UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA NELLE CURE PALLIATIVE: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA SULL'IMPATTO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AL FINE VITA

Relatore: Prof.ssa De Col Anna

Correlatore: Dott. Furlanetto Luca

Laureanda: Meneghin Giulia

(n. matricola: 2088781)

Anno Accademico 2025-2026

A tutti i pazienti
che mi hanno affidato
la loro fragilità.
È lì che ho imparato
cosa significa davvero
essere infermiera.

A me stessa,
alla parte che trema
e a quella che resiste.
È nel loro equilibrio
che trovo il coraggio di
andare avanti.

Alla mia famiglia,
colonna portante
della mia vita.
Ai vostri sacrifici,
al vostro sostegno,
e agli insegnamenti
che mi hanno guidata.

A Luca,
per aver creduto in me
e per avermi protetta
quando il peggior nemico
di me stessa
ero io.

ABSTRACT

Introduzione: Le cure palliative rappresentano un ambito assistenziale ad elevata complessità clinica, relazionale ed etica, finalizzato al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da patologie inguaribili o in fase avanzata di malattia. L'infermiere svolge un ruolo centrale nella gestione del paziente al fine vita, garantendo controllo dei sintomi, comunicazione efficace e tutela della dignità della persona. Tuttavia, la formazione universitaria in cure palliative non risulta sempre integrata in modo strutturato nei percorsi formativi, con possibili ricadute sulla sicurezza professionale e sulla qualità dell'assistenza.

Scopo: Analizzare, l'impatto della formazione infermieristica in cure palliative sulla gestione del paziente al fine vita e individuare le principali criticità formative.

Materiale e metodi: È stata condotta una revisione della letteratura consultando le banche dati *PubMed*, *Scopus* e *CINAHL*. La ricerca è stata effettuata mediante combinazione di termini controllati e parole chiave libere con operatori booleani *AND* e *OR*. Sono stati inclusi studi pubblicati negli ultimi dieci anni, in lingua inglese o italiana, riguardanti infermieri e studenti infermieri. Il processo di selezione è stato descritto secondo le raccomandazioni *PRISMA*. Sono stati inclusi 15 articoli tra studi sperimentali, osservazionali e revisioni della letteratura.

Risultati: Dall'analisi emergono tre principali ambiti: livello di conoscenze e bisogni formativi; atteggiamenti e dimensione emotiva nel fine vita; efficacia degli interventi formativi. La formazione strutturata risulta associata a un miglioramento delle competenze cliniche e comunicative e della percezione di autoefficacia. La carenza formativa è invece correlata a insicurezza, difficoltà nella gestione della sofferenza globale e maggiore vulnerabilità al disagio morale.

Conclusioni: La formazione infermieristica in cure palliative costituisce un elemento determinante per garantire qualità assistenziale e coerenza tra responsabilità professionale e pratica clinica. L'integrazione sistematica delle cure palliative nei percorsi universitari e nella formazione continua appare fondamentale per sostenere l'infermiere nella complessità del fine vita e promuovere una presa in carico globale.

Key words: *palliative care*, *end-of-life care*, *nursing education*, *training*, *nurses*, *nursing students*, *professional competence*, *moral distress*, *communication*, *attitudes*, *quality of care*.

INDICE

INTRODUZIONE 3
CAPITOLO I: LE CURE PALLIATIVE E LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA 7
1.1 Le cure palliative: principi, etica e centralità della persona 7
1.2 Il paziente al fine vita e la complessità assistenziale 10
1.3 Il ruolo dell'infermiere nelle cure palliative 13
1.4 La formazione infermieristica in cure palliative 15
CAPITOLO II: MATERIALE E METODI 19
2.1 Descrizione del problema 19
2.2 Obiettivo della revisione 19
2.3 Quesito di ricerca e metodologia PIO 20
2.4 Criteri di eleggibilità e di esclusione 21
2.5 Disegno dello studio e fonti di informazioni 22
2.6 Strategia di ricerca 24
CAPITOLO III: RISULTATI 25
3.1 Risultati della revisione della letteratura 25
3.2 Risposta ai quesiti di ricerca 25
CAPITOLO IV: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI 27
4.1 Discussione dei risultati 27
4.1.1 Limiti dello studio 28
4.1.2 Implicazioni per la pratica infermieristica 29
4.1.3 Implicazioni per la ricerca futura 30
4.2 Conclusioni 30
BIBLIOGRAFIA 33
ALLEGATI 37

INTRODUZIONE

Le cure palliative rappresentano oggi un ambito assistenziale di crescente rilevanza all'interno dei sistemi sanitari nazionali e internazionali, in risposta all'incremento delle patologie cronico-degenerative, all'invecchiamento progressivo della popolazione e alla complessità clinica che caratterizza le fasi avanzate di malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le cure palliative come un approccio volto a migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che si confrontano con problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, l'identificazione precoce, la valutazione accurata e il trattamento del dolore e degli altri problemi di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale (1).

Tale definizione evidenzia come le cure palliative non si limitino al controllo dei sintomi, ma si configurino come un modello assistenziale globale, centrato sulla persona e sulla sua dignità, che riconosce la morte come evento naturale dell'esistenza e promuove un accompagnamento competente e rispettoso fino al termine della vita (2). In Italia, la Legge 15 marzo 2010 n.38 ha sancito il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore su tutto il territorio nazionale, riconoscendo formalmente l'importanza di garantire equità, appropriatezza e continuità nell'assistenza al fine vita (3).

All'interno di questo scenario, l'infermiere riveste un ruolo centrale. La sua presenza continuativa accanto al paziente e alla famiglia lo pone in una posizione privilegiata nell'identificazione dei bisogni, nella gestione dei sintomi complessi, nella comunicazione delle informazioni e nel supporto emotivo e relazionale.

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2025 richiama esplicitamente la responsabilità dell'infermiere nel tutelare la dignità, l'autonomia e la qualità della vita della persona assistita, anche nelle fasi di terminalità, evitando ogni forma di abbandono terapeutico e promuovendo cure proporzionate e appropriate (7).

Tuttavia, l'assistenza al fine vita si caratterizza per un'elevata complessità clinica, relazionale ed etica. L'infermiere è chiamato a confrontarsi con decisioni difficili, vissuti emotivi intensi, conflitti valoriali e situazioni di vulnerabilità estrema. In tale contesto può emergere il fenomeno del *moral distress*, ossia la sofferenza morale derivante dall'impossibilità di agire secondo ciò che si ritiene eticamente corretto (9).

La gestione di queste dinamiche richiede competenze specifiche che integrino dimensione tecnica, relazionale ed etica.

Proprio in relazione a tale complessità, la formazione infermieristica assume un ruolo determinante. Il *Core Curriculum* in Cure Palliative, promosso dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e i Descrittori di Dublino rappresentano i principali riferimenti per la definizione delle competenze attese nel percorso universitario (12, 11). Essi sottolineano la necessità di sviluppare non solo conoscenze teoriche, ma anche autonomia di giudizio, capacità comunicative e consapevolezza etica. Nonostante tali riferimenti, la letteratura evidenzia una significativa disomogeneità nell'integrazione delle cure palliative nei percorsi formativi, con possibili ricadute sulla percezione di competenza e sicurezza professionale di infermieri e studenti.

A partire da un vissuto formativo personale, caratterizzato dal confronto diretto con la *sofferenza* e la *vulnerabilità* dei pazienti in fase avanzata di malattia durante i tirocini clinici, è emerso l'interrogativo su quanto la formazione ricevuta sia realmente adeguata a sostenere l'infermiere nella pratica assistenziale al fine vita. Il senso di impreparazione sperimentato di fronte alla sofferenza globale della persona, alla gestione del dolore refrattario, alle difficoltà comunicative con la famiglia e ai dilemmi etici connessi alle decisioni di fine vita ha rappresentato lo stimolo per una riflessione più ampia sul rapporto tra formazione universitaria e competenza professionale.

Se alcune qualità, quali empatia e sensibilità relazionale, maturano progressivamente attraverso l'esperienza, è altrettanto vero che l'assistenza in cure palliative richiede strumenti strutturati, conoscenze specifiche e competenze avanzate che non possono essere affidate esclusivamente all'apprendimento esperienziale. La gestione del fine vita implica infatti la capacità di integrare competenza clinica, comunicazione efficace, autonomia decisionale e riflessione etica, in coerenza con i principi deontologici e con i riferimenti normativi vigenti.

In tale prospettiva, la formazione non rappresenta un elemento accessorio, ma un determinante fondamentale della qualità assistenziale. La letteratura sottolinea come programmi formativi strutturati siano associati a un miglioramento significativo delle conoscenze, degli atteggiamenti verso la morte, delle competenze comunicative e della percezione di autoefficacia professionale, contribuendo al contempo alla riduzione dell'insicurezza e della vulnerabilità al *moral distress*. Al contrario, la carenza

formativa può tradursi in difficoltà nella gestione dei sintomi complessi, comunicazione inadeguata e maggiore esposizione allo *stress* emotivo.

Alla luce di tali considerazioni, la presente revisione della letteratura si propone di analizzare l'impatto della formazione infermieristica in cure palliative sulla gestione del paziente al fine vita e di individuare le principali aree di criticità in ambito formativo e professionale. L'obiettivo è comprendere se e in che modo una preparazione specifica possa sostenere l'infermiere nell'affrontare la complessità clinica ed etica del fine vita, promuovendo una presa in carico globale, competente e centrata sulla persona.

L'analisi degli studi selezionati suggerisce che l'integrazione sistematica delle cure palliative nei percorsi universitari e nella formazione continua costituisca una condizione imprescindibile per garantire coerenza tra principi etici, responsabilità professionale e pratica clinica quotidiana. La formazione emerge dunque non solo come strumento di acquisizione di conoscenze, ma come leva strategica per la tutela della dignità della persona, per il benessere professionale dell'infermiere e per il miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza al fine vita.

CAPITOLO I: LE CURE PALLIATIVE E LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

1.1 Le cure palliative: principi, etica e centralità della persona

Le cure palliative rappresentano un approccio assistenziale attivo, globale e multidimensionale rivolto alle persone affette da patologie inguaribili o in fase avanzata di malattia, con l'obiettivo prioritario di migliorare la qualità della vita attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza.

Secondo la definizione formulata nel 1990 dall'OMS: *"Le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda a trattamenti curativi (cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in unione ai trattamenti anti cancro"*. Esse quindi si fondano su una valutazione olistica della persona (dal greco *olos*, "totalità"), che considera l'individuo nella sua globalità, integrando la dimensione fisica con quella psicologica, sociale e spirituale (1).

Tale impostazione si collega al concetto di "sofferenza totale" (*total pain*), elaborato da *Cicely Saunders*, pioniera del moderno movimento *hospice*, secondo cui il dolore non è esclusivamente fisico, ma comprende componenti emotive, relazionali ed esistenziali strettamente interconnesse (6). Questa visione ha rappresentato una svolta paradigmatica nell'assistenza al fine vita, ponendo le basi per un approccio multidimensionale e interdisciplinare alla cura della persona nella fase terminale della malattia.

L'assistenza nel fine vita si caratterizza per un'elevata complessità clinica ed esistenziale, poiché coinvolge non soltanto aspetti sanitari, ma anche valori, significati e vissuti personali. In questo contesto, i principi etici assumono un ruolo fondante e orientano l'agire professionale. Le cure palliative trovano infatti radicamento nei principi bioetici di:

- *Autonomia*: implica il rispetto delle volontà e delle scelte della persona assistita, favorendo processi decisionali condivisi e informati.

- *Non maleficenza*: richiama l'obbligo di evitare trattamenti sproporzionati o inutilmente gravosi.
- *Giustizia*: garantisce equità nell'accesso alle cure e appropriatezza degli interventi.

A tali fondamenti si affiancano i valori di dignità, integrità e tutela della vulnerabilità, richiamati anche nella riflessione bioetica europea (2). La pratica clinica è pertanto orientata al rispetto della persona, del suo percorso esistenziale e delle sue scelte, promuovendo un'assistenza che riconosca e salvaguardi il valore della vita fino al suo termine naturale coadiuvata da principi cardine, come:

- *Tutela della dignità e della vita della persona*: le cure palliative riconoscono l'importanza e la dignità della vita e vedono la morte come un evento naturale dell'esistenza, che non deve essere né ritardato artificialmente né accelerato intenzionalmente. Esse si pongono in alternativa tanto all'accanimento terapeutico quanto all'abbandono assistenziale.
- *Paziente e famiglia*: si considera un'unica realtà di sofferenza, formata non soltanto dal paziente, ma anche dalla sua famiglia. L'assistenza deve pertanto essere modulata nel rispetto dei valori personali, religiosi e culturali sia del malato sia dei suoi famigliari, includendo il sostegno nel percorso del lutto.
- *Cure di qualità*: i professionisti che operano nell'ambito palliativo sono chiamati a garantire un'assistenza di elevato livello (fondata su competenze cliniche, capacità comunicative e consapevolezza etica), con l'obiettivo di assicurare la migliore qualità di vita possibile sia al paziente sia alla sua famiglia. Tuttavia, ancora oggi nei percorsi universitari l'insegnamento delle cure palliative non è sempre previsto in modo strutturato: questa carenza formativa può tradursi in una preparazione insufficiente dei professionisti, che rischiano di non possedere pienamente le competenze e le abilità necessarie per garantire un'assistenza realmente qualificata.
- *Équipe assistenziale interdisciplinare*: l'approccio palliativo richiede la collaborazione di diverse figure professionali, ciascuna con specifiche competenze, integrate in una logica di complementarità e condivisione decisionale. *L'European Association for Palliative Care* (EAPC) sottolinea il carattere interdisciplinare della presa in carico e il coinvolgimento della comunità e dei *caregiver* (2).
- *Comunicazione efficace*: la comunicazione rappresenta uno strumento fondamentale per garantire un'assistenza di qualità e un efficace funzionamento

della rete delle cure palliative. Essa consente di sostenere un processo decisionale adeguato, basato su informazioni chiare, complete e comprensibili. In questo modo si contribuisce a ridurre lo stress e il rischio di *burnout* nei professionisti, oltre a contenere ansia e preoccupazioni nel paziente e nella sua famiglia. Una comunicazione efficace tra il professionista e l'unità sofferente favorisce la comprensione del percorso assistenziale e permette al paziente e ai famigliari di compiere scelte consapevoli e informate. Tutto ciò contribuisce a farli sentire accompagnati e sostenuti, evitando la percezione di solitudine o abbandono in un momento della vita caratterizzato da timori e incertezze.

- *Etica*: le cure palliative si fondano sui principali valori etici quali l'autonomia, la non maleficenza e la giustizia. A questi si affiancano, come richiamato dalla Dichiarazione di Barcellona del 2008 (2) in ambito bioetico, anche i principi di dignità, integrità e tutela della vulnerabilità della persona.
- *Supporto alla famiglia*: la rete assistenziale, insieme a tutte le figure professionali che le compongono, ha il compito di offrire sostegno alla famiglia nell'affrontare la malattia del proprio caro, accompagnandola nel momento della perdita e supportandola anche durante il percorso di elaborazione del lutto.

Tra i concetti strutturanti delle cure palliative rientrano inoltre l'*inguaribilità* e l'*irreversibilità*, riferiti a condizioni cliniche derivanti dalla progressione di patologie cronico-degenerative non più suscettibili di trattamento (farmacologico, chirurgico, radioterapico o di altra natura) curativo efficace. In tali situazioni, sebbene non sia più possibile guarire la malattia, resta sempre possibile prendersi cura della persona ed è proprio in questa fase che l'assistenza assume un valore ancora più profondo.

In tale prospettiva, le cure palliative segnano un cambiamento di paradigma: il concetto di "cura" inteso come *to cure* (guarire) lascia spazio al concetto di *to care* (prendersi cura) dove l'obiettivo diviene il controllo dei sintomi, il sollievo della sofferenza e l'accompagnamento competente dell'intero nucleo lungo tutto il percorso di malattia, evitando ogni forma di abbandono terapeutico.

Dalla successiva definizione nel 1998 elaborata dall'EAPC *"... Le Cure Palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Provvedono una presa in carico del paziente che si preoccupi di garantire i bisogni più elementari ovunque si trovi il paziente, a casa, o in ospedale.*

Le Cure Palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine" si sottolinea appunto l'interdisciplinarietà, il concetto di "presa in carico" e non si parla solo del malato, ma anche dei suoi caregiver (2).

In Italia, la Legge del 15 marzo 2010 n.38 *"Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore"*, una delle prime leggi in Europa in merito, riconosce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, garantendo un'assistenza equa e appropriata su tutto il territorio nazionale (3). Tale riconoscimento normativo sottolinea la responsabilità del sistema sanitario nel garantire elevati *standard* assistenziali, fondati su competenze cliniche, capacità comunicative e consapevolezza etica da parte di professionisti adeguatamente preparati ad affrontare la complessità del fine vita in modo tale che la sofferenza non è più un aspetto inevitabile della malattia, ma una dimensione che va affrontata con serietà e sistematicità in tutte le fasi e in ogni setting di assistenza.

Tuttavia, nonostante l'evoluzione normativa e culturale, la letteratura evidenzia come l'integrazione delle cure palliative nei percorsi formativi non sia ancora uniforme, con possibili ricadute sule competenze professionali e sulla qualità dell'assistenza. Questo aspetto apre una riflessione centrale sul ruolo della formazione nel garantire coerenza tra principi teorici e pratica clinica quotidiana.

1.2 Il paziente al fine vita e la complessità assistenziale

Il paziente al fine vita rappresenta una realtà clinica complessa, caratterizzata da un dinamico intreccio tra progressione di malattia, fragilità biologica, vulnerabilità psicologica e dinamiche relazionali e familiari. La fase avanzata di patologia, sia essa oncologica o cronico-degenerativa, comporta una progressiva riduzione delle riserve funzionali, un aumento della dipendenza assistenziale e una maggiore instabilità clinica, configurando un quadro di elevata complessità assistenziale.

L'OMS ha successivamente ampliato la propria definizione, sottolineando come le cure palliative siano applicabili precocemente nel decorso della malattia, in concomitanza con terapie volte a prolungare la vita, e comprendano interventi destinati a comprendere meglio e gestire le complicanze cliniche (13). Tale prospettiva

evidenzia che il fine vita non coincide necessariamente con gli ultimi giorni o settimane di vita, ma rappresenta un periodo variabile, spesso preceduto da traiettorie di malattia differenti.

Le traiettorie cliniche possono essere distinte, in linea generale, in tre modelli principali: declino rapido e relativamente prevedibile, tipico delle patologie oncologiche avanzate; andamento oscillante con riacutizzazioni acute e recuperi parziali, frequente nelle patologie croniche d'organo come insufficienza cardiaca o broncopneumopatia cronico ostruttiva; progressivo deterioramento funzionale lento e prolungato, caratteristico delle patologie neurodegenerative e della fragilità geriatrica. Queste traiettorie influenzano la pianificazione assistenziale e rendono spesso complessa la definizione prognostica. L'incertezza clinica rappresenta un elemento strutturale del fine vita e può generare difficoltà decisionali sia nei professionisti sia nei familiari.

La complessità assistenziale in questa fase non riguarda esclusivamente il controllo dei sintomi fisici, quali dolore, dispnea, *delirium*, nausea, astenia e cachessia, ma si estende alla dimensione psicologica, sociale e spirituale. Il concetto di sofferenza globale (*total pain*), già richiamato nel modello di *Cicely Saunders* (6), trova in questo contesto la sua massima espressione, evidenziando l'interconnessione tra dolore fisico, angoscia emotiva, isolamento sociale e ricerca di significato esistenziale.

Il paziente al fine vita presenta frequentemente: polipatologia e politerapia; vulnerabilità immunologica e rischio di complicanze; perdita progressiva di autonomia nelle attività della vita quotidiana; aumento del bisogno di supporto assistenziale continuativo.

La nozione di fragilità assume particolare rilievo: essa non si limita alla dimensione biologica, ma comprende aspetti cognitivi, relazionali e ambientali. La fragilità rende il paziente più esposto a eventi avversi e richiede un'attenta valutazione multidimensionale.

Parallelamente, la famiglia vive una condizione di carico assistenziale elevato. Il *caregiver* principale può sperimentare *stress* emotivo, ansia anticipatoria e senso di impotenza, fenomeni che incidono sulla qualità della relazione di cura. L'EAPC sottolinea che paziente e famiglia costituiscono un'unica unità di cura, e che il supporto deve estendersi anche al periodo del lutto (2).

Dal punto di vista etico e giuridico, il fine vita è spesso accompagnato da decisioni relative alla proporzionalità degli interventi, alla limitazione o sospensione dei trattamenti e alla pianificazione condivisa delle cure. In Italia, oltre alla Legge 38/2010 (3), la Legge 22 dicembre 2017 n.219 ha rafforzato il diritto all'autodeterminazione della persona attraverso il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, introducendo un quadro normativo che valorizza la pianificazione anticipata delle cure (14). Tale dimensione normativa rende centrale la competenza comunicativa e decisionale dei professionisti sanitari.

La qualità della vita rappresenta l'*outcome* primario nell'assistenza al fine vita. A differenza dell'approccio curativo, orientato alla guarigione o al prolungamento della sopravvivenza, l'approccio palliativo si concentra sul benessere globale della persona, sulla riduzione della sofferenza e sul mantenimento della dignità. Studi internazionali hanno evidenziato come l'integrazione precoce delle cure palliative sia associata non solo a miglioramento della qualità della vita, ma anche a una riduzione di interventi aggressivi non proporzionati nelle fasi terminali (15).

La complessità assistenziale si estende inoltre alla dimensione organizzativa. Il paziente al fine vita può trovarsi in diversi *setting* assistenziali: ospedale per acuti, *hospice*, assistenza domiciliare integrata o strutture residenziali. La continuità delle cure richiede coordinamento tra servizi, integrazione multiprofessionale e pianificazione strutturata degli interventi. La frammentazione assistenziale può determinare ricoveri impropri, sovraccarico familiare e aumento della sofferenza.

In questo scenario, l'infermiere si confronta con situazioni ad alta intensità clinica ed emotiva. La necessità di integrare competenze tecniche, relazionali ed etiche rende imprescindibile una preparazione specifica. La letteratura evidenzia come una formazione adeguata sia correlata a maggiore sicurezza nella gestione dei sintomi e nella comunicazione con pazienti e familiari, mentre lacune formative possono generare insicurezza e difficoltà nell'affrontare la complessità del fine vita (5).

Il paziente al fine vita, pertanto, non rappresenta semplicemente una condizione clinica terminale, ma un contesto assistenziale ad alta densità relazionale ed etica, nel quale convergono bisogni sanitari, psicologici e sociali. La presa in carico richiede un approccio globale, interdisciplinare e competente, capace di coniugare conoscenza clinica, sensibilità umana e responsabilità professionale.

1.3 Il ruolo dell'infermiere nelle cure palliative

Nel contesto delle cure palliative, l'infermiere assume un ruolo centrale, complesso e insostituibile nella presa in carico globale della persona al fine vita. La natura continuativa dell'assistenza infermieristica, caratterizzata da prossimità relazionale e presenza costante accanto al paziente e alla famiglia, attribuisce alla professione una funzione privilegiata nell'osservazione clinica, nell'identificazione precoce dei bisogni e nella gestione delle dinamiche assistenziali. Tale posizione non è soltanto operativa, ma implica una responsabilità professionale che si estende alla dimensione clinica, relazionale, etica e organizzativa della cura.

L'assistenza infermieristica nel fine vita si colloca all'interno di un paradigma che supera la dimensione esclusivamente biomedica e integra valutazione clinica, supporto relazionale, accompagnamento emotivo e riflessione etica. Il ruolo dell'infermiere non può essere ridotto a mera esecuzione tecnica, ma si configura come esercizio di autonomia professionale e responsabilità decisionale, in coerenza con il profilo professionale e con il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2025 (7). Il Codice richiama esplicitamente la responsabilità dell'infermiere nel tutelare la dignità, l'autonomia e la qualità della vita della persona assistita, anche nelle situazioni di terminalità, evitando ogni forma di accanimento terapeutico e promuovendo cure proporzionate e appropriate nel rispetto dei principi di autodeterminazione e consenso informato (7, 14). Tale mandato deontologico implica capacità di giudizio clinico, consapevolezza etica e competenza comunicativa.

Sul piano clinico-assistenziale, l'infermiere partecipa alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla gestione del dolore e dei sintomi complessi, al monitoraggio dell'evoluzione della malattia e alla prevenzione delle complicanze. Il controllo sintomatologico rappresenta una competenza fondamentale: dolore, dispnea, *delirium*, secrezioni respiratorie, agitazione e sintomi refrattari richiedono interventi tempestivi e appropriati, fondati su conoscenze farmacologiche aggiornate e su un'attenta osservazione clinica. La qualità dell'assistenza dipende dalla capacità di integrare sapere scientifico, esperienza clinica e adattamento personalizzato degli interventi. La letteratura evidenzia come una formazione strutturata in cure palliative sia associata a maggiore sicurezza nella gestione dei sintomi e a migliori esiti assistenziali (5).

Accanto alla dimensione clinica, la competenza relazionale assume un valore centrale. Nel fine vita, la comunicazione non rappresenta soltanto uno scambio informativo, ma costituisce uno strumento terapeutico essenziale. L'infermiere favorisce la comprensione del percorso assistenziale, sostiene la condivisione delle decisioni e accompagna paziente e famiglia nell'elaborazione della malattia e dell'eventualità della morte. Ascolto attivo, empatia, chiarezza espositiva e capacità di modulare il linguaggio in base al contesto contribuiscono a ridurre ansia e incertezza. Studi internazionali dimostrano che programmi di formazione basati su simulazione e *training* comunicativo migliorano significativamente le competenze relazionali e la percezione di autoefficacia professionale (5, 15), evidenziando come la comunicazione sia un'abilità professionale che richiede apprendimento strutturato.

La dimensione etica e decisionale è altrettanto rilevante. Il fine vita viene spesso accompagnato da decisioni complesse relative alla proporzionalità delle cure, alla sospensione o non attivazione di trattamenti e alla pianificazione condivisa degli interventi. L'infermiere partecipa attivamente al processo decisionale interdisciplinare, contribuendo con la propria valutazione clinica e con la conoscenza approfondita della persona assistita. In tale contesto può emergere il fenomeno del *moral distress*, definito da *Jameton* come la condizione in cui il professionista riconosce l'azione eticamente corretta, ma non riesce ad attuarla a causa di vincoli organizzativi o decisionali (8). Il *moral distress* è associato a stress emotivo, insoddisfazione professionale e rischio di *burnout* (9). La formazione etica e la presenza di spazi di confronto interdisciplinare rappresentano fattori protettivi rispetto a tale fenomeno, favorendo una maggiore consapevolezza e resilienza professionale.

L'infermiere opera, inoltre, all'interno di un'équipe multiprofessionale e svolge una funzione di raccordo tra i diversi attori della rete assistenziale. La continuità delle cure, la pianificazione condivisa e il coordinamento tra ospedale e territorio richiedono competenze organizzative e collaborative. L'EAPC sottolinea la natura intrinsecamente interdisciplinare dell'assistenza palliativa (2), evidenziando come la qualità dell'intervento dipenda dall'integrazione tra le diverse professionalità coinvolte.

Il ruolo dell'infermiere nelle cure palliative non è soltanto tecnico o operativo, ma profondamente identitario. L'assistenza al fine vita rappresenta uno degli ambiti in cui

la professione esprime pienamente la propria natura di disciplina della cura. La competenza in cure palliative implica l'integrazione di conoscenze scientifiche aggiornate, autonomia di giudizio, capacità comunicative, consapevolezza etica e gestione delle proprie emozioni. Tali dimensioni trovano corrispondenza nei Descrittori di Dublino, che definiscono le competenze attese nei percorsi universitari in termini di conoscenza, applicazione pratica, autonomia decisionale, abilità comunicative e apprendimento permanente (11). Tuttavia, la letteratura evidenzia come la percezione di impreparazione sia ancora diffusa tra infermieri e studenti in ambito palliativo (5, 7), con possibili ricadute sulla sicurezza decisionale e il benessere emotivo.

La complessità del ruolo infermieristico nelle cure palliative rende evidente che tali competenze non possano essere affidate esclusivamente all'esperienza empirica. La formazione rappresenta il fondamento per lo sviluppo di una professionalità consapevole, autonoma e competente. Un sistema formativo integrato, che comprenda formazione universitaria di base, aggiornamento continuo mediante Educazione Continua in Medicina (ECM) e percorsi post-base specialistici, consente di garantire coerenza tra responsabilità deontologica, normativa vigente e pratica clinica quotidiana (4, 12). Il ruolo dell'infermiere nel fine vita non può essere improvvisato: esso deve essere costruito attraverso un percorso strutturato che integri competenza tecnica, capacità relazionale e maturità etica, affinché la presa in carico sia realmente globale, centrata sulla persona e rispettosa della sua dignità fino al termine naturale della vita.

1.4 La formazione infermieristica in cure palliative

La complessità clinica, relazionale ed etica che caratterizza l'assistenza al fine vita rende la formazione infermieristica un elemento strutturale e non accessorio della qualità assistenziale. Le cure palliative richiedono competenze avanzate che integrino conoscenze scientifiche aggiornate, capacità decisionali autonome, abilità comunicative e consapevolezza etica. Tali dimensioni non possono essere affidate esclusivamente all'apprendimento esperienziale, ma devono essere oggetto di una progettazione formativa sistematica, coerente con i riferimenti normativi e accademici che regolano la professione infermieristica.

Nel contesto universitario italiano, la formazione infermieristica si fonda sui Descrittori di Dublino, introdotti nell'ambito del Processo di Bologna e recepiti nei regolamenti didattici nazionali (20). Essi definiscono i risultati di apprendimento attesi nei percorsi di primo ciclo articolandoli in cinque aree fondamentali: conoscenza e capacità di comprensione, capacità di applicare conoscenza e comprensione, autonomia di giudizio, abilità comunicative e capacità di apprendimento permanente. Tali dimensioni assumono una particolare rilevanza nel contesto delle cure palliative, dove l'autonomia di giudizio risulta centrale nelle decisioni relative alla proporzionalità delle cure e alla pianificazione condivisa degli interventi; le abilità comunicative sono imprescindibili nella relazione con pazienti e familiari; la capacità di apprendimento permanente è necessaria per affrontare l'evoluzione continua delle conoscenze cliniche, farmacologiche e bioetiche. L'integrazione delle cure palliative nel *curriculum* universitario dovrebbe pertanto essere coerente con tali obiettivi formativi, garantendo non solo contenuti teorici, ma anche esperienze cliniche strutturate, momenti di riflessione etica e occasioni di confronto interdisciplinare.

A livello professionale, il *Core Curriculum* in Cure Palliative, promosso in ambito nazionale in collaborazione con società scientifiche e istituzioni accademiche, rappresenta uno strumento di riferimento per la definizione delle competenze attese nei diversi livelli di formazione infermieristica (12). Esso individua aree di competenza che comprendono la valutazione e gestione dei sintomi complessi, la comunicazione e la relazione d'aiuto, l'etica clinica e la pianificazione condivisa delle cure, il lavoro in *équipe* interdisciplinare, il supporto alla famiglia e la gestione del lutto, oltre alla consapevolezza dei propri limiti professionali. Tale impostazione evidenzia come la competenza in cure palliative non sia limitata a un ambito specialistico, ma costituisca parte integrante della preparazione di base dell'infermiere, considerando che ogni professionista può trovarsi a operare con persone in fase avanzata di malattia indipendentemente dal *setting* assistenziale.

Nonostante questi riferimenti, la letteratura internazionale evidenzia una significativa disomogeneità nell'integrazione delle cure palliative nei curricula universitari, con differenze tra atenei e tra contesti nazionali (5, 7). In numerosi casi, l'insegnamento è affidato a moduli limitati o seminari opzionali, con conseguente percezione di insufficiente preparazione da parte degli studenti. Studi recenti dimostrano che

programmi formativi strutturati e ripetuti nel tempo risultano associati a un miglioramento significativo delle conoscenze, degli atteggiamenti verso la morte e della sicurezza professionale, riducendo la sensazione di impreparazione di fronte alla complessità del fine vita (5).

Accanto alla formazione universitaria di base, il sistema ECM rappresenta un pilastro della crescita professionale. L'ECM, istituito in Italia per garantire l'aggiornamento permanente dei professionisti sanitari, prevede l'acquisizione periodica di crediti formativi attraverso corsi, congressi, formazione sul campo e attività di ricerca. Nell'ambito delle cure palliative, tale sistema assume un valore strategico, poiché consente di aggiornare costantemente le competenze cliniche, farmacologiche e comunicative in un settore caratterizzato da rapida evoluzione scientifica e normativa. L'aggiornamento continuo contribuisce inoltre a rafforzare la sicurezza professionale, a migliorare la qualità delle decisioni cliniche e a ridurre il rischio di interventi sproporzionati o inappropriati.

La complessità dell'assistenza palliativa ha inoltre favorito lo sviluppo di percorsi post-base, quali *Master* universitari di primo e secondo livello in cure palliative e terapia del dolore. Tali percorsi approfondiscono competenze avanzate relative alla gestione dei sintomi refrattari, alla pianificazione anticipata delle cure, al coordinamento della rete territoriale, alla *leadership* infermieristica in *équipe* multiprofessionali e al supporto psicologico nel percorso di malattia e nel lutto. La formazione specialistica consente di sviluppare figure infermieristiche con competenze avanzate, capaci di svolgere funzioni di consulenza clinica, coordinamento organizzativo e formazione interna, in coerenza con gli obiettivi delineati dalla Legge 38/2010, che promuove lo sviluppo di reti assistenziali dedicate e la presenza di professionisti adeguatamente formati (4).

A livello organizzativo, le reti di cure palliative previste dalla normativa nazionale richiedono standard formativi specifici e percorsi di accreditamento professionale. Le regioni italiane, nell'attuazione della Legge 38/2010, hanno definito requisiti professionali per l'inserimento nelle *équipe* dedicate, evidenziando come la qualità della rete assistenziale dipenda direttamente dal livello di preparazione degli operatori coinvolti. L'integrazione tra formazione universitaria, aggiornamento continuo ed eventuale specializzazione post-base costituisce dunque un sistema articolato e

progressivo, finalizzato a garantire coerenza tra responsabilità professionale, normativa vigente e pratica clinica quotidiana.

Un ulteriore aspetto di rilievo riguarda la relazione tra formazione e benessere professionale. La letteratura evidenzia come la percezione di inadeguatezza e l'assenza di strumenti decisionali strutturati possano favorire l'insorgenza di *moral distress* (8, 9). Una formazione adeguata, integrata da momenti di supervisione e confronto tra pari, contribuisce a rafforzare la resilienza professionale e a promuovere maggiore coerenza tra valori personali e pratica clinica. In questa prospettiva, la formazione in cure palliative non si configura esclusivamente come trasmissione di contenuti tecnici, ma come processo di costruzione identitaria, attraverso il quale l'infermiere sviluppa competenza, consapevolezza e responsabilità nell'accompagnare la persona nel momento della massima vulnerabilità.

CAPITOLO II: MATERIALE E METODI

2.1 Descrizione del problema

In questo quadro, si ritiene utile un approfondimento sistematico delle evidenze scientifiche disponibili, al fine di comprendere: quale sia l'effettivo livello di conoscenze e competenze in cure palliative tra infermieri e studenti infermieri; quali aree di criticità emergano nella pratica assistenziale; quale impatto abbiano i programmi formativi strutturati sul miglioramento delle competenze e sulla sicurezza professionale.

La descrizione del problema evidenzia dunque l'esistenza di un potenziale divario tra esigenze assistenziali e preparazione formativa, con possibili ripercussioni sulla qualità della cura, sulla tutela della dignità della persona e sul benessere dell'infermiere. Tale divario costituisce il punto di partenza della presente revisione della letteratura.

2.2 Obiettivo della revisione

L'obiettivo principale è valutare se e in che misura la preparazione formativa (sia universitaria sia post base) influenzi le competenze cliniche, relazionali ed etiche degli infermieri e degli studenti infermieri nell'assistenza al fine vita.

In particolare, la revisione intende:

- Esaminare il livello di conoscenze e competenze dichiarate misurate in ambito palliativo.
- Analizzare atteggiamenti, percezioni e dimensione emotiva degli infermieri nei confronti della morte e del morire.
- Valutare l'efficacia degli interventi formativi strutturati (corsi curricolari, programmi di simulazione, *training* comunicativo, percorsi specialistici) nel migliorare competenze, sicurezza professionale e qualità assistenziale.
- Individuare le principali aree di criticità in tema di cure palliative, con particolare riferimento alla percezione di impreparazione e al rischio di *moral distress*.

La revisione si pone inoltre l'obiettivo di esplorare eventuali differenze tra infermieri già inseriti nel contesto clinico e studenti infermieri in formazione, al fine di comprendere se le lacune evidenziate siano riconducibili prevalentemente al percorso universitario o alla fase di inserimento professionale.

L'analisi delle evidenze disponibili mira a fornire una visione integrata del rapporto tra formazione e qualità dell'assistenza al fine vita, evidenziando possibili implicazioni per la progettazione dei curricula universitari, per lo sviluppo del *Core Curriculum* in Cure Palliative e per la pianificazione di interventi di formazione continua.
Attraverso tale revisione si intende contribuire alla riflessione sul ruolo strategico della formazione infermieristica quale determinante della competenza professionale della tutela della dignità della persona assistita e del benessere dell'infermiere nel contesto delle cure palliative.

2.3 Quesito di ricerca e metodologia PIO

A partire dalle criticità emerse nella descrizione del problema e dagli obiettivi delineati, la presente revisione della letteratura è stata orientata dalla formulazione di quesiti di ricerca volti a esplorare il rapporto tra formazione infermieristica in cure palliative e gestione del paziente al fine vita. Il quesito principale che ha guidato l'intero processo di ricerca può essere così formulato:
Qual è l'impatto della formazione infermieristica in cure palliative sulla gestione del paziente al fine vita da parte degli infermieri?
A tale interrogativo centrale si affiancano ulteriori quesiti di approfondimento, necessari per comprendere in modo più articolato la problematica oggetto di studio. In particolare, la revisione intende rispondere alle seguenti domande:

- Qual è il livello di conoscenze e competenze in cure palliative tra infermieri e studenti infermieri?
- In che modo la formazione influisce sugli atteggiamenti verso la morte, sulla comunicazione con il paziente e sulla percezione di autoefficacia professionale?
- Quali sono le principali aree di criticità in tema di cure palliative, con particolare riferimento alla percezione di impreparazione e al fenomeno del moral distress?
- Gli interventi formativi strutturati determinano un miglioramento significativo delle competenze rispetto all'assenza di formazione specifica?

La definizione del modello PIO, articolato in Tabella I, ha orientato in modo coerente la selezione delle parole chiave, la costruzione delle stringhe di ricerca e la definizione dei criteri di eleggibilità, garantendo coerenza metodologica tra obiettivi, quesiti e processi di selezione degli studi.

Tabella I: Modello PIO

Population	Infermieri e studenti infermieri coinvolti nell'assistenza a pazienti al fine vita in diversi contesti assistenziali.
Intervention	Formazione infermieristica specifica in cure palliative, sia curricolare sia post-laurea o continua.
Outcome	Miglioramento della gestione del paziente al fine vita in termini di competenze assistenziali, relazionali ed emotive, atteggiamenti professionali e sicurezza nella pratica clinica.

2.4 Criteri di eleggibilità e di esclusione

La selezione degli studi è stata effettuata secondo criteri di eleggibilità definiti a priori, in coerenza con il quesito di ricerca e con il modello PIO precedentemente delineato, al fine di garantire trasparenza metodologica e replicabilità del processo.

Criteri di inclusione:

- Studi aventi come popolazione di riferimento infermieri e/o studenti infermieri coinvolti nell'assistenza a pazienti in fase avanzata di malattia o al fine vita.
- Studi che valutassero interventi formativi in cure palliative, sia curricolari sia post-base, inclusi programmi di simulazione clinica, *training* comunicativo, percorsi di ECM, *Master* universitari o corsi specialistici.
- Studi quantitativi (*Randomized Controlled Trials*, studi sperimentali, studi osservazionali) e qualitativi, revisioni sistematiche, meta-analisi e *scoping review*.
- Articoli pubblicati negli ultimi dieci anni.
- Studi pubblicati in lingua italiana o inglese.
- Studi che valutassero almeno uno dei seguenti *outcome*: livello di conoscenze in cure palliative, competenze cliniche nella gestione dei sintomi, abilità comunicative, atteggiamenti verso la morte e il morire, percezione di autoefficacia professionale, presenza o riduzione di *moral distress*.
- Articoli disponibili in *full text* e sottoposti a revisione tra pari (*peer-reviewed*).

Criteri di esclusione:

- Studi riferiti esclusivamente ad altre figure professionali sanitarie senza dati specifici relativi alla professione infermieristica.

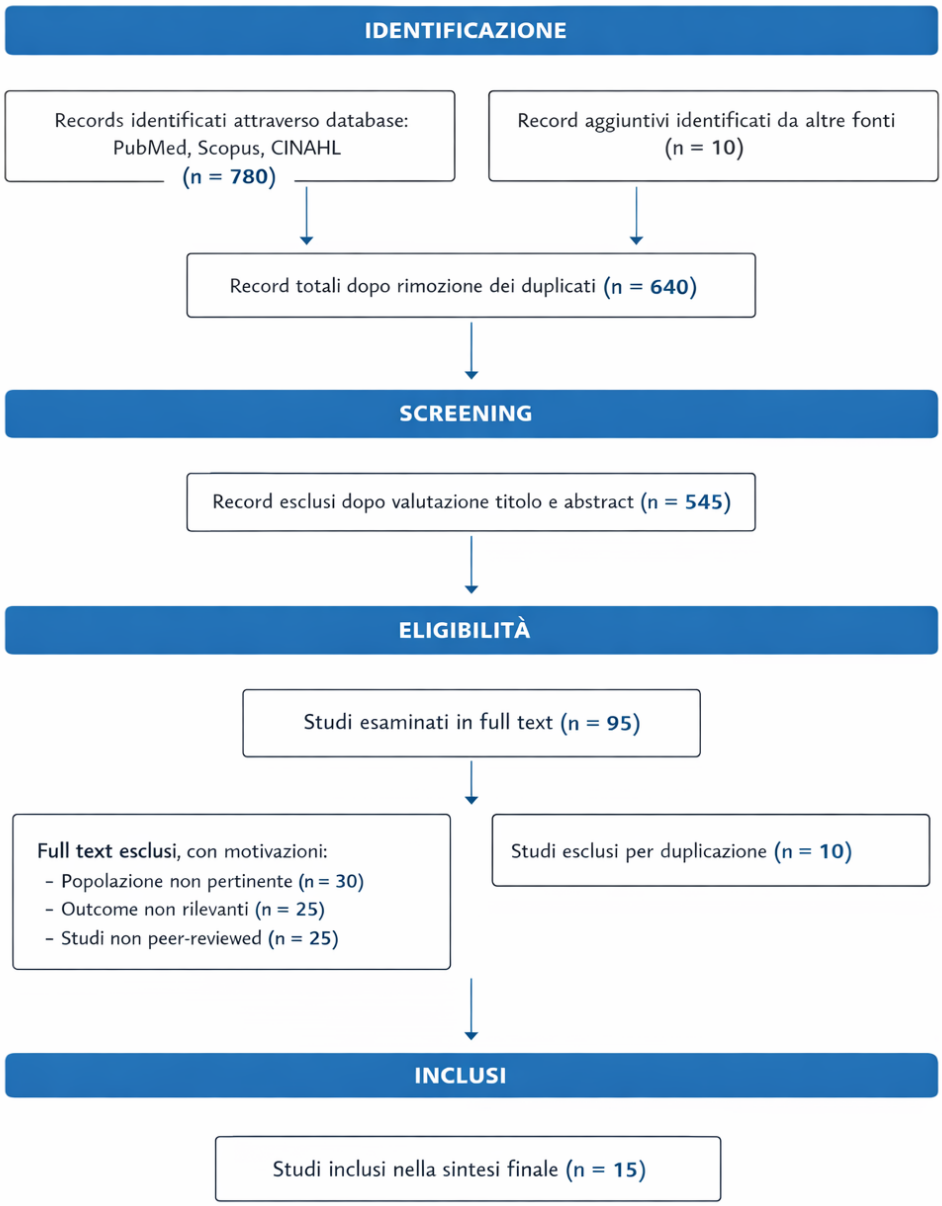
- Studi focalizzati esclusivamente su pazienti o familiari senza valutazione dell'impatto formativo sugli infermieri o sugli studenti infermieri.
- Editoriali, lettere all'editore, commenti, *abstract* privi di testo completo.
- Studi non disponibili in *full text*.
- Articoli pubblicati in lingue diverse dall'italiano o dall'inglese.
- Studi non coerenti con il modello PIO o privi di chiara relazione tra intervento formativo e *outcome* professionali.
- Articoli duplicati identificati nelle diverse banche dati.

2.5 Disegno dello studio e fonti di informazioni

La presente indagine è stata condotta come revisione della letteratura con approccio narrativo a orientamento sistematico, finalizzata ad analizzare in modo strutturato le evidenze disponibili sull'impatto della formazione infermieristica in cure palliative nella gestione del paziente al fine vita. Tale metodologia è stata ritenuta idonea in quanto consente di integrare risultati provenienti da studi con disegni eterogenei, offrendo una visione complessiva e multidimensionale del fenomeno oggetto di studio.
Il processo metodologico è stato strutturato secondo i criteri di sistematicità e trasparenza, a partire dalla definizione del quesito di ricerca attraverso il modello PIO, che ha orientato l'identificazione, la selezione e l'analisi degli studi.
Le fonti di informazione utilizzate per l'identificazione degli articoli sono state le banche dati elettroniche *PubMed* (per l'ampia copertura della letteratura medico-scientifica internazionale), *Scopus* (per il carattere multidisciplinare e l'indicizzazione di riviste *peer-reviewed*) e *CINAHL* (per la specificità nell'ambito delle scienze infermieristiche e delle professioni sanitarie) selezionate per la loro rilevanza nell'ambito biomedico e infermieristico.
Sono stati inclusi studi pubblicati negli ultimi dieci anni, in lingua italiana o inglese. L'ultima ricerca bibliografica è stata effettuata nel mese di febbraio 2026,
Dopo l'identificazione iniziale degli articoli nelle diverse banche dati, è stata effettuata la rimozione dei duplicati. Gli studi sono stati successivamente sottoposti ad una prima fase di *screening* mediante lettura di titolo e *abstract*, seguita da valutazione del testo completo per verificarne la conformità ai criteri di eleggibilità definiti.

Il processo di selezione è stato condotto in modo progressivo e sistematico ed è , rappresentato mediante diagramma di flusso (figura 1) conforme alle raccomandazioni PRISMA, al fine di garantire trasparenza e tracciabilità del percorso decisionale.

Figura 1. PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*)



2.6 Strategia di ricerca

La strategia di ricerca è stata definita in coerenza con il quesito formulato secondo il modello PIO, con l'obiettivo di garantire completezza e riproducibilità del processo.

In una fase preliminare sono state individuate le parole chiave principali relative alla popolazione (*nurses*, *nursing students*), all'intervento (*palliative care education*, *nursing education*, *training*) e agli *outcome* (*professional competence*, *attitudes*, *communication*, *moral distress*, *end-of-life care*).

Per il *database PubMed* sono stati utilizzati, ove disponibili, i termini *MeSH* corrispondenti, tra cui "*Palliative Care*", "*Terminal Care*", "*Education*, *Nursing*", "*Students*, *Nursing*", "*Professional Competence*" e "*Attitude of Health Personnel*".

Le stringhe di ricerca sono state costruite mediante combinazione dei termini attraverso operatori booleani *AND* e *OR*. L'operatore *OR* è stato utilizzato per includere sinonimi o concetti affini, mentre l'operatore *AND* è stato impiegato per intersecare i principali elementi del modello PIO.

Sono stati applicati i seguenti limiti: pubblicazione negli ultimi dieci anni, lingua inglese o italiano, articoli *peer-reviewed* e disponibilità del testo completo.

Le stringe sono state adattate alla sintassi specifica di ciascun *database*. Il numero di *record* identificati per ciascuna banca dati e il numero di articoli selezionati dopo il processo di *screening* sono riportati nella Tabella II in allegato.

CAPITOLO III: RISULTATI

3.1 Risultati della revisione della letteratura

Dall'analisi dei quindici studi inclusi emerge un quadro complessivamente coerente nel riconoscere la formazione infermieristica in cure palliative come determinante significativo della qualità dell'assistenza al fine vita. Le evidenze disponibili, provenienti da studi sperimentali, osservazionali, revisione sistematiche e ricerche qualitative, convergono nell'indicare che la preparazione formativa incide non solo sulle conoscenze teoriche, ma anche sulle competenze cliniche, comunicative ed etiche dell'infermiere.

In particolare, la letteratura evidenzia tre aree principali di impatto: il livello di conoscenze e competenze in ambito palliativo, gli atteggiamenti verso la morte e il morire, e la dimensione emotiva dell'infermiere nella gestione della terminalità. La presenza di percorsi formativi strutturati risulta associata a maggiore sicurezza professionale, migliore gestione dei sintomi complessi e più elevata capacità di comunicazione con pazienti e familiari. Al contrario, l'assenza di una formazione sistematica è frequentemente correlata a insicurezza, percezione di impreparazione e maggior vulnerabilità al disagio morale.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la formazione in cure palliative non rappresenta un elemento accessorio, ma una componente strutturale dello sviluppo della competenza professionale infermieristica, con ricadute dirette sulla qualità della presa in carico globale della persona al fine vita.

3.2 Risposta ai quesiti di ricerca

In relazione al primo quesito di ricerca, volto a comprendere quale sia l'impatto della formazione infermieristica in cure palliative sulla gestione del paziente al fine vita, l'analisi degli studi evidenzia che la partecipazione a programmi formativi strutturati determina un miglioramento significativo delle competenze cliniche, relazionali ed etiche degli infermieri e degli studenti infermieri coinvolti nell'assistenza.

Per quanto riguarda il secondo quesito di ricerca, relativo a quale sia il livello di conoscenze e competenze in cure palliative tra infermieri studenti infermieri, la meta-analisi di *Wang et al*. (16) e la revisione sistematica di *Getie et al*. (20) evidenziano come i livelli di preparazione risultino eterogenei, con lacune significative soprattutto

in assenza di una formazione specifica. Gli studi dimostrano che la presenza di moduli curricolari strutturati è associata a un incremento delle conoscenze teoriche e a un atteggiamento più favorevole verso l'assistenza al fine vita, come confermato anche dalla meta-analisi di *Getie et al*. (19).

In relazione al terzo quesito di ricerca, volto a comprendere in che modo la formazione influisca sugli atteggiamenti verso la morte, sulla comunicazione con il paziente e sulla percezione di autoefficacia professionale, gli studi sperimentali di *Tamaki et al*. (18) e *Brown et al*. (26), insieme alla revisione sistematica di *Smith et al*. (17), evidenziano che programmi formativi basati su simulazione e *workshop* interattivi migliorano in modo significativo la sicurezza nella gestione delle conversazioni difficili e la percezione di competenza comunicativa. La revisione di *Chan et al*. (29) conferma inoltre che la formazione sull'*advance care planning* potenzia la capacità degli operatori di facilitare processi decisionali condivisi nelle situazioni di fine vita.

Per quanto riguarda il quarto quesito di ricerca, relativo all'identificazione delle principali aree di criticità in ambito palliativo, con particolare riferimento alla percezione di impreparazione e al fenomeno del *moral distress*, lo studio qualitativo di *Kansas-Niemi et al*. (24) evidenzia come l'assenza di una preparazione adeguata possa generare insicurezza e difficoltà nella gestione della dimensione emotiva della terminalità. Analogamente, le evidenze riportate da *Hökkä et al*. (23) e *Guo et al*. (22) sottolineano come lo sviluppo progressivo delle competenze palliative sia strettamente legato all'esperienza clinica e alla presenza di percorsi formativi strutturati.

Un ulteriore elemento emerso riguarda la disomogeneità dei percorsi formativi a livello internazionale. La revisione integrativa di *Teixeira et al*. (27) e l'analisi di *Pesut* e *Greig* (28) evidenziano l'assenza di standardizzazione nei programmi educativi e suggeriscono la necessità di integrare in modo più sistematico la formazione universitaria con percorsi di aggiornamento continuo e programmi di sviluppo professionale avanzato.

Nel complesso, i risultati della revisione consentono di affermare che la formazione strutturata in cure palliative incide positivamente su conoscenze teoriche, competenze cliniche, abilità comunicative, atteggiamenti professionali e gestione della dimensione emotiva, contribuendo a ridurre la percezione di impreparazione e a sostenere l'infermiere nella complessità del fine vita.

CAPITOLO IV: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

4.1 Discussione dei risultati

I risultati emersi dalla presente revisione della letteratura evidenziano in modo coerente come la formazione infermieristica in cure palliative rappresenti un elemento determinante nello sviluppo delle competenze necessarie per la gestione del paziente al fine vita. Le evidenze analizzate indicano che la partecipazione a programmi formativi strutturati è associata a un miglioramento significativo delle conoscenze cliniche, delle competenze comunicative e della sicurezza professionale degli infermieri e degli studenti infermieri coinvolti nell'assistenza.

In primo luogo, le evidenze analizzate sottolineano come una formazione adeguata in cure palliative rappresenti una condizione essenziale per garantire un'assistenza di qualità nel fine vita. La preparazione specifica consente infatti agli infermieri di sviluppare competenze cliniche, relazionali ed etiche indispensabili per affrontare la complessità assistenziale della terminalità, favorendo una presa in carico globale della persona e della sua famiglia. In questa prospettiva, la formazione assume un ruolo centrale nel sostenere l'infermiere nell'esercizio della propria pratica professionale nel rispetto dei principi etici e delle responsabilità deontologiche.

Un ulteriore elemento emerso dalla revisione riguarda l'impatto della formazione sugli atteggiamenti degli infermieri nei confronti della morte e del morire. Diversi studi evidenziano come programmi educativi specifici contribuiscano a sviluppare una maggiore consapevolezza professionale e una più elevata sicurezza nella gestione delle situazioni assistenziali complesse che caratterizzano il fine vita. In particolare, interventi formativi basati su simulazione clinica, training comunicativo e momenti di riflessione guidata risultano associati a un miglioramento delle abilità relazionali e della capacità di affrontare conversazioni difficili con pazienti e familiari.

Parallelamente, la letteratura mette in luce come la carenza di una formazione strutturata possa generare insicurezza professionale e difficoltà nella gestione della dimensione emotiva dell'assistenza al fine vita. L'assenza di strumenti formativi adeguati può infatti rendere più complessa la gestione della sofferenza globale del paziente e delle dinamiche relazionali con la famiglia, esponendo gli infermieri a una maggiore vulnerabilità emotiva e al rischio di disagio morale.

Alla luce di tali evidenze, emerge chiaramente come la formazione in cure palliative non debba essere considerata un ambito specialistico limitato a contesti assistenziali specifici, ma una componente essenziale della preparazione infermieristica. Considerando che il fine vita rappresenta una realtà trasversale a numerosi contesti clinici, risulta fondamentale che gli infermieri sviluppino competenze adeguate già durante il percorso universitario e che tali competenze vengano successivamente consolidate attraverso programmi di formazione continua.

Nel complesso, i risultati della revisione confermano che la formazione infermieristica in cure palliative costituisce un elemento fondamentale per sostenere la qualità dell'assistenza, promuovere una pratica clinica consapevole e garantire una presa in carico realmente centrata sulla persona nella fase finale della vita.

4.1.1 Limiti dello studio

La presente revisione della letteratura presenta alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, l'eterogeneità metodologica degli studi inclusi, che comprendono disegni di ricerca differenti (studi sperimentali, osservazionali, qualitativi e revisioni), rende complessa una comparizione diretta dei risultati e limita la possibilità di formulare conclusioni generalizzabili.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la variabilità dei contesti geografici e organizzativi in cui gli studi sono stati condotti. I modelli formativi e i sistemi sanitari presentano infatti differenze significative tra i diversi Paesi, fattore che può influenzare sia l'organizzazione delle cure palliative sia le modalità di formazione degli infermieri.

Infine, la revisione ha considerato esclusivamente studi pubblicati negli ultimi dieci anni e in lingua italiana o inglese. Sebbene tale scelta sia stata adottata per garantire l'attualità delle evidenze analizzate, essa potrebbe aver comportato l'esclusione di contributi potenzialmente rilevanti presenti nella letteratura precedente o pubblicati in altre lingue.

Nonostante tali limitazioni, la revisione offre una sintesi aggiornata delle principali evidenze disponibili sul rapporto tra formazione infermieristica e gestione del paziente al fine vita, fornendo indicazioni utili per la pratica clinica e per lo sviluppo di futuri percorsi formativi.

4.1.2 Implicazioni per la pratica infermieristica

I risultati emersi dalla presente revisione della letteratura evidenziano implicazioni significative per la pratica infermieristica, soprattutto in relazione alla qualità dell'assistenza al fine vita e alla tutela della dignità della persona nella fase terminale della malattia. La formazione in cure palliative non si configura come un elemento accessorio o opzionale, bensì come un presupposto imprescindibile per l'esercizio responsabile e competente della professione infermieristica.

Dal punto di vista etico-professionale, le implicazioni risultano ancora più rilevanti. Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2025 richiama esplicitamente il dovere dell'infermiere di tutelare la dignità, l'autonomia e la qualità della vita della persona assistita, anche nelle fasi di terminalità, evitando ogni forma di abbandono terapeutico. Tali principi non possono essere tradotti efficacemente nella pratica senza una formazione adeguata che permetta all'infermiere di riconoscere quando un trattamento risulti sproporzionato, di sostenere decisioni condivise e di accompagnare la persona nel rispetto dei suoi valori. La formazione in cure palliative diventa quindi uno strumento attraverso cui il professionista può concretizzare i principi etici e deontologici nella quotidianità assistenziale.

Infine, le implicazioni per la pratica infermieristica si estendono anche alla dimensione organizzativa e sistemica. L'infermiere adeguatamente formato in cure palliative è in grado di contribuire attivamente alla pianificazione assistenziale, al coordinamento interdisciplinare e alla promozione di una cultura organizzativa orientata alla centralità della persona. Ciò assume particolare rilevanza nei contesti non specialistici, dove l'approccio palliativo dovrebbe essere integrato precocemente nel percorso di cura. La formazione rappresenta dunque una leva strategica non solo per il singolo professionista, ma per l'intero sistema assistenziale, favorendo un modello di cura centrato sulla persona, competente e sostenibile.

In sintesi, le evidenze raccolte indicano che la formazione infermieristica in cure palliative incide direttamente sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza professionale e sul benessere emotivo dell'operatore. Le implicazioni per la pratica sono profonde e multidimensionali: senza un investimento strutturato nella formazione, il rischio è quello di perpetuare lacune di abilità e insicurezze operative.

Al contrario, una formazione sistemica e integrata consente di promuovere un'assistenza competente, eticamente fondata e realmente centrata sulla persona nel momento più vulnerabile della sua esistenza.

4.1.3 Implicazioni per la ricerca futura

I risultati della presente revisione evidenziano la necessità di ulteriori studi volti ad approfondire il rapporto tra formazione infermieristica in cure palliative e qualità dell'assistenza al fine vita. In particolare, future ricerche potrebbero concentrarsi sulla valutazione dell'efficacia di programmi formativi strutturati nel lungo periodo, al fine di comprendere se il miglioramento delle conoscenze e delle competenze di traduca in cambiamenti concreti nella pratica clinica.

Ulteriori studi potrebbero inoltre analizzare in modo più approfondito l'integrazione delle cure palliative nei curricula universitari infermieristici, con l'obiettivo di individuare modelli formativi condivisi e maggiormente standardizzati. Un ulteriore ambito di ricerca riguarda lo sviluppo di interventi educativi che includano componenti esperienziali e riflessive, come simulazione clinica, supervisione e *mentoring*, utili a sostenere non solo le competenze tecniche, ma anche la gestione della dimensione emotiva dell'assistenza al fine vita.

Infine, appare opportuno promuovere studi multicentrici e comparativi che coinvolgano differenti contesti formativi e organizzativi, al fine di ampliare la base di evidenze disponibili e contribuire allo sviluppo di strategie educative efficaci nel campo delle cure palliative.

4.2 Conclusioni

La presente revisione della letteratura ha evidenziato come la formazione infermieristica in cure palliative rappresenti un elemento fondamentale per lo sviluppo delle competenze necessarie nella gestione del paziente al fine vita. Le evidenze analizzate indicano che percorsi formativi strutturati contribuiscono al miglioramento delle conoscenze cliniche, delle abilità comunicative e della sicurezza professionale degli infermieri e degli studenti infermieri, favorendo una presa in carico più consapevole e competente della persona nella fase terminale della vita.

Al contrario, la carenza di una preparazione specifica può tradursi in insicurezza professionale, difficoltà nella gestione della sofferenza globale e maggiore vulnerabilità alla dimensione emotiva ed etica dell'assistenza. In un contesto assistenziale caratterizzato da crescente complessità clinica e relazionale, la formazione assume quindi un ruolo centrale non solo come strumento di acquisizione di conoscenze, ma come processo di costruzione della competenza professionale.

Anche dal punto di vista personale, il confronto con il tema del fine vita durante il percorso formativo ha evidenziato quanto la competenza in cure palliative non riguardi soltanto l'acquisizione di abilità tecniche, ma richieda maturità professionale, capacità di riflessione e consapevolezza etica. Prendersi cura della persona nella fase finale della vita significa infatti confrontarsi con la fragilità, con il limite della medicina e con il valore della presenza professionale accanto al paziente e alla sua famiglia.

Da questa riflessione emerge anche una domanda che assume quasi il valore di una provocazione: se il fine vita rappresenta una dimensione inevitabile dell'esperienza umana e una realtà quotidiana nella pratica sanitaria, è possibile accettare che la preparazione dei professionisti che se ne prendono cura non sia ancora pienamente strutturata nei percorsi formativi?

In definitiva, formare infermieri competenti nelle cure palliative non significa soltanto migliorare la qualità dell'assistenza, ma garantire che, anche nel momento più fragile della vita, ogni persona possa essere accompagnata con competenza, rispetto e autentica umanità.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO; 2002.
2. European Association for Palliative Care. Definition of palliative care. Milan: EAPC; 1998.
3. Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; 2010.
4. Ministero della Salute. Sviluppo della rete di cure palliative e terapia del dolore. Roma: Ministero della Salute; 2014.
5. Getie A, Wondmieneh A, Bifftu B, Gdefaw G. Knowledge and associated factors toward palliative care among nurses in Ethiopia; systematic review and meta-analysis. BMC Palliat Care. 2021; 20: 1-12.
6. Saunders C. The management of terminal disease. London: Edward Arnold; 1978.
7. Federazione nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Roma: FNOPI; 2025.
8. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
9. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. J Clin Nurs. 2025; 24: 1-10.
10. World Health Organization. Palliative care: key facts. Geneva: WHO; 2020.
11. European Commission. The Bologna Process and Dublin Descriptors. Brussels: European Commission; 2005.
12. Società Italiana di Cure Palliative. Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative. Milano: SICP; 2018.
13. World Health Organization. Integrating palliative care into primary health care. Geneva: WHO; 2018.
14. Legge 22 dicembre 2017, n.219. norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; 2017.

15. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010; 363: 733-742.
16. Wang L, Li C, Zhang Q. nursing students' knowledge and attitudes toward end-of-life care: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today. 2022; 110: 105-113.
17. Smith M, Smith J, Hamilton S. simulation-based palliative care education for nursing students: systematic review. Nurse Educ Pract. 2021; 52: 103-110.
18. Tamaki T, Inumaru A, Yokota S, Fujii M, Tomita M, Inoue Y. Effectiveness of simulation-based education for communication skills in end-of-life care among nursing students: randomized controlled trial. Nurse Educ Today. 2019; 76: 1-7.
19. Getie A, Wondmieneh A, Bifftu B. Attitudes toward palliative care among nurses: systematic review and meta-analysis. BMC Palliat Care. 2020; 19: 1-10.
20. Getie A, Wondmieneh A. Knowledge of palliative care among nurses: systematic review. BMC Palliat Care. 2021; 20: 1-12.
21. Lo Iacono C, Rocco G, Affonso DD, et al. Italian nursing students' competence in palliative care: multicenter study. Prof Inferm. 2022; 75: 1-8.
22. Guo Q, Jacelon C, Marquard J. Core competencies in palliative nursing: a scoping review. J Hosp Palliat Nurs. 2022; 24: 1-9.
23. Hökkä M, Kaakinen P, Pölkki T. Specialist palliative nursing competence: qualitative study. Palliat Med. 2020; 34: 1-10.
24. Kansas-Niemi K, Repo H, Stolt M. emotional experiences of nursing students in palliative care education. Nurse Educ Today. 2021; 97: 104-112.
25. Okumura-Hiroshige R, Tanaka M, Igarashi A. educational program effects on nurses' attitudes toward end-of-life care. BMC Palliat Care. 2019; 18: 1-8.
26. Brown CE, Jecker NS, Curtis JR. Communication workshops in palliative nursing education: randomized study. J Palliat Med. 2018; 21: 1-8.
27. Teixera AA, Marques A, et al. Educational interventions in palliative nursing: integrative review. Nurse Educ Pract. 2020; 46: 102-110.
28. Pesut B, Greig M. Mentorship in palliative nursing education: review. J Palliat Care. 2019; 35: 1-7.

29. Chan RJ, Webster J, Bowers A. Advance care planning training for healthcare professionals: systematic review. Palliat Med. 2021; 35: 1-10.
30. Alvariza A, Holm M, Benkel I. Nurses' experiences in home-based palliative care: qualitative study. Int J Palliat Nurs. 2018; 24: 1-8.
31. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care. J Palliat Med. 2018; 21: 1684-1689.
32. Radbruch L, De Lima L, et al. Redefining palliative care: international consensus. Lancet Oncol. 2020; 21: e379-e389.
33. World Health Organization. Global atlas of palliative care. Geneva: WHO; 2014.
34. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper. Palliat Med. 2013; 27:1-12.
35. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.

ALLEGATI

Tabella II: Strategia di ricerca nelle banche dati

	Banche dati	Strategia di ricerca	Risultati	Articoli selezionati	Ultima visualizzazione
1	PubMed	(“Palliative Care” [MeSH] OR “Terminal Care” [MeSH] OR “end-of-life care”) AND (“Education, Nursing” [MeSH] OR “nursing education” OR training) AND (“Nurses” OR “Students, Nursing” [MeSH]) AND (“Professional Competence” [MeSH] OR attitudes OR communication OR “moral distress”)	320	6	10/02/2026
2	Scopus	(TITLE-ABS-KEY (“palliative care” OR “end-of-life care”) AND TITLE-ABS-KEY (“nursing education” OR training) AND TITLE-ABS-KEY (NURSES OR “nursing students”) AND TITLE-ABS-KEY	340	5	26/01/2026

		(“professional competence” OR attitudes OR communication OR “moral distress”))			
3	CINAHL	(MH “Palliative Care” OR “end-of-life care”) AND (MH “Education, Nursing” OR training) AND (MH “Nurses” OR MH “Students, Nursing”) AND (MH “Professional Competence” OR attitudes OR communication OR “moral distress”)	120	4	30/01/2026

ALLEGATO 2
Tabella sinottica degli articoli selezionati per la revisione della letteratura

Autore/ Anno/ Rivista/ PMID	Tipo di studio	Obiettivo dello studio	Risultati dello studio	Note	Fonte
Wang et al. 2022, *Nurse Educ Today*, PMID: 36182790	Meta-analisi	Sintetizzare conoscenze e atteggiamenti degli studenti infermieri verso il fine vita	Conoscenze variabili; formazione associata ad atteggiamenti più positivi	Focus su studenti infermieri	PubMed
Smith et al. 2018, *Am J Hosp Palliat Care*, PMID: 29514480	Revisione sistematica	Valutare l'uso della simulazione nella formazione comunicativa in cure palliative	Simulazione che migliora le competenze comunicative	Necessità di unificare	PubMed
Tamaki et al. 2019, *Nurse Educ Today*, PMID: 30738199	RCT	Valutare l'efficacia della simulazione EOL (end-of-life) negli studenti	Miglioramento significativo delle competenze e della sicurezza	Studio di intervento	PubMed
Getie et al. 2024, *BMC Palliat*	Revisione sistematica e meta-analisi	Analizzare gli atteggiamenti degli infermieri	1/3 presenta atteggiamento sfavorevole; la formazione	Evidenza di quantità	PubMed

Care, PMID: 38454390		verso le cure palliative	migliora gli outcome		
Getie et al. 2021, *Pain Res Manag*, PMID: 33986898	Revisione sistematica	Valutare le conoscenze degli infermieri in cure palliative	Oltre metà presentano conoscenze insufficienti	Associato in modo notevole con istruzione	PubMed
Lo Iacono et al. 2024, *Nursing Reports*, DOI: 10.3390/ nursrep14 030188	Studio multisito descrittivo	Valutare le competenze percepite dagli studenti	Autoanalisi moderata; lacune sulla dimensione emotiva	Campione italiano	Scopus
Guo et al. 2024, *J Clin Nurs*, DOI: 10.1111/jo cn.17294	Scoping review	Identificare core competencies in cure palliative	Definite competenze cliniche, etiche e comunicative	Rilevante per core curriculum	Scopus
Hökkä M et al. 2021, *J Palliat Med*, DOI: 10.1089 /jpm.2020. 0569	Studio qualitativo	Analizzare le competenze richieste nei diversi livelli di cure palliative	Necessità di differenziare le competenze per setting	Prospetto esperti	Scopus

Kangas-Niemi A et al. 2018, *Nurse Educ Pract*, DOI: 10.1016/j.nepr.2018.09.007	Studio qualitativo	Esplorare la pratica della dimensione affettiva	Importanza dell' elaborazione emotiva nella formazione	Correlato a moral distress	Scopus
Okumura-Hiroshige A et al. 2020, *Int J Older People Nurs*, DOI: 10.1111/opn.12304	Trial controllato non casuale	Valutazione del programma educativo EOL per infermieri clinici	Miglioramento degli atteggiamenti a medio termine	Infermieri clinici	CINAHL
Brown et al. 2018, *Am J Hosp Palliat Care*, DOI: 10.1177/1049909117693021	RCT	Valutare workshop della simulazione comunicativa	Miglioramento dell' autoefficacia percepita	Correlato all' interagire	CINAHL
Teixeira et al. 2019, *Scand J*	Integrative review	Analizzare programmi educativi in	Forte eterogeneità;	Correlato a diverse	CINAHL

Caring Sci, DOI: 10.1111/scs.12643		cure palliative	bisogno di standardizzare	discipline sanitarie	
Pesut & Greig, 2018, *J Palliat Med*, PMID: 29283870	Review con expert consultation	Identificare risorse educative per infermieri in cure palliative	Necessità mentoring strutturato	Focus abilità avanzate	PubMed
Chan et al. 2019, *BMC Health Serv Res*, PMID: 31174530	Revisione sistematica	Valutare programmi formativi su advance care planning	Miglioramento competenze con facilitazione ACP (approccio centrato sulla persona)	Rilevante per interagire	PubMed
Alvarizia et al. 2020, *J Clin Nurs*, DOI: 10.1111/jocn.15072	Studio qualitativo	Analizzare le strategie degli infermieri domiciliari in cure palliative	Importanza dell'esperienza comunicazione e supporto familiare	Setting a domicilio	Scopus