

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

L'approccio degli studenti di Infermieristica al paziente terminale. Un'indagine osservazionale presso l'Università degli Studi di Padova.

Relatore: Dott.ssa Veronese Mayra

Laureando: Zordan Marta

Matricola: 1228457

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

BACKGROUND: Le cure palliative sono considerate un approccio per migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da malattia terminale e dei loro familiari. L'infermiere deve avere un'adeguata formazione al fine di fornire cure palliative specialistiche.

SCOPO DELLO STUDIO: Lo scopo dello studio è quello di indagare le attitudini nell'assistenza del paziente terminale da parte degli studenti del terzo anno dell'Università degli Studi di Padova.

MATERIALI E METODI: Studio trasversale osservativo mediante somministrazione del questionario FATCOD form B-I agli studenti di infermieristica dell'Università degli Studi di Padova nell'arco di tempo compreso tra il 15 febbraio 2022 e il 18 aprile 2022.

RISULTATI DELLO STUDIO: Il campione dello studio è composto da 228 studenti. I vari punteggi rilevati nelle varie sedi indicano una buona attitudine degli studenti ad assistere il paziente terminale anche se non vi è una correlazione significativa tra coloro che hanno seguito le attività inerenti alla materia e coloro che non li hanno seguiti.

CONCLUSIONI: Dal presente studio è emerso che gli studenti del terzo anno di infermieristica presentano alcune difficoltà nel prendersi cura del paziente terminale. Il questionario utilizzato potrebbe essere usato come strumento per identificare i gap presenti e programmare l'attività formativa universitaria nell'ambito delle cure palliative.

PAROLE CHIAVE: Oncology nursing, Students nursing, End-of-life care, Attitudes

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I – QUADRO TEORICO GENERALE.....	5
1.1 Cure palliative e il ruolo dell’infermiere	5
1.2 Leggi che regolamentano le cure palliative.....	7
1.3 Linee guida per lo sviluppo dell’educazione infermieristica palliativa.....	8
1.4 L'approccio dello studente al paziente terminale	14
1.5 Strumenti per valutare i bisogni formativi degli operatori sanitari e degli studenti	16
CAPITOLO II - MATERIALI E METODI	19
2.1 Disegno dello studio ed obiettivi	19
2.2 La ricerca bibliografica.....	19
2.3 Setting - Il Corso di Laurea in Infermieristica.....	20
2.4 Strumenti per la raccolta dati - Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B	21
2.5 Composizione del questionario	23
2.6 Somministrazione del questionario ed attività formative nelle varie sedi.....	23
CAPITOLO III - RISULTATI	27
CAPITOLO IV- DISCUSSIONE	33
4.1 Limiti dello studio	36
CAPITOLO V - CONCLUSIONE	37
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

L'idea di questo studio nasce al fine di indagare quali sono le attitudini nell'assistenza al paziente terminale da parte degli studenti del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica.

Questa curiosità è sorta durante il tirocinio clinico che mi ha portato molteplici volte a relazionarmi con pazienti affetti da malattia terminale ed i suoi familiari.

Un'altra motivazione che ha condotto la scelta dell'argomento era indagare le attitudini degli studenti del terzo anno che, ormai prossimi al lavoro, si trovavano a svolgere tirocinio in ambienti specialistici con un bagaglio di conoscenze ormai completo. Il mio intento è quello di comprendere le loro reazioni, i loro punti di forza e le loro paure.

Avere una adeguata formazione permette agli infermieri neolaureati di avere un'adeguate conoscenze e competenze necessarie al fine di svolgere al meglio il proprio ruolo.

L'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, il quale fornisce al paziente e alla sua famiglia le cure adeguate ed instaura una relazione di cura al fine di supportare il paziente e la sua famiglia nella maniera più adeguata possibile. Gli infermieri trascorrono la maggior parte del tempo con i pazienti e le loro famiglie ed è proprio per questo motivo che devono essere adeguatamente formati al fine di fornire cure palliative personalizzate e professionali.

L'intento principale delle cure palliative è quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, utilizzando tecniche farmacologiche e non e collaborando in un team multidisciplinare.

CAPITOLO I – QUADRO TEORICO GENERALE

1.1 Cure palliative e il ruolo dell'infermiere

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce le cure palliative come un approccio in grado di migliorare “la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale” (World Health Organization, (2002). (National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. -2nd ed.)

Le cure palliative sono considerate un approccio che migliora la qualità di vita dei loro pazienti e delle loro famiglie che affrontano i problemi associati a malattie croniche, limitanti e pericolose per la vita attraverso l'identificazione precoce, la prevenzione e il sollievo della sofferenza, insieme al trattamento del dolore e problemi fisici, psicosociali e/o spirituali. (Martins Pereira et al., 2021)

La missione principale delle cure palliative è migliorare la qualità della vita dei pazienti. Esse richiedono un lavoro di squadra multidisciplinare e combinano una gestione farmacologica con misure non farmacologiche. (Aubert et al., 2022)

L'assistenza in cure palliative comprende la valutazione, la diagnosi e il trattamento da parte dei professionisti per dare risposte a delle malattie effettive o potenzialmente pericolose per la vita, (Martins Pereira et al., 2021) senza mai perdere di vista il rispetto della dignità e della volontà della persona assistita. (Aubert et al., 2022)

Gli infermieri sono il numero più grande di professionisti coinvolti nella fornitura di cure palliative. (Martins Pereira et al., 2021)

Il trattamento dovrebbe riguardare tutti i sintomi, senza dimenticare quelli potenzialmente indotti dal trattamento stesso. Al fine di ottimizzare la tolleranza, la maggior parte dei trattamenti analgesici e ansiolitici deve essere iniziata con dosi basse e attentamente aumentate o titolate. (Aubert et al., 2022)

È importante l'instaurarsi di una relazione di cura con il paziente e la famiglia con l'obiettivo primario di prevenire ed alleviare la sofferenza e supportarli nel modo migliore possibile al fine di garantire una adeguata qualità di vita, indipendentemente dallo stadio della malattia o dalla necessità di altre terapie. (Martins Pereira et al., 2021)

La "famiglia", come intesa dal paziente, è l'unità di cura in cui si trova nel fine vita ed identificare le persone chiave nella vita del paziente è fondamentale. (Crawford et al., 2021)

Ed è all'interno di questa dimensione che gli infermieri dovrebbero stabilire una relazione di fiducia significativa con i propri pazienti e i loro familiari, utilizzando degli strumenti di comunicazione adeguati al fine di accertare le scelte terapeutiche disponibili e fornire conforto e informazione in modo etico e rispettoso. (Ferri et al., 2021)

Il setting assistenziale nel fine vita assume un ruolo fondamentale che necessita di un'attenta valutazione del benessere generale consentendo un' adeguata qualità di vita ed una morte dignitosa. (Crawford et al., 2021)

Gli infermieri trascorrono la maggior parte del tempo con i pazienti e la famiglia nel fine vita (il periodo esteso da uno a due anni durante la quale il paziente/famiglia prendono conoscenza della natura limitante della propria malattia) e spesso fungono da collegamento tra i diversi professionisti sanitari. Gli infermieri per adempiere a questo ruolo e fornire cure palliative personalizzate devono essere adeguatamente formati. (Martins Pereira et al., 2021)

Come viene riportato nell'articolo, secondo Martinsen (2003) l'assistenza viene considerata come un concetto tridimensionale composto da: relazione, azione e moralità. (Sekse et al., 2018)

La formazione è uno dei fattori principali che stanno alla base della professionalizzazione dell'infermieristica palliativa in Europa. (Martins Pereira et al., 2021)

1.2 Leggi che regolamentano le cure palliative

Nel Giuramento di Ippocrate ogni medico promette di fare di tutto per alleviare le sofferenze, per non prolungare indebitamente le agonie e per non provocare mai deliberatamente la morte. (Aubert et al., 2022)

La prima norma riferita alle cure palliative è la legge n. 39 del 26 febbraio 1999, che ha sancito il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e ha previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane. La legge e il suo relativo decreto attuativo del 28 settembre 1999, disponeva che le regioni presentassero all'allora Ministero della Sanità, sia i progetti di strutture residenziali (hospice), sia i programmi di organizzazione di rete assistenziali di cure palliative sul territorio. (Ministero della Salute, 2013)

Un'importante svolta normativa in tema di cure palliative è avvenuta nel 2010 con la legge n.38 del 15 marzo 2010, la quale garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) al fine di assicurare delle cure e un'assistenza nelle fasi finali della vita, nel rispetto della dignità della persona umana, della propria autonomia, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza in questa delicata fase della vita.

La transizione in atto, epidemiologica, demografica e sociale, richiede l'individualizzazione di percorsi di cura che siano in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, rivedendo l'organizzazione dei servizi in funzione degli stessi. Necessita inoltre di figure professionali adeguatamente formate e in continuo aggiornamento e di integrazione e complementarità dei professionisti nelle varie sedi di assistenza. (Ministero della Salute, 2020)

Con la legge 38/2010 sono stati adottati provvedimenti relativi allo sviluppo delle reti di cure palliative e terapia del dolore fino all'accreditamento delle stesse; al riconoscimento della disciplina specialistica in cure palliative; all'identificazione dei codici di disciplina ospedaliera in cure palliative e in terapia del dolore; al riconoscimento delle esperienze maturate dai professionisti nel campo delle cure

palliative con possibilità per gli stessi di raggiungere la stabilizzazione professionale e lo sviluppo del percorso della formazione universitaria attraverso l'istituzione di master e, più recentemente, con l'istituzione della disciplina accademica in Medicina e cure palliative.

Diventa pertanto fondamentale potenziare l'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità dell'assistenza, garantendo cure palliative e terapia del dolore in una prospettiva di integrazione e complementarità alle terapie attive. Tale prospettiva è coerente con quanto previsto dal c.d. "Decreto rilancio" n.34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, nella legge 17 luglio 2020, n.77, che all'art. 1 investe nello sviluppo e nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale agendo, in particolare, sulle cure domiciliari e sull'assistenza infermieristica territoriale.

Gli Accordi approvati il 27 luglio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni sull'accreditamento delle reti di cure palliative e sull'accreditamento delle reti di terapia del dolore rappresentano un'ulteriore opportunità, in quanto prevedono un cambio di paradigma dalla cura della malattia alla presa in carico della persona attraverso il governo clinico del suo percorso di cura. (Ministero della Salute, 2020)

1.3 Linee guida per lo sviluppo dell'educazione infermieristica palliativa

Nel 1997 l'Associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC) propose alle associazioni nazionali aderenti di creare un network nazionale per la formazione, da collegarsi a quello dell'EAPC. Le direttive del consiglio erano, da un lato, definire le raccomandazioni minime per la formazione in cure palliative sia per medici che per infermieri e, dall'altro, identificare le capacità educative più adeguate per i formatori in cure palliative.

Successivamente nel 1999 il consiglio d'Europa ha stabilito che: "L'obbligo al rispetto ed alla tutela della dignità di un malato terminale o di un morente deriva dall'inviolabilità della dignità umana lungo tutto l'arco della vita. Questo rispetto e questa tutela trovano espressione nell'offerta di un ambiente adatto, che consenta all'essere umano di morire con dignità".

Nel 2004, una Task Force dell'Associazione Europea per Cure Palliative (EAPC) ha lanciato la "Guida per lo sviluppo dell'educazione infermieristica palliativa in Europa".

La letteratura, nel rapporto della task force EAPC, afferma che le cure palliative, come specialità, stanno sviluppando un corpus di conoscenze sostanziali sulle quali basare la pratica. La task force dichiara che lo sviluppo potenziale delle cure palliative si basa sulla formazione e sulla ricerca, quali componenti centrali per la pratica; e concorda che è necessario offrire dei diversi livelli di formazione ai professionisti della salute, a seconda dei loro bisogni specifici. Il livello deve essere adatto al grado di coinvolgimento nelle cure palliative poiché non tutti i professionisti necessitano dello stesso livello di formazione a seconda dei ruoli e del tipo e del numero di pazienti con cui vengono in contatto. Vengono così divisi i livelli della formazione palliativa (Tabella 1). (De Vlieger, 2008)

Tabella 1

Livello A	Base (non laureati)	Futuri professionisti sanitari durante la formazione iniziale
	Base (post laurea)	Professionisti sanitari qualificati che lavorano in ambito dell'assistenza generale e possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo

Livello B	Base (post laurea)	<p>Professionisti sanitari qualificati che lavorano o in ambito specialistico di cure palliative o in un ambito generico in cui rivestono il ruolo di persona risorsa.</p> <p>Professionisti sanitari qualificati che affrontano spesso situazioni di cure palliative (oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria)</p>
Livello C	Avanzata (post laurea)	<p>Professionisti sanitari qualificati responsabili di unità di cure palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscano attivamente alla formazione ed alla ricerca in cure palliative.</p>

Affinché la formazione sia erogata nel modo più efficace possibile risulta fondamentale una forte partnership tra infermiere, team direttivo responsabile

dell'infermiere e centro di formazione che organizza il corso. L'interazione tra istituzione, centro di formazione e studente viene definita necessaria per garantire un programma di formazione efficace che, in caso contrario, farebbe fallire lo sviluppo delle cure palliative fornendo uno scarso risultato rispetto allo sforzo.

Secondo, la guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative in Europa, lo sviluppo dei programmi di formazione devono basarsi sulle conoscenze legate ai bisogni assistenziali della popolazione ed alla struttura del sistema sanitario. (De Vlieger, 2008)

La formazione interdisciplinare viene inserita nei programmi che devono incoraggiare l'apprendimento da parte del team di modi di lavorare insieme assumendo conoscenza: della responsabilità del team come equipe professionale, il ruolo di ciascun membro dell'equipe nel portare a termine i compiti che gli vengono assegnati, fino a che punto si estendono i ruoli dei membri del gruppo, il processo del lavorare assieme e il ruolo svolto dal gruppo nel sistema di cure. (De Vlieger, 2008) L'apprendimento, nella ricerca sia psicologica sia etologica, viene definito come acquisizione persistente di modificazioni del comportamento, dal semplice condizionamento di riflessi primari fino a forme complesse di organizzazione delle informazioni, determinate dall'esperienza del soggetto piuttosto che da un controllo genetico.

Questo concetto nei Paesi europei è ampiamente riconosciuto come fondante per la formazione infermieristica.

Nel processo di formazione la task force raccomanda di prendere in considerazione:

- Obiettivi: devono essere precisi, osservabili e misurabili
- Metodi di insegnamento: utilizzare lezioni frontali, lavori di gruppo, dimostrazioni pratiche, condivisione di esperienze della pratica reale, apprendimento auto-condotto, visite in sito per l'osservazione.
- Valutazione: deve riflettere il livello di conoscenza, le opportunità di apprendimento disponibili durante il corso e la motivazione dello studente

- Qualità della formazione: è fondamentale l'importanza di fornire una formazione di qualità.
- Qualifiche per l'insegnamento delle Cure Palliative: la formazione dei formatori in cure palliative deve includere: la formazione personale continua, sostenere l'approccio multidisciplinare, prendere in considerazione i punti di forza del gruppo, includere l'apertura, il rispetto, l'empatia, l'adattabilità e l'autoconsapevolezza.

Nella pratica palliativa, secondo quanto osservato dalla task force, si verificano 5 aspetti di interazione:

1. Con il paziente
2. Con la famiglia /caregiver
3. Con il team
4. Con la società
5. Con il sistema sanitario

Gli operatori devono sviluppare livelli di conoscenza e capacità crescenti, basati sul livello di esposizione alle variare dimensioni della pratica. L'acquisizione delle conoscenze è cumulativa, perciò, un infermiere che opera a livello C ci si aspetta che comprenda anche la pratica dei livelli A e B. L'infermiere deve sempre riconoscere i propri limiti e fare riferimento ai colleghi che operano ad un livello più elevato per essere guidato quando insorgono problemi.

Le raccomandazioni fornite dalla Task Force evidenziano il bisogno di formazione continua a tutti i livelli, quest'ultima deve essere incentrata sulla disciplina specifica con misurazioni quantificabili del risultato nell'erogazione dei servizi. È importante sviluppare programmi di informazione infermieristica che comprendano l'assistenza al morente quale elemento fondante per la pratica dell'eccellenza. (De Vlieger, 2008)

In uno studio condotto sull'educazione infermieristica in cure palliative in Europa in seguito ai risultati e alle raccomandazioni dell'EAPC Task Force pubblicato nella rivista Palliative Medicine 2021, Vol. 35(1) 130–141 hanno partecipato 25 paesi. Tra questi: Albania, Austria, Cipro, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia,

Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Romania, Spagna, Svizzera e Regno Unito, Belgio, Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria, Israele, Italia, Polonia, Serbia e Svezia; di cui si dispongono dei dati, le cure palliative sono state identificate come materia obbligatoria nell'ambito della formazione infermieristica universitaria. In circa la metà dei paesi non c'era formazione post-laurea per infermieri sulle cure palliative. Tuttavia, in alcuni paesi (Belgio, Croazia, Ungheria, Israele, Polonia), il livello universitario di base (e a volte anche il livello post-laurea di base) della formazione infermieristica in cure palliative non è ancora disponibile. Dalle risposte date allo studio durante la convalida e l'aggiornamento, le attività attive per sviluppare ulteriormente l'educazione infermieristica in cure palliative sembrano essere in corso in diversi paesi. In alcuni paesi (es. Finlandia, Grecia), sono in corso attività per rendere obbligatorie le cure palliative nei curricula infermieristici universitari. In altri paesi (es. Austria, Finlandia), ci sono iniziative per sviluppare ulteriormente i curricula pre e post-laurea in cure palliative. Inoltre, in alcuni paesi (es. Danimarca, Finlandia, Grecia, Norvegia, Portogallo, Romania e Spagna) ci sono azioni per riconoscere le cure palliative come specialità infermieristica.

In un articolo pubblicato nella rivista palliative medicine, è stato riscontrato che la guida EAPC 2004 è ampiamente diffusa e viene utilizzata per favorire la formazione infermieristica in cure palliative in circa un terzo dei paesi permettendo un'omogeneità e un'adeguata preparazione nei diversi paesi. Ciò mostra sia il potere delle misure politiche che l'impatto del lavoro sviluppato dalle Task Force EAPC che può influenzare lo sviluppo della formazione infermieristica nell'ambito delle cure palliative. È fondamentale che le politiche, i programmi e le linee guida vengano utilizzati nello sviluppo di programmi educativi e pratiche cliniche facilitando con successo cure palliative di qualità che raggiungono i più vulnerabili. (Martins Pereira et al., 2021)

La Task Force dell'EACP ha raccomandato che le cure palliative dovrebbero essere riconosciute e certificate come specialità infermieristiche in tutti i paesi. Riconoscere la formazione infermieristica specifica e il ruolo del professionista di cure avanzate è fondamentale. (Martins Pereira et al., 2021)

1.4 L'approccio dello studente al paziente terminale

Gli infermieri sono i principali fornitori di cura nel fine vita e possono alleviare l'ansia di morte dei malati terminali identificando i fattori che vi contribuiscono e rendendo possibile l'esperienza di una "buona morte". Nonostante la morte sia un processo fisiologico a cui tutti i giorni i clinici assistono, parlare della morte con i pazienti non è mai un compito facile. Studi passati hanno rilevato che i malati terminali hanno bisogno di un supporto e dell'opportunità di parlare di morte anche con gli infermieri. Prendersi cura di un paziente morente è un'esperienza negativa soprattutto per gli studenti di infermieristica che sono alle prime armi e all'inizio della loro carriera professionale. La trasmissione delle conoscenze e il miglioramento della pratica possono fornire agli studenti una buona probabilità di alleviare il disagio correlato alla morte nei loro pazienti, ampliando la loro comprensione di morte e fornendo cure di alta qualità. (Atkinson Smith et al., 2020)

Anche se gli studenti di infermieristica seguono alcune lezioni teoriche e forniscono cure palliative in diversi contesti durante la pratica clinica, le loro prospettive e i loro atteggiamenti nei confronti della morte e dell'assistenza ai malati terminali varia. Tuttavia, è possibile creare una consapevolezza sulle cure del fine vita e colmare il divario tra fine vita e la pratica durante il periodo di formazione infermieristica. Si tratta del primo passo importante per diventare un infermiere professionista. Questo è importante per garantire sia la qualità della formazione infermieristica sia il benessere dei malati terminali durante i loro ultimi giorni di vita. (Üzar-Özçetin et al., 2021)

Gli studenti di infermieristica, durante il processo di formazione nel tirocinio clinico, tendono ad entrare in contatto con esperienze di morte di pazienti, il che può portare ad un conflitto emotivo su come affrontare la morte improvvisa o prevista dei pazienti. (Universidad Católica de Chile & Muñoz-Pino, 2014)

Questa percezione negativa può essere risolta con una guida efficace e misure di supporto efficaci fornite dal personale docente e clinico per questo è importante che la formazione sia adeguata. (Universidad Católica de Chile & Muñoz-Pino, 2014)

Un' educazione più approfondita in materia di cure palliative, integrata con formazione pratica, aiuterebbe gli studenti, consentendo loro di scoprire la propria capacità umana e professionale di alleviare la sofferenza. (Mastroianni et al., 2021)

Altri studenti hanno definito l'assistenza ad un malato terminale come un'esperienza significativa, arricchente e commovente che li ha toccati maggiormente nella loro dimensione personale e nella crescita come individui. Definiscono inoltre questa esperienza necessaria per comprendere gli aspetti della vita e della morte che li aiuta nella loro formazione professionale.(Universidad Católica de Chile & Muñoz-Pino, 2014)

Risulta fondamentale implementare l'educazione in cure palliative in quanto gli studenti possono affacciarsi con la morte in tutte le realtà cliniche. (Ferri et al., 2021)

Il contenuto delle esperienze riflette la necessità per gli studenti di salvare questo aspetto umano nella pratica clinica che sembra essere un'opportunità di insegnamento per umanizzare le cure e per la formazione professionale degli studenti.

Il personale docente può guidare il processo di apprendimento attraverso strategie didattiche come la discussione, la scrittura analitica e la modellizzazione di attività quotidiane. Allo stesso modo in cui gli infermieri esplorano le emozioni, le sensazioni attraverso la relazione con i soggetti assistiti accompagnandoli nel percorso di malattia.(Universidad Católica de Chile & Muñoz-Pino, 2014)

In seguito ad una revisione sistematica, svolta da alcuni ricercatori coreani nel 2020, in cui sono state valutate le attitudini degli infermieri nel prendersi cura dei pazienti terminali, è stato riscontrato un punteggio maggiore negli strumenti di rilevazione (FATCOD, FATCOD-B) dei professionisti con un master in materia. L'istruzione in materia di hospice fornisce agli studenti una percezione generale positiva della morte, l'ansia di morte e l'atteggiamento verso la morte. Si è verificato che le persone con una precedente educazione in materia di cure palliative tendono a mostrare un atteggiamento positivo verso quest'ultime e verso l'hospice. Sono inoltre emersi alcuni fattori che influenzano in modo positivo l'atteggiamento verso le cure palliative, tra

questi ritroviamo: l'esperienza nel prendersi cura del morente, la carriera o il livello di istruzione, le conoscenze, l'educazione, la fede religiosa e l'età.(Jeong et al., 2020)

1.5 Strumenti per valutare i bisogni formativi degli operatori sanitari e degli studenti

Come già affermato precedentemente, l'organizzazione mondiale della sanità definisce le cure palliative come un approccio in grado di migliorare “la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale”. (World Health Organization, (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. -2nd ed.)

Questa definizione evidenzia gli aspetti centrali delle cure palliative che prevedono il focus sulle esigenze del paziente, l'importanza di mantenere un'adeguata qualità di vita, l'alleanza tra il paziente e la sua famiglia. Il paziente è un soggetto attivo e una relazione basata sull'utilizzo di tutti gli strumenti comunicativi disponibili, è da considerare la via preferenziale per ottenere un'assistenza incentrata sul paziente. (Mastroianni et al., 2015)

Le cure palliative richiedono operatori sanitari con competenze specifiche affinché garantiscano un'assistenza continua e globale al fine di ottenere il miglior risultato possibile nella qualità di vita del paziente e della sua famiglia sia esso in regime di ricovero o di strutture ambulatoriali. (Mastroianni et al., 2015)

Gli infermieri hanno un ruolo essenziale nelle cure palliative sia nei confronti dei pazienti che delle loro famiglie. Le cure palliative richiedono una solida educazione per dare un'assistenza adeguata. L'età avanzata, la nascita e la religione sembrano essere fattori positivi, (Ferri et al., 2021) senza dimenticare che l'alleviamento della sofferenza è una funzione essenziale dell'assistenza infermieristica. (Martins Pereira et al., 2021)

Le prime ricerche sugli atteggiamenti degli infermieri o di altri operatori sanitari in ambito oncologico sono state condotte negli anni '80. Lo scopo di questi studi era quello di misurare gli atteggiamenti verso il cancro. Ne deriva la complessità della misurazione degli atteggiamenti dalla stretta relazione tra gli stimoli che li provocano (malati terminale e le cure nel fine vita) tra le tre componenti (cognitiva, emotiva e comportamentale) e il modo in cui vengono espressi. Negli anni sono stati definiti numerosi strumenti specifici per analizzare i bisogni formativi degli studenti e degli operatori sanitari per misurare i risultati dei programmi di formazione in merito agli atteggiamenti nei confronti della cura dei malati terminali. (Mastroianni et al., 2015)

Haley, Juan e Gagan (1968) hanno sviluppato la Cancer Attitude Scale (CAS) volta a misurare l'atteggiamento medico nei confronti del paziente con cancro. Questa è stata la prima volta in cui è stato indagato il ruolo dell'educazione, dell'esperienza clinica e la personalità individuale nello sviluppare attitudini specifiche. Collett e Lester (1969) hanno sviluppato la prima scala volta a valutare le emozioni e gli atteggiamenti verso la morte secondo una visione personale ed una visione mediata. Questo strumento multidimensionale permette di indagare la paura di morire e la paura del processo della morte. (Lester & Abdel Khalek, 2003). (Mastroianni et al., 2015)

Nella letteratura sono disponibili molti strumenti volti non solo a valutare gli atteggiamenti verso il cancro o la paura della morte e del morire, ma anche a misurare atteggiamenti verso la cura dei malati terminali ma molti di essi non sono stati validati (Cohen, O'Connor, & Blackmore, 2002; Roman`n, Sorribes, & Ezquerro, 2001; Vejlggaard e Addington-Hall, 2005).

ASBID (“Attitudes, Subjective Norms, and Behavioral Intentions of Nurses Toward the Care of Dying Patients and Their Families”) è una scala sviluppata da Waltman (1990) per misurare le attitudini degli infermieri, le norme soggettive e le intenzioni comportamentali verso la cura dei pazienti morenti e le loro famiglie. L'analisi fattoriale ha identificato tre dimensioni: misure acute di cura generali per morenti, comunicazione aperta con i morenti e assistenza continua ai familiari in lutto. (Mastroianni et al., 2015)

Leveton, Hayslip e Pell (1999) hanno sviluppato una misura valida ed affidabile per valutare gli atteggiamenti medici verso il fine vita che include due sottoscale: preparazione personale e ruolo professionale. Tale scala è stata successivamente modificata ma senza essere sottoposta a validazione.

È stato sviluppato un altro strumento (Bradley et al., 2000) per misurare gli atteggiamenti dei medici e degli infermieri nei confronti della cura del fine vita. I fattori individuati nell'analisi fattoriale sono: responsabilità professionale, efficacia degli hospice e comunicazione medico-paziente. Questo strumento è stato convalidato ma molti dei suoi 12 articoli sono incentrati sull'efficacia dell'assistenza in hospice e risulta inappropriato l'utilizzo in altri servizi di cure palliative. (Mastroianni et al., 2015)

Nessuno di questi strumenti è stato sviluppato specificatamente per gli studenti e non è stato tradotto e validato in italiano. (Mastroianni et al., 2015)

Il Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) è uno degli strumenti più validi, affidabili (Frommelt, 1991; Frommelt, 2003), accettabili e di facile compilazione. È stato creato per infermieri e studenti di diverse professioni sanitarie. Sono disponibili due versioni del FATCOD:

- FATCOD Form A: specificatamente progettato per valutare gli atteggiamenti degli infermieri
- FATCOD Form B: rivolto agli studenti di diverse discipline coinvolte nelle cure palliative

Sia il modulo FATCOD Form A (Brajtman, Fothergill-Bourbonnais, Casey, Alain, & Fiest, 2009; Braun et al., 2010; Dunn, Otten e Stephens, 2005; Morita et al., 2007) e il FATCOD Form B (Barrere, Durkin, & LaCoursiere, 2007; Frommelt, 2003; Iranmanesh, Dargahi, & Abbaszadeh, 2008b; Iranmanesh, Savenstedt e Abbaszadeh, 2008a; Miyashita et al., 2007) sono stati utilizzati in letteratura per studiare l'influenza di educazione allo sviluppo di atteggiamenti positivi verso la cura del paziente morente.

CAPITOLO II - MATERIALI E METODI

2.1 Disegno dello studio ed obiettivi

L'indagine svolta è uno studio trasversale osservativo, con lo scopo di descrivere attraverso le attitudini degli studenti di Infermieristica del Terzo anno, nell'assistenza del paziente terminale.

2.2 La ricerca bibliografica

La prima fase dello studio è stata la ricerca bibliografica, mirata ad identificare se tale problema fosse rilevante in letteratura e analizzare quali fossero le attitudini degli studenti nell'assistenza al paziente terminale.

La ricerca bibliografica è stata condotta in un arco di tempo pari a sette mesi, nel periodo compreso tra i mesi di novembre 2021 e maggio 2022. Al fine di rispondere al quesito di ricerca è stata consultata la letteratura nazionale e internazionale disponibile attraverso le banche dati biomediche: PubMed, Cochrane Library e Google Scholar. Prima di effettuare la ricerca bibliografica è stato formulato il quesito di ricerca utilizzando la forma PIO.

P- Patient: Studenti del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova

I- Intervention: Somministrazione del questionario FATCOD form B-I

O- Outcome: indagare quali sono le attitudini nell'assistenza al paziente terminale

Le parole chiave sono state inserite singolarmente o combinate tra di loro attraverso l'utilizzo degli operatori booleani "AND" e "OR" e di parole Mesh: "Oncology Nursing", "Students", "FATCOD-B", "Nursing", "Students Nursing", "Master", "End of Life", "Dying Patient", e "Palliative Care".

I criteri di inclusione degli studi sono: pubblicazione negli ultimi 10 anni; presenza di full text dello studio e contenuto pertinente dello studio con il quesito di ricerca. Sono

stati esclusi tutti gli studi dove gli articoli non sono disponibili in full text e gli studi non concernenti l'argomento di ricerca bibliografica.

La consultazione dei documenti in versione elettronica è stata disponibile attraverso l'utilizzo del servizio Auth-Proxy fornito dalla Biblioteca Pinali dell'Università degli Studi di Padova.

Oltre agli studi sono stati inclusi anche documenti e linee guida tra questi ritroviamo il Codice Deontologico e la guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative in Europa.

Sono stati trovati numerosi articoli e selezionati 13 per la revisione di letteratura.

2.3 Setting - Il Corso di Laurea in Infermieristica

Il corso di laurea in Infermieristica presso l'università degli Studi di Padova è suddiviso in otto sedi: Feltre, Mestre, Monselice, Padova, Portogruaro, Rovigo, Schio e Treviso. Durante il percorso triennale lo studente acquisisce competenze per fornire assistenza infermieristica in ambito ospedaliero, residenziale, domiciliare ed ambulatoriale.

Il Tirocinio clinico è parte integrante della formazione universitaria, viene svolto in strutture pubbliche e private accreditate in unità operative o servizi di area chirurgica, medica e riabilitativa; materno infantile, dell'emergenza, della salute mentale: dell'assistenza domiciliare e della residenzialità.

Sono previste inoltre della Attività a Libera Scelta a cui lo studente decide di partecipare al fine di migliorare le conoscenze riguardo una specifica area e dei laboratori preclinici che permettono di affrontare delle tematiche distinte, le tematiche che l'università propone sono: "Assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e di supporto alla famiglia", "gestione del rischio clinico", "Approccio assistenziale a vecchie e nuove dipendenze" e "Corpo curante e curato. Sviluppo delle competenze relazionali nella pratica assistenziale attraverso l'approccio teatrale".

2.4 Strumenti per la raccolta dati - Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B

Considerata la sensibilità, la specificità e la facilità nella compilazione ho deciso di scegliere la somministrazione del questionario FATCOD Form B-I per avere un quadro completo dell'approccio al paziente terminale da parte degli studenti del III anno delle diverse sedi dell'Università degli Studi di Padova.

La stabilità mostra un ICC complessivo molto buono (0,87) e un ICC compreso tra 0,60 (accettabile) e 0,86 (molto buono) per 29 (97%) delle 30 voci. L'elemento 16 mostra un valore ICC < 0,60. Le misure di simmetria mostrano una buona capacità di discriminazione con solo cinque elementi con un punteggio > 1. La coerenza interna della scala è supportata da un alto coefficiente alfa di Cronbach di 0,81 per la prima presentazione e 0,83 per la seconda. Inoltre, la compilazione del questionario richiede un tempo medio di 6 min ed è generalmente considerato facile. (Mastroianni et al., 2015)

L'intera scala ha mostrato un soddisfacente Cronbach coefficiente alfa di 0,75. (Mastroianni et al., 2015)

L'atteggiamento degli infermieri nei confronti dei pazienti morenti ha un impatto sulla qualità delle cure fornite. L'istruzione può migliorare le conoscenze e gli atteggiamenti verso l'assistenza del fine vita. Lo scopo dello studio di Mastroianni (2015) è quello di stabilirne la validità e l'affidabilità all'interno di una popolazione italiana.

Esso misura 6 dimensioni specifiche (Paura/Malessere, Comunicazione, Relazione, Cura della famiglia, Famiglia come cura e cure attive) che dovrebbero essere evidenziate durante la formazione e l'istruzione degli studenti in ambito sanitario. (Mastroianni et al., 2015)

È stato creato per infermieri e studenti di diverse professioni sanitarie. Vi sono due versioni disponibili: FATCOD Form A, specificamente progettato per valutare gli atteggiamenti degli infermieri, FATCOD Form B è rivolto agli studenti coinvolti nelle cure palliative. Entrambi gli strumenti sono stati utilizzati per studiare l'influenza

dell'educazione allo sviluppo di atteggiamenti positivi verso la cura del paziente morente.

Alla fine di questo processo di traduzione e validazione, il FATCOD form B-I dimostra di essere uno strumento affidabile e valido per la valutazione degli atteggiamenti degli studenti verso le cure di fine vita.

La paura e il malessere sono descritti come le barriere più frequenti agli atteggiamenti corretti verso la morte e il morire, la paura che gli studenti spesso affrontano può essere correlata alla paura di perdere sé stessi, alla paura dell'ignoto e alla paura del dolore e della sofferenza. La comunicazione e la relazione sono concetti descritti come fondamentali verso la cura del malato terminale, la comunicazione è uno strumento necessario per creare, mantenere e promuovere una relazione interpersonale; la relazione viene definita come il fulcro dell'assistenza infermieristica basata sul riconoscimento della natura relazionale della persona. (Mastroianni et al., 2015)

I fattori relativi alla famiglia, famiglia come cura e cura della famiglia, viene considerata come la cura della famiglia durante il processo di lutto e il coinvolgimento dei parenti significativi nella cura dei malati terminali al fine di gestire i propri bisogni fisici, clinici, spirituali, sociali e psicologici.

L'approccio alle cure palliative richiede lo sviluppo di competenze specifiche non solo legate al paziente ma anche alla famiglia in stretto rapporto con i membri del team.

Tutte e sei queste dimensioni sono strettamente correlate nella pratica clinica: la loro forza aumenta se vengono visti in relazione l'uno con l'altro.

Questo strumento viene considerato valido ed affidabile, incoraggia l'uso nei programmi di formazione per migliorare le attitudini e le conoscenze, può facilitare la definizione dello scopo e dei contenuti nei corsi di formazione, può inoltre aiutare a capire l'importanza delle componenti emotive nella qualità del processo di cura che ogni operatore sanitario utilizza con i parenti e i loro famigliari. (Mastroianni et al., 2015)

2.5 Composizione del questionario

La scala FATCOD è uno strumento composta da 30 voci che utilizza una scala Likert a 5 punti per indicare gli atteggiamenti degli intervistati nei confronti della cura dei pazienti morenti. Lo strumento include 15 affermazioni con formula positiva (1,2,4,10,12,16,18,20,21,22,23,24,25,27 e 30) e 15 con formula negativa (3,5,6,7,8,9,11,13,14,15,17,19,26,28 e 29) con 5 opzioni differenti di risposta:

- Fortemente in disaccordo,
- In disaccordo,
- Incerto,
- D'accordo,
- Fortemente d'accordo

Gli elementi positivi vengono valutati da uno (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo), i punteggi vengono invertiti per gli elementi negativi. I punteggi possibili vanno da 30 a 150, un punteggio più alto significa un atteggiamento positivo verso la cura dei pazienti terminali.

Sono stati determinati 6 fattori legati ai seguenti item:

- Paura/malessere (item 1,3,5,7,8,13,14,15 e 26)
- Cura della famiglia (item 4,16 e 22)
- Comunicazione (item 2,6,11,27,28 e 30)
- Famiglia come cura (item 12,18 e 20)
- Relazione (item 9,10,17,21 e 29)
- Cure attive (item 19,23,24 e 25) (ARTICOLO 2)

2.6 Somministrazione del questionario ed attività formative nelle varie sedi

Il questionario somministrato agli studenti è il FATCOD form B-I.

La somministrazione del questionario è stata effettuata a tutti gli studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova. La

somministrazione è avvenuta mediante l'utilizzo di Google Form tra il 15 febbraio 2022 e il 18 aprile 2022.

Le sedi coinvolte nella somministrazione e il numero degli studenti per ogni sede sono:

- Feltre, 53 studenti del 3 anno;
- Mestre, 73 studenti del 3 anno;
- Monselice, 69 studenti del 3 anno;
- Padova, 76 studenti del 3 anno;
- Portogruaro, 32 studenti del 3 anno;
- Rovigo, 61 studenti del 3 anno;
- Schio, 43 studenti del 3 anno;
- Treviso, 68 studenti del 3 anno.

Il numero totale degli studenti delle varie sedi è di 475.

Sono state indagate tutte le attività formative e i laboratori clinici effettuati nelle varie sedi dell'Università degli Studi di Padova che sono i seguenti:

- Sede di Schio: è stato proposto il seminario intitolato “cronicità e continuità delle cure”, eseguito il laboratorio preclinico “cure palliative” e come redigere un articolo scientifico;
- Sede di Treviso: è stata attivata l'Attività a Libera Scelta nominata “assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e di supporto alla famiglia” ed è stata proposta un'attività formativa in cure palliative;
- Sede di Monselice: è stata attivata è stata attivata l'Attività a Libera Scelta nominata “assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e di supporto alla famiglia” e Gestione del Rischio Clinico;
- Sede di Feltre: è stata attivata l'Attività a Libera Scelta nominata “assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e di supporto alla famiglia” e come redigere un articolo scientifico;
- Sede di Padova: è stata attivata l'Attività a Libera Scelta nominata “assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e di supporto alla famiglia”;

- Sede di Portogruaro: Sono stati attivati due corsi relativi alle Attività a Libera Scelta: “Approccio assistenziale a vecchie e nuove dipendenze”, “Corpo curante e curato. Sviluppo delle competenze relazionali nella pratica assistenziale attraverso l'approccio teatrale”
- Sede di Rovigo: è stata attivata l'Attività a Libera Scelta " Assistenza alla persona nella terminalità: qualità di vita e supporto alla famiglia", frequentata da n. 77 studenti (n. 69 del secondo anno e n. 8 del terzo anno), e le attività d'aula programmate nell'ambito del tirocinio clinico hanno previsto la discussione di casistica relativa alla presa in carico della persona nelle diverse situazioni clinico-assistenziali, compresa la terminalità; nell'ambito dei contenuti del Laboratorio Professionale 3 rientra la presa in carico assistenziale della persona terminale e le cure palliative;
- Sede di Mestre: è stata attivata l'Attività a Libera Scelta di "Assistenza alla persona nella terminalità", frequentata da tutti gli studenti.

CAPITOLO III - RISULTATI

Il campione dello studio è di 228 studenti su un totale di 475 che corrisponde al 48%.

Come si evince dalla Tabella II, la frequenza di partecipazione maggiore in base agli studenti presenti in ogni sede è stata riscontrata nella sede di Schio con un valore pari al 88.4% mentre quella inferiore si è registrata nella sede di Portogruaro con un valore pari a 15.6%.

Tabella II: Numero di partecipanti in base alla sede.

Sede del corso	Frequenza (n)	Totale studenti	Percentuale frequenza per sede	Percentuale frequenza per sede sul totale
Mestre	52	73	71.2%	22.8%
Schio	38	43	88.4%	16.7%
Padova	15	76	19,7%	6.6%
Portogruaro	5	32	15.6%	2.2%
Treviso	46	68	67.6%	20.2%
Feltre	28	53	52.8%	12.3%
Monselice	18	69	26%	7.9%
Rovigo	26	61	42.6%	11.4%
Totale	228	475	48%	100%

Per quanto riguarda invece la frequenza della sede sul totale del campione la percentuale maggiore è stata ottenuta dalla sede di Mestre con un valore di 22.8% e corrispondente a 52 studenti totali.

È stata indagata l'età dei vari studenti, si è visto che il range varia da 20 anni (n. 3 persone) ad un massimo di 43 (n. 1 persona). Il valore medio ottenuto dalle varie età è di 23.26 anni e una mediana di 22 anni (35.5%)

Per quanto riguarda il sesso, emerge che nel totale dei partecipanti 39 (17%) persone sono di sesso maschile, mentre il restante 189 (83%) sono di sesso femminile.

È stato indagato nelle varie sedi tutte le attività svolte inerenti alla tematica affrontata ed è emerso che 151 studenti hanno svolto l'Attività a Libera Scelta intitolata "Assistenza alla persona nella terminalità".

È stato attribuito il valore 0 a tutti i partecipanti che non hanno svolto un corso inerente alla tematica affrontata ed il valore 1 a tutti gli studenti che lo hanno seguito, è risultato che 77 persone non hanno partecipato a nessun corso pertinente con lo studio e 151 partecipanti hanno seguito dei corsi specifici.

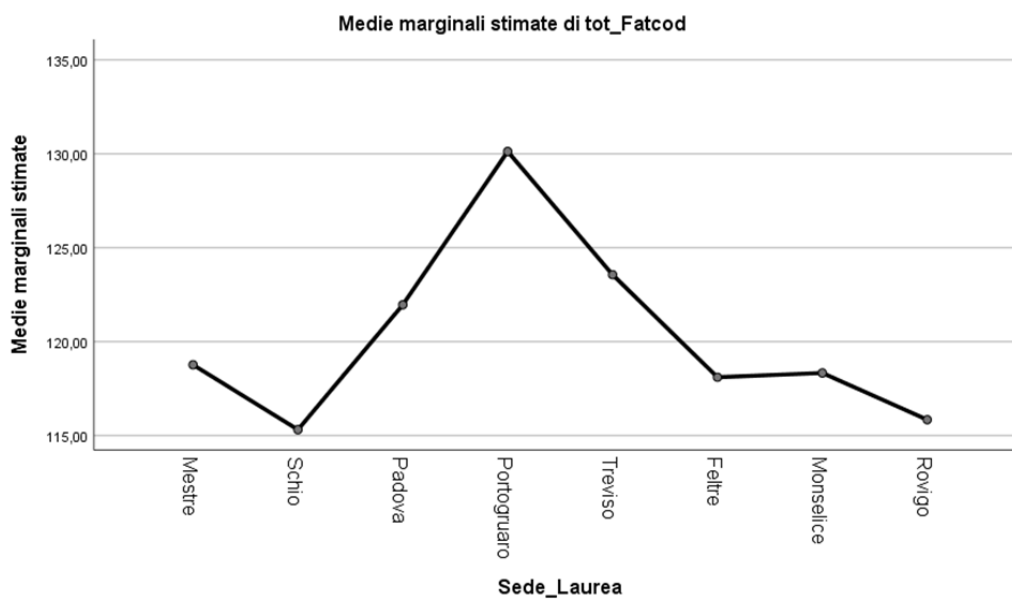
Analizzando i vari punteggi totali ottenuti nella compilazione del questionario è emerso un punteggio minimo pari a 97 punti ed un punteggio massimo pari a 144 su un totale massimo ottenibile di 150 punti.

Il valore medio dei punteggi totali è di 118.65 mentre la mediana è di 118.00.

Mettendo a confronto la media del punteggio totale del questionario FATCOD form B-I ottenuto da coloro che hanno frequentato il corso sulla teminalità e coloro che non hanno seguito è rispettivamente di 118.47 per i primi e 119.01 per i secondi.

È stato effettuato il T test per campioni indipendenti sui punteggi totali ottenuti nel questionario tra coloro che hanno effettuato il corso sulla terminalità e coloro che non l'hanno effettuato e si è rilevato che non vi è differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($p=0.688$).

Grafico 1: Medie marginali stimate totale dei punteggi FATCOD form B-I in ogni sede di Laurea.



Per ogni sede del Corso di Laurea sono stati rilevati i valori medi.

Tabella III: media del totale dei punteggi FATCOD form B-I in ogni sede di Laurea.

Sede di laurea	Media
Mestre	118.771
Schio	115.316
Padova	121.964
Portogruaro	130.125
Treviso	123.565
Feltre	118.107
Monselice	118.333
Rovigo	115.846

Come mostrato nella Tabella III, il valore medio inferiore è quello ottenuto nella sede di Schio con un valore pari a 115.316 punti contrapposto al valore maggiore ritrovato nella sede di Portogruaro di 130.125 punti.

Confrontando le varie sedi di Laurea possiamo determinare che l'effetto principale della sede di laurea è significativo ($F(7,216) = 3,91, p < 0.001$),

I confronti multipli hanno dimostrato che vi è una differenza statisticamente significativa tra il valore totale del FATCOD tra Schio ($M= 115,32$ $SE= 1,51$) e Treviso ($M=123,56$ $SE= 1,36$) con $p < 0.02$; tra Treviso e Rovigo ($M=115,84$ $SE=1,81$) con $p < 0,02$.

Se si analizziamo specificatamente le singole domande facenti parte delle macroaree ritroviamo che:

- Paura/malessere: nella prima domanda la maggior parte delle persone (n. 133) afferma che l'assistenza al paziente terminale è un'esperienza formativa utile; anche se il 32,5% (n.74) del campione si sente a disagio a parlare con il paziente terminale della sua morte (D3); la maggior parte degli studenti sono contrari all'affermazione "non vorrei assistere ad un paziente terminale" (D5) e al ritenere frustrante il tempo dedicato all'assistenza di un paziente terminale (D7).

Per quanto riguarda l'ottava domanda vi è una risposta molto varia in cui vi è all'incirca la medesima percentuale di persone che hanno affermato "sono d'accordo", "non so" e "sono contrario" riguardante l'enunciazione "Mi sentirei sconvolto se il paziente terminale che assisto perdesse ogni speranza di sentirsi meglio".

Il maggior numero di studenti (96) è contrario allo sperare che la persona di cui si sta prendendo cura, muoia quando non si è presenti (D13); viene espresso in modo contrastante anche il timore di diventare amico di una persona che sta morendo (D14) ed il voler fuggire quando il paziente sta morendo (D15). Nella domanda ventisei esattamente il 50% degli intervistati è contrario o fortemente contrario al quesito "mi sentirei a disagio se, entrando nella stanza di un paziente terminale, lo trovassi a piangere".

- Cura della famiglia: il 50.9% degli studenti ritiene che l'assistenza alla famiglia del paziente terminale dovrebbe continuare durante tutto il periodo del lutto e

della sua elaborazione (D4). 225 studenti sono d'accordo o decisamente d'accordo sull'interrogativo che afferma che le famiglie necessitano di un sostegno psicologico per accettare i cambiamenti di umore e comportamentali del malato (D16); e la maggioranza concorda che l'assistenza dovrebbe essere estesa anche alla famiglia del paziente terminale.

- Comunicazione: 108 studenti nel secondo quesito sono d'accordo che la morte non è la cosa peggiore che possa succedere ad una persona (D2), in modo contrastante la maggioranza degli studenti si esprime sull'affermazione "il personale che assiste un paziente terminale non dovrebbe essere colui che gli parla della morte" (D6); e 178 studenti sono contrari o fortemente contrari a cambiare discorso con quando gli viene posta la domanda "sto morendo?" (D11).

L' 85.5% degli studenti si esprime in modo concorde al quesito che riporta "al paziente terminale bisognerebbe dare risposte sincere circa le sue condizioni" (D27), ed in modo contrario e fortemente contrario all'affermazione della domanda ventotto in cui viene dichiarato che "preparare le famiglie alla morte e al morire non è responsabilità del personale che assiste il paziente".

Viene riscontrata una grande maggioranza di concordi, (n. 112 risposte sono d'accordo e n. 90 risposte sono decisamente d'accordo) nella domanda trenta in cui il quesito afferma che il personale di assistenza può aiutare i pazienti a prepararsi alla morte.

- Famiglia come cura: nel dodicesimo quesito "la famiglia di un paziente terminale dovrebbe essere coinvolta nella cura dei bisogni fisici del proprio caro" ci sono state il 45.6% di persone che hanno espresso di essere decisamente d'accordo e il 48.7% che hanno espresso di essere d'accordo; in percentuale differente ma sempre in modo concorde, gran parte degli studenti ritiene che le famiglie dovrebbero aiutare il proprio caro rendendo la vita che gli resta, la migliore possibile (D18), e mantenendo l'ambiente del proprio caro il più normale possibile (D20).

- Relazione: Vi sono molti pareri differenti sull'affermazione "è difficile stabilire una stretta relazione con il paziente terminale" ritrovando una maggioranza degli studenti (110) in una posizione contraria (D9) e nel decimo quesito viene invece concordato dal 78% degli studenti che in alcuni momenti il paziente terminale si augura di morire. Si ritrova una lieve maggioranza che si esprime in maniera contraria al diciassettesimo quesito in cui viene riportato "nel momento in cui il paziente si avvicina alla morte, il personale che lo assiste dovrebbe distaccarsi emotivamente" (D17).

In maniera favorevole viene giudicato il ventunesimo quesito infatti la maggioranza degli intervistati ritiene che il paziente terminale tragga beneficio nel parlare delle proprie emozioni e nell'interrogativo ventinovesimo "i famigliari che sono vicini al paziente terminale spesso interferiscono con il lavoro degli operatori sanitari" il 32.5% si dimostra contrario, il 30.7% risponde "Non so" alla domanda e un 28.9% si esprime d'accordo.

- Cure attive: la maggioranza si esprime contrario e fortemente contrario alla domanda "il paziente non dovrebbe prendere decisioni sulla cura dei suoi bisogni fisici" (D19); in maniera opposta gli studenti rispondo al ventitreesimo quesito in cui viene riportato che il personale che assiste il paziente terminale dovrebbe consentire di avere un programma di visite flessibile.

"Il paziente terminale e la sua famiglia dovrebbero essere coloro che prendono decisioni" qui vi è una grande maggioranza (177 studenti) che sono d'accordo o decisamente d'accordo ma un 18.4% risponde "Non so"; nel venticinquesimo quesito "la dipendenza dai farmaci antidolorifici non deve preoccupare quando il paziente è in fase terminale" ritrova numerose risposte differenti con una leggera maggioranza di studenti d'accordo e decisamente d'accordo contrapposto a numerose risposte "Non so" ed alcune risposte contrarie.

CAPITOLO IV- DISCUSSIONE

Sono stati raccolti 228 questionari, il 48% del campione totale. Dal questionario è emerso che la frequenza di partecipazione è stata buona per la Sede di Mestre, Schio e Feltre mentre in alcune sedi la partecipazione è stata ridotta, con la frequenza più bassa di partecipazione pari al 15.6%.

L'età di partecipazione al questionario è molto varia in quanto la maggior parte degli studenti ha un range che varia dai 20 ai 24 anni ed il restante si distribuisce dall'età dei 25 ai 43 in maniera pressoché uniforme.

La partecipazione del sesso femminile (n. 189) è nettamente superiore al sesso maschile (n. 39).

Il questionario prevede l'ottenimento di un valore compreso tra 30 e 150, più elevato è il punteggio maggiore è l'affinità degli studenti nell'assistenza ai pazienti terminali. I valori ottenuti vanno dal punteggio minimo di 97 ad il massimo di 144.

Esaminando i vari valori medi ottenuti nelle varie sedi si può affermare che il valore inferiore corrisponde a 115 punti ottenuti dalla sede di Schio, a seguire troviamo la sede di Rovigo con 116 punti, Feltre con 118 punti, Monselice con 118 punti, Mestre con 119, Padova con 122 punti, Treviso con 124 ed infine Portogruaro con 130.

La sede di Portogruaro ha un valore così elevato dovuto in parte anche alla limitata partecipazione; infatti, solamente 5 studenti su un totale di 32 hanno risposto al questionario proposto.

Il punteggio raggiunto nelle varie sedi risulta essere un buon livello, il valore medio ritrovato è indice della predisposizione ed affinità all'assistenza dei malati terminali da parte degli studenti del terzo anno.

Nello studio trasversale multicentrico condotto nella regione Lazio, si è stato ottenuto un punteggio medio di FATCOD form B-I pari a 115,3 punti. I punteggi più elevati sono stati significativamente associati alla formazione in cure palliative ed esperienza

con i pazienti terminali, (Mastroianni et al., 2021) corrisponde a quanto rilevato in questo studio (media 118.47).

È stato infatti indagato nelle varie sedi le differenti attività svolte inerenti alla tematica affrontata e 151 studenti nel loro percorso universitario hanno affrontato l'argomento. Queste Attività a Libera Scelta, della durata di 30 ore accademiche, seguite dagli studenti permettono di incrementare il livello di formazione ed aumentare l'attitudine nell'assistenza ai malati terminali. I vari studenti che non hanno affrontato queste Attività a Libera Scelta hanno avuto l'opportunità durante il corso di interfacciarsi con questa tematica utilizzando altre modalità come, ad esempio, laboratori professionali e rientri d'aula (lezioni con tutor didattici ed infermieri esperti sull'argomento).

Questo è fondamentale per garantire sia la qualità della formazione infermieristica sia il benessere dei malati terminali durante i loro ultimi giorni di vita. (Üzar-Özçetin et al., 2021)

Come viene riportato nella revisione sistematica di Jeong et al. (2020), il FATCOD viene spesso utilizzato per indagare le attitudini degli infermieri nel prendersi cura dei pazienti terminali. È stato riscontrato che il punteggio maggiore si aveva nei partecipanti con un master in materia, coloro che avevano molta esperienza e in coloro che hanno avuto un'educazione specifica. Gli studenti a causa della loro poca esperienza ed abilità hanno dimostrato attitudini minori.

Sono emersi dei fattori di influenza positiva che possono migliorare le attitudini degli studenti a prendersi cura dei pazienti terminali e tra questi ritroviamo: l'esperienza, il livello di istruzione, la conoscenza e l'educazione verso l'hospice e le cure palliative, la fede religiosa, educazione e l'età. (Jeong et al., 2020)

Ciò nonostante, la maggior parte degli studenti ritiene che l'assistenza ad un paziente terminale sia un'esperienza formativa utile e non frustrante, essendo comunque un ramo dell'assistenza infermieristica. La gran parte concordano sull'importanza del ruolo rivestito dall'infermiere nell'aiutare i pazienti a prepararsi alla morte.

Il personale, come affermato dalla maggioranza dei partecipanti, dovrebbe consentire al malato un programma di visite flessibile, estendendo l'assistenza anche alla famiglia.

In maniera abbastanza netta gli studenti assumono un atteggiamento favorevole sul fornire al paziente risposte sincere sulle sue condizioni di salute, preparando le famiglie alla morte e al morire e sostenendoli sul tutto il periodo del lutto e della sua elaborazione.

La famiglia viene coinvolta nella cura dei bisogni del proprio caro da quasi la totalità dei partecipanti, cercando di rendere ai pazienti terminali l'ambiente più normale possibile.

Nonostante ciò, è importante fornire un sostegno psicologico ai familiari per accettare i cambiamenti di umore e comportamentali del paziente.

La morte viene considerata dagli studenti in maniera differente e al contempo anche il dialogo sulla morte per alcuni provoca disagio. Il tema della morte, secondo la maggior parte degli studenti, non deve essere affrontato da coloro che lo assistono nonostante ci siano dei momenti in cui il paziente terminale si augura di morire ma non è opportuno evitare i discorsi riguardanti questa tematica.

La relazione con il paziente terminale non risulta difficile per la maggioranza degli studenti nonostante per alcuni risulta complessa.

Nelle domande riguardanti l'ambito relazionale gli studenti si esprimono in maniera diversificata sicuramente condizionati dalle esperienze precedenti effettuate e no, che gli hanno permesso di affrontare le relazioni in differenti modi. Il poter parlare delle proprie emozioni permette ai pazienti di trarre beneficio secondo la maggioranza degli studenti.

Gli studenti di infermieristica, futuri infermieri, saranno tra i principali fornitori di cure nel fine vita. Pertanto, i risultati ottenuti, sottolineano l'importanza di sostenere gli studenti di infermieristica per migliorare i loro atteggiamenti nei confronti della morte

e sviluppare le conoscenze e le competenze necessarie al fine di fornire un'assistenza efficace nei pazienti terminali.(Üzar-Özçetin et al., 2021)

4.1 Limiti dello studio

Lo studio svolto si è concentrato solamente sugli studenti del terzo anno e quindi non permette di valutare il percorso dello studente nel corso dei 3 anni di studio. Sarebbe utile somministrare il questionario ogni anno al fine di poter valutare come cambiano gli atteggiamenti degli studenti durante gli anni di studio e di conseguenza progettare le attività formative.

Il questionario somministrato in alcune sedi non ha riscontrato numerose adesioni e si è ottenuto un valore medio corrispondente al 48% di risposte.

Per esigenze organizzative la raccolta dei dati è avvenuta mediante l'utilizzo di un modulo Google diffuso dai vari coordinatori mediante email questo potrebbe aver influito sulla motivazione dello studente alla compilazione.

CAPITOLO V - CONCLUSIONE

Il presente studio ha descritto quali sono le diverse attitudini degli studenti di infermieristica nell'assistenza al paziente terminale. Sono state rilevate numerose risposte ai vari questionari ma non vi è una correlazione significativa tra gli studenti che hanno partecipato alle Attività a Libera Scelta inerenti alla tematica affrontata e coloro che non hanno partecipato.

Risulta fondamentale, anche soffermarci sulla letteratura, fornire agli studenti un'adeguata formazione riguardante l'ambito delle cure palliative perché, oltre all'esperienza personale, permette di arricchire il bagaglio formativo di ogni studente, il quale potrà poi fornire assistenza specifica e professionale. La pratica clinica è parte integrante della formazione infermieristica ed è utile per i vari studenti per poter sperimentare sul campo quello che viene affrontato durante le lezioni frontali.

Il questionario proposto dovrebbe essere utilizzato come strumento a livello organizzativo per individuare i bisogni formativi degli studenti al fine di programmare un piano formativo annuale adeguato alle reali necessità emerse, mediante la programmazione di attività, incontri e seminari focalizzati sui gap emersi dall'analisi delle risposte al questionario FATCOD B-I.

Gli studenti dovrebbero poter comprendere le loro difficoltà, dichiararle e aver l'opportunità di apprendere da persone competenti ed esperte come comportarsi in maniera che, una volta diventati professionisti sanitari, possano unire le competenze con il bagaglio di esperienza che faranno nel corso della loro carriera professionale.

BIBLIOGRAFIA

Atkinson Smith, M., Torres, L., & Burton, T. C. (2020). Patient Rights at the End of Life: The Ethics of Aid-in-Dying. *Professional Case Management*, 25(2), 77–84.

<https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000392>

Aubert, L., Denis, M., Cudennec, T., Moulias, S., Teillet, L., & Pépin, M. (2022).

Cure palliative e accompagnamento in geriatria. *EMC - AKOS - Trattato di*

Medicina, 24(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S1634-7358\(22\)46087-6](https://doi.org/10.1016/S1634-7358(22)46087-6)

Crawford, G. B., Dzierzanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I.,

Murphy, I., Puchalski, C. M., & Ripamonti, C. I. (2021). Care of the adult cancer

patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(4),

100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>

De Vlieger, M. (2008). *Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in*

cure palliative in Europa. EAPC.

Ferri, P., Di Lorenzo, R., Stifani, S., Morotti, E., Vagnini, M., Jiménez Herrera, M.

F., Bonacaro, A., Artioli, G., Rubbi, I., & Palese, A. (2021). Nursing student attitudes toward dying patient care: A European multicenter cross-sectional study. *Acta Bio*

Medica Atenei Parmensis, 92(S2), e2021018.

<https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11403>

Jeong, S. H., Lee, S. J., Cho, S. M., & Cho, H. (2020). Systematic Review on the

Influencing Factors of Nurses' and Nursing Students' Attitudes Toward Hospice and Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2), 130–136.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000627>

Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Pasman, H. R., Capelas, M. L., Larkin,

P., & Francke, A. L. (2021). Nursing education on palliative care across Europe:

Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country

reports. *Palliative Medicine*, 35(1), 130–141.

<https://doi.org/10.1177/0269216320956817>

Mastroianni, C., Marchetti, A., D'Angelo, D., Artico, M., Giannarelli, D., Magna, E.,

Motta, P. C., Piredda, M., Casale, G., & De Marinis, M. G. (2021). Italian nursing

students' attitudes towards care of the dying patient: A multi-center descriptive study. *Nurse Education Today*, 104, 104991.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104991>

Mastroianni, C., Piredda, M., Taboga, C., Mirabella, F., Marfoli, E., Casale, G., Matarese, M., Murray Frommelt, K. H., & De Marinis, M. G. (2015). Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B: Psychometric Testing of the Italian Version for Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 70(3), 227–250.

<https://doi.org/10.1177/0030222815568944>

Ministero della Salute, (2020). *Legge 15 Marzo 2010 N.38 e provvedimenti attuativi, aggiornamento normativo al 31 dicembre 2020.*

Sekse, R. J. T., Hunskaar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e21–e38.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

Universidad Católica de Chile, & Muñoz-Pino, I. P. (2014). Experience of Nursing Students upon Their First Care Encounter with Terminally ill Patients. *Investigación y Educación En Enfermería*, 32(1), 87–94.

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a10>

Üzar-Özçetin, Y. S., Hiçdurmaz, D., & Öcalan, S. (2021). 'Who would even want to talk about death?' A qualitative study on nursing students' experiences of talking about death with terminally ill patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.13514>

SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3765&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure#:~:text=La%20prima%20norma%20riferita%20alle,in%20tutte%20le%20regioni%20italiane

<https://www.treccani.it/enciclopedia/apprendimento/>

<https://www.medicinadimed.unipd.it/corsi/corsi-di-laurea-0/infermieristica>

ALLEGATI

ALLEGATO n.1 – Questionario

FATCOD B-I

FROMMELT ATTITUDES TOWARD CARE OF THE DYING SCALE

Sede del corso di Laurea:

- Feltre
- Mestre
- Monselice
- Padova
- Portogruaro
- Rovigo
- Schio
- Treviso

Sesso:

- maschio
- femmina

Età, indica gli anni compiuti:

.....

1. L'assistenza ad un paziente terminale è un'esperienza formativa utile

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

2. La morte non è la cosa peggiore che può succedere ad una persona

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so

- D: sono d'accordo
 - E: sono decisamente d'accordo
3. Mi sentirei a disagio a parlare con il paziente terminale della sua morte imminente
- A: sono fortemente contrario
 - B: sono contrario
 - C: non so
 - D: sono d'accordo
 - E: sono decisamente d'accordo
4. L'assistenza alla famiglia del paziente dovrebbe continuare durante tutto il periodo del lutto e della sua elaborazione
- A: sono fortemente contrario
 - B: sono contrario
 - C: non so
 - D: sono d'accordo
 - E: sono decisamente d'accordo
5. Non vorrei assistere un paziente terminale
- A: sono fortemente contrario
 - B: sono contrario
 - C: non so
 - D: sono d'accordo
 - E: sono decisamente d'accordo
6. Il personale che assiste un paziente terminale non dovrebbe essere colui che gli parla della morte
- A: sono fortemente contrario
 - B: sono contrario

- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

7. Per me potrebbe essere frustrante il tempo dedicato all'assistenza di un paziente terminale

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

8. Mi sentirei sconvolto se il paziente terminale che assisto perdesse ogni speranza di sentirsi meglio

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

9. E' difficile stabilire una stretta relazione con il paziente terminale

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

10. Ci sono momenti in cui il paziente terminale si augura di morire

- A: sono fortemente contrario

- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

11. Quando un paziente chiede "Sto morendo?" penso sia meglio cambiare discorso con qualcosa di più allegro

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

12. La famiglia di un paziente terminale dovrebbe essere coinvolta nella cura dei bisogni fisici del proprio caro (per esempio: cura dell'alimentazione e dell'igiene personale)

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

13. Spero che la persona di cui mi sto prendendo cura, muoia quando io non ci sono

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

14. Ho paura di diventare amico di una persona che sta morendo

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

15. Vorrei fuggire via quando il paziente sta per morire

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

16. Le famiglie necessitano di un sostegno psicologico per accettare i cambiamenti di umore e comportamentali del paziente terminale

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

17. Nel momento in cui il paziente si avvicina alla morte, il personale che lo assiste dovrebbe distaccarsi emotivamente

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

18. Le famiglie dovrebbero aiutare il proprio caro rendendo la vita che gli resta, la migliore possibile

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

19. Il paziente terminale non dovrebbe prendere decisioni sulla cura dei suoi bisogni fisici (cura dell'alimentazione, dell'igiene personale ecc.)

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

20. Le famiglie di un paziente terminale dovrebbero mantenere l'ambiente del proprio caro il più normale possibile

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

21. Il paziente terminale trae beneficio nel parlare delle proprie emozioni

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so

- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

22. L'assistenza dovrebbe essere estesa anche alla famiglia del paziente terminale

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

23. Il personale che assiste un malato terminale dovrebbe consentirgli di avere un programma flessibile di visite

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

24. Il paziente terminale e la sua famiglia dovrebbero essere coloro che prendono decisioni

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

25. La dipendenza dai farmaci antidolorifici non deve preoccupare quando il paziente è in fase terminale

- A: sono fortemente contrario

- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

26. Mi sentirei a disagio se, entrando nella stanza di un paziente terminale, lo trovassi a piangere

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

27. Al paziente terminale bisognerebbe dare risposte sincere circa le sue condizioni

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

28. Preparare le famiglie alla morte e al morire non è responsabilità del personale che assiste il paziente

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

29. I familiari che sono vicini al paziente terminale spesso interferiscono con il lavoro degli operatori sanitari

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo

30. Il personale di assistenza può aiutare i pazienti a prepararsi alla morte (aiutare a portare a termine atti per lui importanti, aiutare a compiere riti religiosi o a pregare secondo il suo culto ecc.)

- A: sono fortemente contrario
- B: sono contrario
- C: non so
- D: sono d'accordo
- E: sono decisamente d'accordo