pandemic. Gerontology, 2020	Studio osservazionale descrittivo	Garantire l'inclusione della persona e della famiglia all'interno della pianificazione dell'assistenza avanzata e la comprensione della prognosi, la prevenzione del trattamento e i potenziali esiti.	Infermieri clinici di terapia intensiva	Prolungare la sofferenza e compromettere la qualità di vita rimanente può essere discutibile. di solito la discussione sul fine vita sono responsabilità del medico, ma è possibile delegare parte di esse ad altri professionisti della salute che si sentono pronti e competenti, in particolare agli infermieri, il quale costruisce un rapporto di fiducia con il paziente e la famiglia. i modelli di cura	La pandemia ha riacceso la consapevolezza della necessità di un processo decisionale più affrettato vicino la fine della vita. Può essere un'opportunità per esplorare un ambito più ampio di pratica per i membri chiave del team sanitario, ovvero gli infermieri e gli assistenti sociali, adeguati a facilitare la discussione di fine vita.

				gestiti da infermieri sono risultati promettenti con una buona accettabilità e comprensione dei suoi benefici.	
L. Briggs, E. Colvin The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. Geriatric Nursing, 2022	Studio osservazionale descrittivo case report.	Descrizione dell'approccio educativo di un'organizzazione per chiarire il ruolo dell'infermiere come difensore del paziente all'interno di questi cambiamenti culturali e suggerisce strategie per aiutare l'infermiere ad acquisire le competenze necessarie nel processo decisionale di fine vita.	Infermieri clinici	Gli infermieri sviluppano relazioni coerenti e fiduciose che li mettono in una posizione unica per assistere pazienti e familiari alle prese con informazioni complesse e decisioni difficili. Può essere suo difensore e avere strategie per aiutarlo ad acquisire fiducia nel processo decisionale di fine vita. L'infermiere ha un ruolo nell'aiutare gli individui a comprendere, esplorare e comunicare le loro preferenze riguardo le decisioni nelle cure di fine vita.	La popolazione che sta invecchiando richiede e merita assistenza da parte degli infermieri sui quali possono contare e fidarsi. Bisogna sostenere lo sviluppo dell'infermiere come difensore del paziente definendo le relative competenze e assumendo una posizione come prezioso membro del team di pianificazione delle cure anticipate.
S.O. Ohr, P. Cleasby, S. Yeun-sim Jeong, T. Barrett Nurse-led normalized advance care planning service in hospital and community health setting: a qualitative study. BMC Palliative Care, 2021	Studio osservazionale descrittivo qualitativo	Mira a raccogliere le esperienze degli infermieri nella pianificazione assistenziale avanzata (ACP) con l'implementazione di un servizio ACP	Infermieri clinici che erogano ACP.	L'esperienza degli infermieri varia da 2 a 25 anni, con esperienza minima in ACP e con nessuna formazione in ACP. Sono stati identificati quattro temi.	L'introduzione di un servizio di ACP normalizzato nei sistemi clinici è complessa. Si è dimostrata la capacità degli infermieri di impegnarsi nei processi ACP e la volontà di fornire il servizio.

		normalizzato in strutture ospedaliere.			
--	--	--	--	--	--

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
<p>T. L. Hagan, J. Xu, R. P. Lopez, T. Bressler Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Educ Today, 2018</p>	Studio osservazionale descrittivo.	Esaminare i modi in cui l'assistenza infermieristica e le cure palliative si allineano, descrivere gli ostacoli agli infermieri impegnati nelle cure palliative e fornire raccomandazioni specifiche per gli infermieri.	Infermieri coinvolti nelle cure palliative	L'assistenza infermieristica e le cure palliative enfatizzano un'assistenza completa a sostegno dei bisogni olistici dei pazienti, compresa la valutazione e il trattamento della salute fisica, psicologica e spirituale. Sono comprese diverse competenze infermieristiche tra cui la gestione dei sintomi, la comunicazione e la difesa del paziente.	Per gestire i sintomi ed migliorare la qualità di vita dei pazienti, gli infermieri devono essere in grado di fornire cure palliative. Tutti gli infermieri devono affermare il ruolo fondamentale di fornire cure palliative indipendentemente dall'istruzione, dal ruolo o dall'ambiente.
<p>W. Etafa, B. Wakuma, G. Fetensa, R. Tsegaye, E. Abdisa, A. Oluma, T. Tolossa, D. Mulisa, T. Takele Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega</p>	Studio sperimentale trial clinico multicentrico.	Questo studio mira a valutare le conoscenze degli infermieri sulle cure palliative e l'atteggiamento verso le cure di fine vita negli ospedali pubblici nelle zone di Wollega, in Etiopia.	Infermieri che lavorano negli ospedali pubblici nelle zone di Wollega.	La maggior parte degli infermieri ha mostrato un livello di conoscenza inadeguato sulle cure palliative. i punteggi hanno dimostrato un atteggiamento positivo nei confronti dell'assistenza di fine vita e sono desiderosi di prendersi cura di una	È stato evidenziato che la conoscenza degli infermieri sulle cure palliative è inadeguata e ha mostrato un atteggiamento meno favorevole alle cure di fine vita. Ci sono prove di una maggiore attenzione verso l'educazione e il supporto di infermieri che

zones: A multicenter cross-sectional study.
PloS One, 2020

persona morente e della sua famiglia.

si prendono cura di pazienti con bisogno di cure palliative.

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
E. Wittenberg, A.Reb, E. Kanter Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the COMFORT curriculum. Semin Oncol Nurs, 2019	Studio osservazionale descrittivo	Esaminare la comunicazione infermieristica nell'assistenza al cancro e offrire strategie di comunicazione per un'assistenza di qualità nelle cure palliative.	Infermieri clinici	La valutazione del paziente nella sua interezza coinvolge la comunicazione che include la storia del paziente, i bisogni di alfabetizzazione sanitaria, la consapevolezza del burnout e la relazione con paziente e famiglia.	Le abilità di comunicazione di qualità sono essenziali per l'infermieristica oncologica, specialmente dato il loro ruolo vitale nelle cure del cancro.
E. Kirby, A. Broom, P. Good The role and significance of nurse in managing transitions to palliative care: a qualitative study. BMJ Open, 2014	Studio osservazionale descrittivo qualitativo.	Lo studio mira ad esplorare i resoconti degli infermieri ospedalieri della transizione alle cure palliative e il potenziale ruolo degli infermieri nel facilitare transizioni più efficaci.	Infermieri ospedalieri che lavorano regolarmente con pazienti a cui servono cure palliative.	Sono emersi quattro temi significativi tra cui dinamiche professionali e il ruolo degli infermieri nell'avvio delle cure palliative, il valore delle interazioni informali, la sfida della gestione di un'assistenza orientata al compito e il carico emotivo dell'infermiere.	Gli infermieri possono essere utilizzati in maniera più formale e sistematica nella gestione di transizioni centrate sul paziente. Sono necessarie ulteriori ricerche per fornire una più ampia comprensione interdisciplinare.
M. Glajchen, A. Goehring The family meeting in palliative care: Role of the oncology nurse.	Studio osservazionale descrittivo.	Descrivere l'incontro con la famiglia nelle cure palliative, evidenziando il ruolo dell'infermiere oncologo.	Infermieri oncologi.	Le riunioni familiari forniscono un prezioso strumento clinico per comunicare informazioni mediche, delineare	Lavorare con famiglie e pazienti è complesso ma l'incontro con la famiglia è uno strumento promettente e un

Seminars in oncology nursing, 2017				<p>obiettivi di cura e raggiungere il consenso nel processo decisionale. L'infermiere oncologo gioca un ruolo centrale nell'aiutare la famiglia ad elaborare le informazioni, nel sostenere le cure coerenti con i desideri del paziente e nel supportarli nel piano di cura.</p>	<p>potenziale indicatore di qualità nelle cure palliative.</p>
------------------------------------	--	--	--	---	--

Autore/anno/rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati principali	Conclusioni
<p>G.D. Borasio e E. Tamches</p> <p>Assessment measures in palliative care: the risk of inflation and the importance of listening to the patient's story.</p> <p>Palliative and Supportive Care, 2018</p>	Revisione di letteratura	<p>Si occupa della valutazione e delle misure di risultato per la pratica clinica nelle cure palliative.</p>	Infermieri clinici	<p>Ricerca di parametri significativi e valutabili, in campo biologico, psicologico. Allo stesso modo in campo sociale e spirituale. Diventa importante la medicina narrativa, la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie e sofferenze degli altri.</p>	<p>Il legame tra medicina narrativa e cure palliative cura palliative merita ulteriore attenzione e progresso. Si potrà veramente comprendere la storia di ogni paziente nella sua unicità.</p>

<p>E. Wittenberg, B. Ferrell, E. Kanter, H. Buller</p> <p>Health literacy. Exploring nursing challenges to providing support and understanding.</p> <p>Clinical journal of oncology nursing, 2018</p>	<p>Studio osservazionale trasversale</p>	<p>Esplorare la comunicazione infermieristica e l'alfabetizzazione sanitaria del paziente.</p>	<p>Infermieri clinici</p>	<p>Le sfide di comunicazione sono presenti con pazienti che parlano inglese come seconda lingua. Non sono stati notati comportamenti comunicativi che indicano una bassa alfabetizzazione sanitaria. Infermieri più esperti hanno riportato più difficoltà con popolazioni con scarsa alfabetizzazione</p>	<p>Le sfide di comunicazione legate alla scarsa alfabetizzazione del paziente sono comunemente sperimentate dagli infermieri. Fornire supporto all'alfabetizzazione sanitaria ai pazienti dovrebbe essere un'abilità infermieristica fondamentale. Vi è la necessità di una continua formazione per le competenze di alfabetizzazione sanitaria per gli infermieri.</p>
<p>K. Lally, A.T. Fulton, C. Ducharme, R.Scott, J. Filpo</p> <p>Using nurse care managers trained in the</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>È stato intrapreso un progetto per aumentare il numero di conversazioni sulle malattie gravi da infermieri care manager</p>	<p>Pazienti iscritti ad un programma all'interno dell'Organizzazione di Cura Affidabile (ACO) per pazienti</p>	<p>La documentazione delle conversazioni sugli obiettivi di cura è aumentata dal primo mese alla fine del primo</p>	<p>La documentazione è usata da parte degli infermieri come parte di un team di assistenza sanitaria. Questo progetto</p>

<p>serious illness conversation guide to increase goals-of-care conversations in an accountable care organization.</p> <p>Journal of palliative medicine, 2019</p>			<p>con grande uso di assistenza sanitaria</p>	<p>anno. Gli infermieri riferiscono che i risultati clinici sono migliorati da queste conversazioni.</p>	<p>può essere adattato da altre organizzazioni sanitarie che cercano di aumentare le conversazioni sugli obiettivi di cura nella loro popolazione di pazienti.</p>
<p>E. Bramhall</p> <p>Effective communication skills in nursing practice.</p> <p>Nursing Standard, 2014</p>	<p>Studio osservazionale descrittivo</p>	<p>Lo scopo è quello di aumentare la consapevolezza e la comprensione dei lettori del ruolo della comunicazione efficace nell'assistenza infermieristica compassionevole.</p>	<p>Infermieri clinici</p>	<p>Una comunicazione efficace è centrale per la fornitura di un'assistenza sanitaria compassionevole e di alta qualità.</p> <p>Delineare il ruolo della comunicazione efficace nella fornitura di un'assistenza; discutere le barriere alla comunicazione, descrivere e integrare le abilità comunicative di base; identificare i</p>	<p>La comunicazione efficace è un'abilità fondamentale per tutti i professionisti della sanità e per il personale infermieristico, dato che sono loro a passare più tempo con i pazienti. Quando gli infermieri comunicano efficacemente, ascoltano attivamente e dimostrano compassione, i pazienti sono più propensi a riferire le loro esperienze.</p>

				requisiti di apprendimento individuali e riconoscere il bisogno di supporto.	Hanno un ruolo importante nella cura dei pazienti e dei loro cari in una varietà di contesti sanitari.
--	--	--	--	--	--

ALLEGATO 3

Esempio di percorso per la presa in carico della persona nel colloquio con l'equipe di cure palliative

Valutazione ambientale

Assicurare una stanza calda, luminosa e silenziosa, lontana dagli ambienti rumorosi della struttura, in cui la persona possa sentirsi a proprio agio.

Le sedie possono essere disposte in cerchio per creare un ambiente confidenziale dove nessuno si senta più elevato.

Presentazione

L'infermiere presenta l'equipe multidisciplinare e i ruoli ciascuno.

L'infermiere fa una breve presentazione del servizio di cure palliative, dell'assistenza offerta e degli obiettivi che si dovranno raggiungere. Sono chiariti i rischi e i benefici della cura, senza ostacolare la dignità della persona.

Consenso informato

L'infermiere richiede il consenso informato per fare domande, acquisire le informazioni e eseguire eventuali trattamenti.

Accertamento fisico

L'infermiere raccoglie dati sui segni e sintomi del paziente mediante modelli funzionali per costruire le diagnosi infermieristiche più appropriate.

L'infermiere si informa su come si senta la persona e se ci sono stati dei cambiamenti rispetto ai giorni precedenti.

Accertamento spirituale

L'infermiere intraprende un dialogo delicato sulla morte e il morire per comprendere quanto la persona conosca e quali obiettivi si pone per il fine vita.

L'infermiere si documenta se la persona segue qualche religione o cultura e se vi siano eventuali riti religiosi pre e post morte o se ha bisogno di una persona di riferimento ad esempio un cappellano.

Accertamento psicosociale

L'infermiere cerca di entrare in intimità con la persona assistita, affinché si instauri un rapporto di fiducia fra loro.

L'infermiere si informa se c'è un sostegno familiare e/o un caregiver, cerca di conoscere i valori, i desideri e le preferenze della persona e le preoccupazioni rispetto alla malattia e alle nuove condizioni di salute.

Dialogo con la famiglia

L'infermiere dialoga con la famiglia per individuare le loro aspettative, i loro pensieri e le loro angosce o eventuali disequilibri nel rapporto con la famiglia. Se è presente un caregiver, l'infermiere si preoccupa di capire se è affidabile e competente nel ruolo di assistenza come aiuto all'infermiere stesso.

Spazio domande

L'infermiere risponde alle possibili domande dell'assistito e lascia il tempo e lo spazio che serve a lui e alla famiglia per comprendere la nuova situazione.