

IL CORE CURRICULUM DELL'INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE

IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE



IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE

**Il core curriculum
dell'infermiere**



INTRODUZIONE

IL Core Curriculum dell'Infermiere per le Cure Palliative

di Adriana Turriziani
Presidente SICP

Le Cure Palliative si propongono come un processo terapeutico finalizzato non solo al controllo dei sintomi, ma, soprattutto, alla difesa e al recupero della migliore qualità di vita possibile, attuando interventi terapeutici mirati a coinvolgere anche la sfera psicologica, sociale e spirituale.

Oggi, in buona parte del nostro Paese, sono presenti numerose Unità di Cure Palliative sia come Hospice sia come Cure Domiciliari, ma è ancora lontana una vera e capillare rete trasversale fra ospedale e territorio, oltre che per le cure a domicilio.

La sfida dei prossimi anni sarà quella di fare dialogare in modo ottimale i nodi della rete, garantendo la continuità di cura, di relazione e di informazione, affinché la dignità della persona malata possa essere tutelata e custodita nell'intero percorso di cura e assistenza.

Nell'ambito della Rete di Cure Palliative la modalità operativa per rispondere in modo unitario al bisogno del malato e della sua famiglia è il lavoro di équipe, che richiede una costante integrazione professionale tra medici palliativisti, infermieri palliativisti, medici di medicina

generale, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, OSS, volontari

La Società Italiana di Cure Palliative (SICP), a due anni dalla legge 38/10, ritiene che ci sia ancora molta strada da percorrere, prima di tutto nella cultura e nell'educazione in questa disciplina medica, sia da parte di chi la esercita sia da quella di coloro che ne fruiscono.

La formazione in Cure Palliative rimane ancora uno dei capitoli da sviluppare in Medicina, tanto che il Consiglio Direttivo SICP considera di grande rilevanza tale progetto, soprattutto in questo momento storico.

La SICP ha nominato una commissione composta da infermieri esperti in Cure Palliative ed esperti di formazione infermieristica per definire un Core Curriculum facilitante lo sviluppo di programmi formativi locali/nazionali basati su competenze fondamentali specificatamente individuate.

La commissione ha lavorato sui profili dell'infermiere palliativista analizzando le competenze descritte nei principali Core Curriculum/Competencies disponibili in letteratura, per valutarne le affinità con il nostro contesto e sviluppare una proposta di core curriculum italiano aderente ai bisogni di salute, professionalità e di sviluppo scientifico.

La teoria ispiratrice è la Teoria del nursing umanistico (Humanistic Nursing Theory Josephine Paterson and Loretta Zderad PhD, RN). Le competenze individuate e riconosciute come core della formazione infermieristica fanno riferimento a Progetto Tuning Educational Structures in Europe e vengono declinate nel contesto specifico delle Cure Palliative:

- ▶ Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere in Cure Palliative
- ▶ Competenze associate al processo decisionale clinico volte ad assicurare la qualità di vita dei pazienti e delle famiglie in Cure Palliative, nel fine vita e nel lutto
- ▶ Competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale ai pazienti e alle famiglie in Cure Palliative, nel fine vita e nel lutto
- ▶ Competenze comunicative
- ▶ Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo

Il gruppo ha lavorato con tenacia per il conseguimento del risultato che vuole essere una proposta e uno strumento di lavoro per condividere saperi, ampliare le conoscenze, le abilità,

le competenze relazionali e comunicative dei professionisti che operano in ambito socio-sanitario.

Le metodologie didattiche indicate nel documento sono coerenti con quanto previsto dalla letteratura scientifica.

Il *Core Curriculum* proposto si integrerà con i “*core curricula*” di tutte le altre figure professionali coinvolte, quali il medico palliativista, i medici di medicina generale, gli psicologi, i fisioterapisti, gli assistenti sociali, gli operatori socio-sanitari, i volontari, gli assistenti familiari, che la SICP sta realizzando.

Siamo sicuri che questo documento rappresenterà un irrinunciabile strumento di coerenza nella programmazione didattica nel campo delle Cure Palliative e contribuirà a definire i contenuti e percorsi formativi più idonei a garantire qualità in futuro.

Annalisa Silvestro

Presidente Federazione Nazionale IPASVI

Con molto piacere saluto la nascita di questo documento che potrà guidare lo sviluppo della formazione infermieristica in Cure Palliative in Italia.

Le Cure Palliative stanno crescendo nel nostro Paese grazie all'impulso della recente normativa e alla promozione culturale offerta dalla SICP, Società Scientifica multidisciplinare che già con l'impostazione utilizzata esprime un rilevante valore aggiunto.

Infermieristica e Cure Palliative hanno in comune la stessa filosofia della cura: il *caring*. Entrambe intendono il curare e l'assistere secondo il concetto del "prendersi cura della persona nella sua globalità e autonomia"; entrambe riconoscono l'importanza della relazione terapeutica e praticano la interdisciplinarietà.

Le Cure Palliative rappresentano un modello per il mondo sanitario perché muovono verso la ricomposizione della frammentazione conseguente all'iperspecializzazione, adottando il paradigma bio-psico-sociale e spirituale. Così l'attenzione è sistematicamente focalizzata sulla persona piuttosto che sulla malattia.

Il Core Curriculum dell'Infermiere per le Cure Palliative si evidenzia sia come modello di implementazione delle competenze infermieristiche, sia come esempio per articolare i futuri percorsi di carriera.

Infatti:

- é definito sulla base dei bisogni degli assistiti e delle famiglie,
- utilizza linee formative internazionali (Tuning nursing educational e European Association for Palliative Care),
- é impostato in coerenza con i percorsi delineati dal recente decreto del 4 aprile 2012 sui Master di I e II livello,
- supera con chiarezza le logiche mansionariali,
- é articolato sui 3 livelli dell'EAPC: base, avanzato, specialistico.

Infermieri e Cure Palliative: una formazione specifica per un'assistenza ricca di valori, competenze e integrata cultura professionale.

"Tu sei importante perché sei tu e sei importante fino alla fine"

Cicely Saunders

Indice

PREMESSA	10
Il percorso di costruzione del Core Curriculum	11
La ricerca della pertinenza	13
Cure Palliative in Italia	13
Il profilo dell'Infermiere Palliativista	14
I valori di riferimento	15
I valori del Nursing Umanistico	19
Le competenze come elementi strutturanti il Core Curriculum	20
IL CONTRIBUTO DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE ALLA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI	22
La dimensione interprofessionale del Core Curriculum	23
Metodologie didattiche e Tirocini	24
LA "MAPPA" DELLE COMPETENZE	26
1 - Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere in Cure Palliative	26
2 - Competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico volto ad assicurare qualità di vita in Cure Palliative	30
3 - Competenze associate all'uso appropriato d'interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale in Cure Palliative	34
4 - Competenze comunicative e interpersonali in Cure Palliative	38
5 - Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo in Cure Palliative	40
Il consenso della comunità professionale	42
I livelli delle competenze	43
Bibliografia	48

“Le Cure Palliative rappresentano una rivoluzione: le priorità vengono capovolte, perché si tratta di privilegiare la qualità della vita che resta da vivere (...). Questo richiede da parte dei medici e degli infermieri di attribuire più importanza all’ “essere” che non al “fare”, cosa che può avvenire solo se accettano serenamente i loro limiti e riconsiderano la morte come quel fattore ineluttabile su cui si fonda la vita. È solo a questa condizione che costoro, anziché combattere contro un nemico che non è tale, si potranno rendere disponibili ad accompagnare i loro pazienti nell’ultimo tratto del cammino (...). Se riusciremo a modificare le condizioni della persona malata, anche per piccole cose, in modo che essa riesca a dare un senso e a chiamare vita anche la situazione di malattia avanzata, avremo raggiunto il più ambizioso dei nostri traguardi (...). Perché si può non morire prima di morire, ed entrare da vivi nella morte.”

Marie De Hennezel, Psicologa e Psicoterapeuta

PREMESSA

Il Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative (CCICP) nasce come risposta all’esigenza di formazione specifica degli Infermieri che svolgono, o si troveranno a svolgere, la loro attività professionale nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, della Rete delle Cure Palliative. Tale necessità, riconosciuta e sancita dalla legge 38/2010, ha sollecitato la SICP ad elaborare un documento di discussione sul core della formazione in Cure Palliative con lo scopo ultimo di accelerare lo sviluppo culturale e professionale degli Infermieri Palliativisti attraverso esperienze di formazione pianificate e coerenti con le necessità di cura delle persone assistite e delle loro famiglie.

A tal fine, la SICP ha nominato un gruppo di lavoro multiprofessionale, con una presenza qualificata di Infermieri esperti in Cure Palliative e in formazione, per definire un Core Curriculum di riferimento per lo sviluppo di programmi formativi locali o nazionali basati su competenze ritenute essenziali. *“Il core, o la parte universalmente ritenuta essenziale, componente di un qualsiasi cosiddetto Core Curriculum, deve fornire insegnamenti comuni, vale a dire una formazione comune per tutti gli studenti. Cioè costituisce la parte del Curriculum che insegna i concetti comuni, abilità ed attitudini, necessarie a tutti gli individui per uno svolgimento funzionalmente efficace della professione”*

Nei paragrafi che seguono è descritto il percorso che ha consentito la redazione del Core Curriculum quale strumento su cui costruire l’omogeneità e la riconoscibilità della professionalità infermieristica nel settore delle Cure Palliative.

Il percorso di costruzione del Core Curriculum

Coordinamento gruppo di lavoro: Annamaria Marzi, Consigliere SICP, Responsabile Hospice “Madonna dell’Uliveto” - Reggio Emilia.

Board scientifico di esperti e Gruppo di lavoro ristretto:

- ▶ Maria Grazia De Marinis, Professore Associato di Scienze Infermieristiche - Università Campus Bio-medico di Roma
- ▶ Catia Franceschini, Infermiera Dirigente Fondazione Hospice Seràgnoli - Bologna
- ▶ Eugenia Malinverni, Coordinatrice SICP Sezione Piemonte Responsabile Hospice “Anemos” - Torino
- ▶ Chiara Mastroianni, Infermiera responsabile formazione e ricerca ANTEA - Roma
- ▶ Chiara Pecorini, Esperta in formazione - Pisa
- ▶ Cesarina Prandi, Infermiera Formatrice, dottoranda in Scienze Infermieristiche - Torino

Gruppo di lavoro allargato: contributi scientifici

- ▶ Giuseppe Baiguini, Infermiere Coordinatore Hospice Floriani Istituto Tumori - Milano
- ▶ Gianluca Catania, Infermiere ricercatore Istituto Tumori Genova dottorando in Scienze Infermieristiche - Genova
- ▶ Stefano Limardi, Infermiere dottorando in Scienze Infermieristiche - Cuneo
- ▶ Silvana Selmi, Referente Psicologi SICP - Rovereto (TN).
- ▶ Adriana Turriziani, Presidente SICP - Roma.
- ▶ Danila Valenti, Vice Presidente SICP - Bologna.

Esperti consultati

- ▶ Micaela Lo Russo, Infermiera Formatrice - Brescia
- ▶ Federica Fabbrini, Infermiera Coordinatrice - Firenze
- ▶ Rita Marson, Infermiera Responsabile formazione Hospice Via di Natale - Aviano (PN)
- ▶ Marta Bottino, Infermiera referente formazione Hospice Gigi Ghirotti - Genova
- ▶ Luz Piedad Osorio, Infermiera responsabile formazione ADVAR - Treviso
- ▶ Nicoletta Crosignani, Infermiera Coordinatrice Hospice - Piacenza
- ▶ Corinna Balatti, Infermiera Coordinatrice Cure Palliative Domiciliari - Lecco
- ▶ Roberta Romani, Infermiera Coordinatrice Hospice PAT - Milano
- ▶ Giuseppe Intravaia, Infermiere Coordinatore - Palermo
- ▶ Gianlorenzo Scaccabarozzi, Segretario SICP - Merate (LC)
- ▶ Giovanni Zaninetta, Past- President SICP - Brescia
- ▶ Luciano Orsi, Direttore RIPC - Mantova

Consiglieri del Direttivo Nazionale della SICP:

Roberto Bortolussi, Franco De Conno, Maurizio Mannocci Galeotti, Luca Moroni, Carlo Peruselli, Giorgio Trizzino

- ▶ Due Infermieri proposti dal Coordinatore di ciascuna Sezione Regionale SICP
- ▶ Coordinatori delle Sezioni Regionali della SICP.

Abruzzo: Valeria Ballarini
Basilicata: Gianvito Corona
Calabria: Francesco Polimeni
Campania: Luigi Leopaldi – Corrispondente regionale
Emilia Romagna: Cristina Pittureri
Friuli Venezia Giulia: Anna Luisa Frigo
Lazio: Italo Penco
Liguria: Luca Manfredini
Lombardia: Furio Zucco
Marche: Giampiero Silenzi
Molise: Carmine Travaglini – Corrispondente regionale
Piemonte: Eugenia Malinverni
Puglia: Antonio Conversano
Sardegna: Chiara Musio
Sicilia: Veruska Costanzo
Toscana: Bruno Mazzocchi
Umbria: Manlio Lucentini
Veneto: Gino Gobber
Trentino Alto Adige: Massimo Bernardo
Valle D'Aosta: Marco Musi – Corrispondente regionale

Redazione del documento:

Maria Grazia De Marinis, Professore Associato di Scienze Infermieristiche
Annamaria Marzi, Consigliere Nazionale SICP
Chiara Pecorini, Esperta in Formazione

Fasi e *timing* di lavoro

- ▶ 20 dicembre 2011: Consiglio Direttivo SICP: l'attivazione del progetto Core Curriculum dell'Infermiere in Cure Palliative (CCICP) e individuazione dei componenti
- ▶ 7 febbraio 2012: 1° incontro del Board Scientifico di esperti e Gruppo di lavoro allargato per impostazione metodologica, cronogramma e distribuzione compiti
- ▶ 16 febbraio 2012: Presentazione del Progetto in Direttivo Nazionale
- ▶ 9-10 marzo 2012: Elaborazione dopo il mese di prima Bozza del documento da parte del gruppo di lavoro ristretto
- ▶ 29 marzo 2012: Invio della bozza ai Componenti del gruppo allargato e al Consiglio Direttivo con richiesta di proposte di modifica e integrazione del documento (su format)
- ▶ 20 aprile 2012: Prima discussione delle proposte interna ai Componenti del gruppo ristretto CCICP
- ▶ 3 maggio 2012: Incontro di revisione, completamento introduzione e griglia competenze
- ▶ 24 maggio 2012: Incontro gruppo ristretto per revisione livelli di competenza
- ▶ 3 luglio 2012: Incontro gruppo allargato per revisione introduzione e livelli di competenza
- ▶ 18-24 luglio 2012: Invio mail di proposte di modifica e integrazione del documento (su format)

- ▶ 25 luglio - 31 luglio 2012: Redazione del documento da parte di DeMarinis - Marzi - Pecorini
- ▶ 2 agosto 2012: Invio del questionario per la valutazione dei livelli di competenza ai Componenti del Consiglio Direttivo, ai Coordinatori Regionali della SICP per coinvolgimento di almeno 2 infermieri esperti per Regione, ai Docenti del SSD Med/45, con richiesta di restituzione entro il 10 settembre 2012
- ▶ 9 - 12 ottobre 2012 Congresso Naz. SICP Torino: raccolta di altri questionari di consenso
- ▶ Fine ottobre 2012: rielaborazione definitiva del CCICP

La ricerca della pertinenza

La costruzione del CCICP si è basata sul presupposto che la formazione dei professionisti della salute debba essere finalizzata all'acquisizione di competenze specificatamente orientate ad affrontare e gestire i problemi di salute della popolazione e ad avere un impatto positivo su tutti i fattori che li condizionano.

Pertanto nella prima fase di lavoro, la commissione ha lavorato su due principali linee di approfondimento: la prima relativa alle esperienze e ai dati di realtà delle Cure Palliative in Italia, per evidenziare la domanda di formazione che scaturisce da un contesto in rapido sviluppo scientifico ed organizzativo; la seconda relativa al profilo dell'Infermiere Palliativista così come emerge dalle competenze descritte nei principali Core Curriculum/Competence disponibili in letteratura, per valutarne le affinità con il nostro contesto e sviluppare una proposta aderente ai bisogni di salute e di professionalità del nostro Paese.

Cure Palliative in Italia

In Italia muoiono ogni anno oltre 168.000 persone per malattia neoplastica, (Istat, 2009) che resta la prima causa di morte nella popolazione maschile. Circa il 90% di queste persone richiederà Cure Palliative. Inoltre, poiché la stima dei malati bisognosi di Cure Palliative va estesa anche a tutte le persone affette da malattie non neoplastiche ad andamento cronico-evolutivo, si calcola un numero annuo di potenziali utenti di circa 250.000 persone. Per quanto riguarda il sintomo dolore, si stima che dal 53% al 90% dei malati oncologici, in tutte le fasi di malattia ne sia affetto.

Dalla fine degli anni 90 al 2010, in Italia, sono state approvate una serie di norme che hanno permesso alle Cure Palliative di svilupparsi su tutto il territorio nazionale. La Legge 38/2010 afferma il diritto alla miglior qualità di vita che va garantito a tutte le persone affette da patologie ad andamento cronico-evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate/inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia stessa o di un prolungamento significativo della vita, e a tutte le persone affette da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa. La rete assistenziale consente al paziente ed alla famiglia di essere curati a casa, che è il luogo privilegiato e preferito dalla maggior parte dei malati e dei nuclei familiari, o negli Hospice, strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero di coloro che non sono assistibili presso la propria abitazione. I servizi della Rete di Cure Palliative rispondono ai bisogni di cura di tutta la

persona, inclusi i suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, spirituali. Le necessità dei pazienti sono principalmente correlabili a sintomi quali: dolore, astenia, sonnolenza, nausea, mancanza di appetito, dispnea, depressione, ansia, malessere generalizzato, stipsi. Particolare attenzione è dedicata al dolore, sintomo trasversale e frequente interpretabile non solo nella sua componente fisica, ma nell'accezione più ampia di *dolore globale*, per l'importante impatto che produce sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Le Cure Palliative riconoscono come unità di cura la persona malata e la sua famiglia. Le famiglie richiedono di essere "accompagnate" con interventi informativi, relazionali ed educativi durante il percorso di "caring" e desiderano ricevere informazioni puntuali sul significato delle trasformazioni fisiche del proprio caro e sul piano di cure previste. Rendere disponibili e accessibili queste forme di supporto, contribuisce a diminuire la chiusura e l'isolamento della famiglia nel periodo della malattia e del lutto, con un miglioramento dell'empowerment e delle capacità decisionali.

Per rispondere a bisogni così complessi, le Cure Palliative riconoscono l'importanza dell'approccio collaborativo interprofessionale. Higginson e il suo gruppo, hanno rilevato che la collaborazione interprofessionale può avere un effetto positivo sulle esperienze delle persone nel fine vita, così come uno studio di Leung suggerisce che le persone possono essere meglio assistite nel fine vita, se hanno il supporto di un team interprofessionale con esperienza specifica in Cure Palliative.

Il profilo dell'Infermiere Palliativista

Il primo problema da affrontare nell'organizzazione di un Core Curriculum è la risposta alla domanda: chi sarà e cosa dovrà fare il professionista da formare? Intorno a questo quesito si strutturano le competenze attese dai corsi di formazione e gli stessi profili professionali di riferimento.

Dall'analisi delle più rilevanti esperienze nazionali e internazionali, emerge che per l'Infermiere Palliativista è prevista una formazione diversificata secondo i livelli di responsabilità richiesti dalla complessità assistenziale e dal numero dei pazienti assistiti. In particolar modo le linee guida dell'EAPC descrivono tre livelli di formazione infermieristica nel campo delle Cure Palliative, corrispondenti a tre diversi livelli di esposizione professionale:

- ▶ Livello A (formazione di base): studenti afferenti ai corsi di laurea e professionisti sanitari qualificati, che lavorano in ambito dell'assistenza generale che possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo;
- ▶ Livello B (post laurea): 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". Professionisti sanitari qualificati che affrontano spesso situazioni di Cure Palliative (oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria);
- ▶ Livello C (avanzata, post laurea): professionisti sanitari qualificati responsabili di unità di Cure Palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscano attivamente alla formazione e alla ricerca in Cure Palliative.

L'Infermiere Palliativista è colui che risponde alle esigenze di cura delle persone – e delle loro famiglie – affette da patologie ad andamento cronico-evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento significativo della vita. Per questo è prevista la sua collocazione in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella Rete per le Cure Palliative. Le sue funzioni si esprimono attraverso l'acquisizione di un'alta padronanza di cinque fondamentali ordini di competenze, tra loro ben articolati:

1. Competenze etiche: finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili e controverse dell'assistenza in Cure Palliative.
2. Competenze cliniche: per appropriati ed efficaci interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia evolutiva.
3. Competenze comunicativo-relazionali: finalizzate ad un'assistenza rispettosa dell'unicità, della dignità e della volontà della persona assistita e della famiglia.
4. Competenze psicosociali: per un'assistenza attenta ed efficace alla globalità dei bisogni espressi.
5. Competenze di lavoro in équipe: per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali.

Le suddette competenze sono rintracciabili in tutti i Core Curriculum/Competencies internazionali e vengono, di volta in volta, declinate in obiettivi formativi o risultati di apprendimento o in contenuti dell'insegnamento. Esse formano la base del corpo di conoscenze, di abilità e di attitudini necessarie alla cura delle persone in fase avanzata di malattia e delle loro famiglie. I modelli di formazione ed organizzazione del sapere, diversi da paese a paese, rispecchiano le specificità culturali e professionali dei differenti contesti di riferimento.

I valori di riferimento

Nello sviluppo del Core Curriculum, la commissione di esperti ha voluto sottolineare che la semplice descrizione delle azioni da svolgere non è espressione sufficiente della competenza. Oltre alle conoscenze ed alle abilità, tecniche e metodologiche il curriculum deve esprimere l'enorme ricchezza di valori a cui gli Infermieri si ispirano per dirigere le loro azioni professionali. Alle competenze non deve essere attribuito un significato neutro da un punto di vista valoriale (semplici azioni da svolgere), ad esse si deve accordare un'importante funzione di crescita e maturazione personale; devono descrivere anche i processi profondi che rendono gli Infermieri capaci di attribuire un orizzonte di senso e di motivazione a tutte le azioni di cura.

Per questo si è fatto innanzitutto esplicito riferimento alla filosofia delle Cure Palliative, rintracciabile nelle più autorevoli definizioni (vedi tabella a pagina 16), i cui principi possono essere così sintetizzati:

- ▶ Il fine ultimo è quello di migliorare la qualità di vita della persona nella sua accezione più ampia, attraverso il sollievo dalla sofferenza e l'accompagnamento del malato e della famiglia verso l'accettazione della inguaribilità della malattia.
- ▶ Le Cure Palliative rispettano la vita, la libertà e la dignità della persona; richiedono modalità

di relazione di volta in volta diversificate; sono orientate a tutte le dimensioni della sofferenza della persona assistita; si realizzano anche attraverso il rapporto con la famiglia e con il mondo contestuale.

TABELLA - DEFINIZIONI NAZIONALI e INTERNAZIONALI

“Le Cure Palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell’identificazione precoce, dell’approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali” (OMS, 2002.)

“Le Cure Palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione”. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. 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” (EAPC).

“Destinatari delle CP sono i pazienti affetti da malattia evolutiva irreversibile, di cui la morte è una diretta conseguenza, quando le cure specifiche non trovano più una indicazione o quando i pazienti stessi, consapevoli della loro situazione, lo richiedono. Le CP sono tutte le cure destinate a migliorare la qualità di vita o non orientate a controllare il processo evolutivo della malattia. Le CP affermano la vita e considerano il morire come un processo naturale non affrettano né pospongono la morte, offrono sollievo del dolore e degli altri sintomi disturbanti integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura del paziente offrono un sostegno ai pazienti per consentir loro di vivere il più attivamente possibile fino alla morte offrono un sostegno alla famiglia per affrontare la malattia e il lutto (Ministero della Salute.)

La legge italiana intende per «Cure Palliative»:

“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”. (L.38/2010)

Le competenze dell’Infermiere Palliativista sono ulteriormente alimentate dallo straordinario incontro delle Cure Palliative con l’Infermieristica i cui rispettivi valori, che strutturano pensiero ed azione, sono tenuti insieme dalla comune sensibilità e consapevolezza dell’unità e dell’unicità della persona assistita e del valore della sua dignità, anche nel momento della morte. Alcuni articoli del Codice Deontologico (Tabella a pagina 17) dell’Infermiere richiamano con forte evidenza i principi di rispetto per la dignità e l’individualità di ogni paziente, la necessità del conforto e sollievo dal dolore, la relazione terapeutica come strumento per la ricerca di significato e di valore nella vita, il supporto alla famiglia: sono gli stessi principi delle Cure Palliative.

Codice deontologico dell'Infermiere (2009)

Art.3 La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Art.6 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Art.8 L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

Art.14 L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Art.16 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Art.20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) - 2002

Le Cure Palliative comprendono la cura (il caring) di tutta la persona, inclusi i suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, spirituali.

- ▶ Assicurano che l'assistenza sia rispettosa della dignità umana.
- ▶ Supportano il vivere in maniera significativa come definito dal singolo.
- ▶ Modulano la pianificazione della cura per raggiungere gli obiettivi individuali dell'assistenza.
- ▶ Riconoscono l'individuo con malattia potenzialmente mortale e la sua famiglia come unità di cura.
- ▶ Supportano la famiglia nell'affrontare la perdita e il dolore durante la malattia e il lutto.
- ▶ Rispettano i valori personali, culturali e religiosi degli individui, le credenze e le pratiche nell'erogazione delle cure.
- ▶ Valorizzano i principi etici di autonomia, di beneficenza, di non maleficenza, di giustizia, di sincerità e di riservatezza.
- ▶ Riconoscono l'individuo come persona autonoma, che ha diritto alle cure di fine vita e di prendere decisioni riguardo alla sua cura, nella misura in cui lo desidera.
- ▶ Riconoscono l'importanza di un approccio collaborativo interprofessionale del team di cura e anche gli sforzi dei

Art.32 L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Art.35 L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Art.36 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art.37 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Art.38 L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato

Art.40 L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

non sanitari (ad es. volontari, guide spirituali).

European Association for Palliative Care

“Le Cure Palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.

Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.

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” .

La storia stessa di Cicely Saunders, riconosciuta come colei che fondò il movimento degli Hospice e che per prima ne diffuse nel mondo la filosofia, fa pensare che le Cure Palliative devono un importante contributo fondante all'Infermieristica: la Saunders fu prima di tutto un'infermiera, che visse e sentì profondamente i valori fondamentali della sua professione.

Nel definire i fondamenti valoriali del Core Curriculum, si è fatto esplicito riferimento ai presupposti, ai significati e ai valori dell'Infermieristica ed in particolare del Nursing umanistico i cui concetti hanno trovato applicabilità nell'assistenza in Cure Palliative, come descritto nel recente articolo di Hung-Lan Wu e Deborah L. Volker *“Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care”*.

I valori del Nursing Umanistico

Il Nursing Umanistico, definito “un’immagine articolata dell’esperienza”, da Josephine Paterson e Loretta Zderad, trasmette un umanesimo che non è per nulla superficiale, ma profondamente radicato nella filosofia esistenzialista per la quale lo studio di un fenomeno umano, come l’assistenza, non può essere considerato al di fuori di un’analisi del contesto esperienziale dell’uomo stesso. Il Nursing è quindi una riflessione contestuale sulla teoria e sulla pratica le quali, non potendo esistere separatamente in quanto l’una presupposto dell’altra, sono ugualmente presenti nel metodo che guida l’incontro con il paziente.

Il Nursing Umanistico si basa su alcuni concetti “core” ritenuti rilevanti per l’assistenza infermieristica in ambito palliativo:

- ▶ Ciascuna persona (paziente – infermiere) ha valore unico e irripetibile e riconosce la singolarità anche della persona “altra” (Unique – Otherness). Questa parte essenziale ed individuale della nostra identità, ci consente di costruire una particolare visione della vita con la quale sentire, ascoltare, provare, percepire il mondo e di attribuire un significato ed un senso alla nostra vita. Nelle Cure Palliative, il riconoscimento del valore di ogni persona passa attraverso la considerazione profonda del modo, unico ed irripetibile, di ogni paziente di affrontare la malattia e la fine della propria vita. Anche l’Infermiere è persona unica ed irripetibile. Il suo modo di interagire con pazienti, famiglie e colleghi è dettato da una continua introspezione e riflessione sulle esperienze assistenziali. Il cammino verso una maggiore consapevolezza di sé e dell’altro, aiuta l’Infermiere nella ricerca di senso da attribuire al proprio lavoro in rapporto al proprio progetto di vita.
- ▶ Ogni persona (paziente – infermiere) è libera e responsabile nella molteplicità delle scelte che affronta nei contesti in cui si trova (Moreness – Choice). Attraverso l’autoriflessione gli individui hanno la possibilità di avvalersi della propria esperienza per comprendere meglio se stessi e gli altri ed acquisire una migliore consapevolezza nelle proprie scelte individuali. Nelle Cure Palliative l’autoriflessione sulle esperienze del fine vita diventa, per pazienti ed infermieri, condizione di progettualità esistenziale per essere ciò che si può e si vuole nei diversi contesti di cura, senza sostituirsi all’altro nell’assunzione delle proprie responsabilità e nelle proprie capacità di scelta.
- ▶ L’Infermiere risponde tempestivamente mediante la sua presenza e con una proposta assistenziale originale, unica e personalizzata ad una richiesta di cura originale, unica e personale del paziente (Call – and - Response). L’assistenza infermieristica è cura autentica, ovvero adeguata alla natura unica di ogni paziente e si realizza ricorrendo alla mobilitazione delle capacità e delle risorse che il paziente conserva dentro di sé.
- ▶ Allo stesso tempo, l’assistenza richiede agli Infermieri di prendersi cura di se stessi, riconoscendo, rispettando e sviluppando le proprie caratteristiche. La “cura” è anche benessere e realizzazione delle proprie qualità: è dunque un “esserci” per sé che consente un “fare” anche per gli altri (Being and Doing). L’apertura e la disponibilità dell’infermiere si rivela

come una “presenza” che costituisce un potente intervento per garantire assistenza di qualità in Cure Palliative. Prendersi cura è prima di tutto un “esserci” e solo dopo un “fare” per gli altri. In Cure Palliative è riconosciuta l'importanza di accompagnare stando accanto, in ascolto empatico, con l'attenzione alle piccole cose anche se non c'è molto da fare.

- ▶ Ogni Persona si definisce “nell'incontro” con l'altro (Intersubjective Transaction) La persona assistita e l'Infermiere si incontrano per affrontare la sofferenza e tracciare nuove vie all'esistenza di ciascuno. Questo incontro fa del Nursing lo spazio ed il tempo della cura, dove concretamente si può dare vita ad un progetto che è espressione combinata della volontà e della personalità di entrambi. La presenza, in Cure Palliative, è una qualità difficile da affinare ed esige un'attitudine alla ricettività, una pronta e disponibile apertura all'altro. L'apertura e la disponibilità rivelano la nostra “presenza” agli altri e garantiscono un alto livello di qualità assistenziale. Anche in assenza di parole, vi è nell'assistenza un continuo e costante dialogo fatto di “azioni transazionali, consequenziali e simultanee” che hanno la caratteristica dell'immediatezza e che rendono possibile l'attenzione contestuale “all'aspetto soggettivo ed oggettivo di una situazione vissuta simultaneamente”.
- ▶ La Persona è un essere sociale radicato nella sua rete di relazioni (Community). Il concetto di Comunità comprende l'insieme di relazioni di cui nessuno può fare a meno, soprattutto nei momenti di maggiore fragilità. L'assistenza in équipe multidisciplinare e la Rete di Cure Palliative si offre come possibilità di sostenere il fine vita in un contesto di relazioni che crea il senso di appartenenza e rompe quello della solitudine, anche nella morte, in una tensione costante tra l'appartenere e l'appartenersi.

Le competenze come elementi strutturanti il Core Curriculum

Nello sviluppo del Core Curriculum si è fatto riferimento alla “formazione per competenze” che ha ispirato la trasformazione dei modelli educativi europei degli ultimi anni ed è sostenuta da due tipi di istanze, in particolare:

1. quelle derivate dallo sviluppo delle teorie del cognitivismo e del costruttivismo in campo pedagogico in cui l'apprendimento viene inteso come: processo costruttivo (ricostruzione di quanto il soggetto già conosce e di rielaborazione degli schemi mentali e delle conoscenze pregresse), socio-culturale (il contesto relazionale e culturale gioca un ruolo fondamentale nel processo di costruzione della conoscenza), situato (l'apprendimento è ancoramento al contesto e al contenuto specifico delle attività che lo generano);
2. quelle derivate dalla diversa concezione del lavoro e dalle nuove esigenze del mercato, caratterizzate da necessità di flessibilità e mobilità, assieme alla capacità di risolvere problemi complessi e poco definiti che prescindono da specifici contesti organizzativi.

Le competenze sono considerate veri e propri elementi organizzatori del curriculum e costituiscono la logica unificante degli apprendimenti, delle strategie didattiche, dei contenuti disciplinari e delle modalità valutative dei nuovi percorsi formativi.

La competenza è stata definita in diversi ambiti disciplinari ed assume le connotazioni proprie dei contesti e delle culture in cui è utilizzata. Tra le tante definizioni possibili, citiamo quella proposta dal modello di Spencer e Spencer che sembra avere caratteristiche applicabili al contesto della formazione universitaria e consente di scomporre le competenze in conoscenze ed abilità acquisibili, rendendole di più facile utilizzo per la progettazione curricolare. Spencer e Spencer definiscono le competenze come caratteristiche intrinseche individuali collegate a performance efficaci e/o superiori in una mansione o in una situazione, misurate in base a un criterio pre-stabilito. Le caratteristiche intrinseche individuali sono distinte in: motivazioni, tratti, immagine di sé, atteggiamenti conoscenze e capacità. Contrariamente a conoscenze e capacità, le motivazioni, i tratti e le immagini di sé e gli atteggiamenti sono difficili da valutare e da sviluppare in quanto "profonde" e "intime"; tuttavia, sono proprio esse a predire la capacità, l'azione, il comportamento che, a sua volta, ne annunciano il risultato o la performance.

In campo medico, la "Competency-Based-Medical-Education" (CBME) è ritenuta un tema di grande attualità e interesse, come dimostrato dall'aumento delle pubblicazioni, dalle numerose conferenze internazionali e dall'incremento di progetti sperimentali nel campo della Medical Education. La CBME è considerata un importante orientamento di riforma degli studi medici grazie alle seguenti caratteristiche: è focalizzata sui risultati; pone enfasi non solo sulle conoscenze, ma anche sulle abilità, sugli atteggiamenti e sulla loro sintesi in comportamenti osservabili; considera il tempo una risorsa per l'apprendimento; è centrata sullo studente che diventa soggetto attivo della formazione. Nella formazione continua in sanità da tempo si sta sviluppando questo approccio e se ne auspica la diffusione in tutto il sistema.

I decreti attuativi del DM 270/04 affermano quanto segue: *"nel definire gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea, le Università specificano gli obiettivi formativi in termini di risultato di apprendimento attesi, con riferimento al sistema dei descrittori adottato in sede europea"*. (art. 3 comma 7).

Pertanto con l'istituzione di Master in Cure Palliative sancita dalle legge 38/10, si è ritenuto necessario fornire alle Università uno strumento che possa contribuire a "sintonizzare" i risultati di apprendimento e le competenze acquisibili nei Master di prossima attivazione, pur lasciando alle singole sedi formative la necessaria flessibilità e autonomia nella costruzione dei piani di studio.

UN MODELLO DI COMPETENZA INFERMIERISTICA

Poiché le competenze si elaborano mobilitando apprendimenti anteriori e progrediscono sviluppandoli, quelle che l'infermiere acquisisce nei corsi di formazione specifica in Cure Palliative non possono che essere l'espressione di una ri-costruzione di quanto egli già sa e di una rielaborazione degli schemi mentali e delle conoscenze pregresse in funzione del nuovo contesto di applicazione. Per questo il CCICP si pone in una visione di continuità con il curriculum universitario di laurea triennale in modo da esprimere lo sviluppo continuo e contestualizzato delle competenze acquisite già nella formazione di base.

Nella definizione del CCICP, si è fatto riferimento alle competenze individuate e riconosciute

come core della formazione infermieristica dal gruppo Progetto **Tuning Educational Structures in Europe** e validate da un punto di vista linguistico-culturale dal Centro di Eccellenza del Collegio Ipasvi di Roma.

Il Progetto Tuning Educational Structures in Europe finanziato dalla Commissione Europea dal 2000 su iniziativa di 100 Università è tra i documenti più autorevoli a cui riferirsi per implementare “la dimensione europea della formazione” promossa nel 1999 dal processo di Bologna. Tale progetto, utilizzabile da tutti i paesi che hanno aderito al processo di Bologna, serve come proposta ad uno sviluppo di risultati di apprendimento (learning outcomes) e di competenze (competences) in varie aree disciplinari, per consentire una libera circolazione dei saperi e delle competenze su tutto il territorio europeo.

Nel progetto, i risultati di apprendimento descrivono ciò che ci si aspetta lo studente debba conoscere, comprendere ed essere in grado di dimostrare alla fine di un processo di apprendimento, mentre le competenze rappresentano una combinazione dinamica di attributi cognitivi e meta-cognitivi relativi alla conoscenza e alle sue applicazioni nella pratica professionale. Pur fornendo un linguaggio comune per la definizione degli obiettivi, le competenze specifiche possono essere considerate elementi flessibili che non costituiscono un vincolo imprescindibile per lo sviluppo dei curricula.

Il documento *Tuning Educational Structures in Europe*, definisce le 40 competenze core infermieristiche, suddivise in 6 domini diversi; qui esse sono ridefinite in relazione ai problemi delle persone in fase avanzata di malattia e delle famiglie, giungendo ad una riformulazione condivisa delle competenze Tuning nel contesto specifico delle Cure Palliative italiane.

L'utilizzo delle competenze Tuning ha consentito di impostare CCICP in una visione di continuità con il Core Curriculum della laurea triennale, in cui le stesse competenze sono interpretate in un'ottica di graduale espansione ed approfondimento in relazione alla complessità delle situazioni clinico-organizzative della Rete di Cure Palliative. Il Tuning Educational Structures ha inoltre fornito un'ulteriore occasione per sollecitare gli infermieri italiani a “sintonizzarsi” con le richieste di competenza e professionalità individuate e auspiccate dalla comunità infermieristica europea. Ogni competenza è stata contrassegnata con la lettera A, B o C ad indicare i livelli diversificati di formazione, nel rispetto delle linee guida dell'EAPC.

IL CONTRIBUTO DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE ALLA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI

Per ciascuna competenza Tuning sono stati definiti obiettivi formativi funzionali al conseguimento delle stesse competenze. Gli obiettivi sono stati espressi in termini di conoscenze, abilità ed atteggiamenti e la loro formulazione è scaturita da una revisione della letteratura internazionale in una prospettiva di condivisione delle esperienze provenienti da Paesi in cui, da tempo, si persegue la qualità e l'efficienza delle Cure Palliative con la formazione specifica del personale che vi opera.

Nel costruire un CCICP capace di dialogare con i progressi scientifici e culturali delle Cure Palliative e delle Scienze Infermieristiche di altri Paesi, la prospettiva internazionale ha assunto un

valore di “sfondo” di un lavoro che ha comunque costantemente rispettato i principali vincoli di riferimento della progettazione educativa: il profilo professionale e il contesto (nell’accezione più ampia) in cui esso viene esercitato.

La commissione ha formulato gli obiettivi analizzando, sintetizzando ed aggregando, “gli obiettivi formativi/risultati di apprendimento/contenuti” elaborati negli ultimi anni dalle principali Associazioni Internazionali Infermieristiche in Cure Palliative ed ha accolto nel CCICP i contributi maggiormente identificativi ed espressivi delle competenze del modello Tuning.

Il lavoro di confronto internazionale ha permesso di definire con maggiore chiarezza e “forza” gli obiettivi formativi, ed ha confermato la coerenza tra i Core Curriculum /competence in Cure Palliative esistenti in contesti esteri con quelli provenienti dalle pregresse esperienze di formazione in Italia.

Documenti internazionali utilizzati:

- American Association of colleges of nursing (AACN) (1997) Peaceful death: recommended competencies and curricula
- Hospice and Palliative Nurse Association (HPNA) (2010) Competencies for generalist hospice and palliative care nurses;
- Hospice and Palliative Nurse Association (HPNA) (2002) Competencies for advanced practice hospice and palliative care nurses;
- Palliative Care Australia ; Canning, D., Yates, P. & Rosenberg, J.P. (2005) Competency Standards for Specialist Palliative Care Nursing Practice. Brisbane: Queensland University of Technology.
- Canadian Hospice and Palliative Care nursing. (2009) Nursing assumption and competencies;
- Ministry of Health. (2008). A National Professional Development Framework for Palliative Care Nursing in Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health
- Royal College of Nursing (2002) A framework for nurses working in specialist palliative care: Competencies Project

La dimensione interprofessionale del Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative

Nessuna professione è in grado di rispondere da sola ai bisogni di salute della popolazione. In particolar modo, nelle Cure Palliative, un’efficace gestione dei problemi assistenziali esige una comprensione globale ed integrata della realtà del paziente, possibile solo attraverso un’intenzionale combinazione di conoscenze, capacità tecniche e relazionali specifiche di ciascun

ambito professionale. Le Cure Palliative propongono a tutta la Medicina di recuperare una dimensione interpretativa dei fenomeni di salute e malattia aperta alla molteplicità dei punti di vista delle diverse discipline. Si tratta di ricomporre l'unità del paziente e della sua esperienza esistenziale attraverso la ricostruzione dell'unità del sapere, con il pieno riconoscimento dei paradigmi di riferimento di ciascun ambito professionale, in una gestione costruttiva delle differenze interpretative.

Per questo tra le competenze core dell'Infermiere Palliativista, è compreso lo sviluppo delle capacità necessarie a condividere con i membri dell'équipe, con le persone assistite e con le famiglie, decisioni e responsabilità di cura attraverso un processo di negoziazione tra i diversi punti di vista. Altrettanto centrale è lo sviluppo delle capacità di coordinare i propri interventi con quelli delle altre figure professionali coinvolte nell'assistenza, creando legami di fiducia e di conoscenza reciproca come persone e come professionisti.

Le competenze interprofessionali sono spendibili sia all'interno del team assistenziale, sia all'interno di tutta la Rete di Cure Palliative. Il CCICP, nel suo complesso, va letto ed interpretato in una logica di superamento dell'autoreferenzialità professionale; nelle Cure Palliative la relazione e la collaborazione di équipe giocano il ruolo più importante e costituiscono una sorta di "filo di Arianna" che congiunge ed armonizza le tante strade della cura per affrontare i problemi in un'ottica multidimensionale e globale, attraverso un pensiero che non separa o riduce, ma contestualizza e collega ciò che è complesso.

Per il perseguimento delle competenze interprofessionali, alle strutture formative è richiesta una piena adesione ai valori ed agli obiettivi dell'integrazione, la capacità di realizzare per gli studenti significative esperienze di apprendimento teorico-pratico interprofessionale, la disponibilità delle risorse didattiche necessarie e di un corpo docente altamente qualificato nella pratica e nell'organizzazione interprofessionale.

Metodologie didattiche e Tirocini

La definizione dei metodi didattici del CCICP deve tener conto degli attuali orientamenti psicopedagogici che attribuiscono all'apprendimento un significato costruttivo, socio-culturale e situato. Di conseguenza, il processo di apprendimento assume i seguenti caratteri:

- ▶ attivo: il discente è soggetto attivo e responsabile del suo apprendimento;
- ▶ costruttivo: le nuove conoscenze si armonizzano con il patrimonio culturale pregresso;
- ▶ collaborativo: l'apprendimento si sviluppa dentro dinamiche relazionali;
- ▶ intenzionale: il discente deve sentire il bisogno di apprendere;
- ▶ contestualizzato: l'apprendimento è situato entro compiti di realtà.

Lo stesso ambiente formativo diventa luogo di confronto e di costruzione del sapere attraverso la fruizione di una varietà di strumenti e risorse assunti dal mondo reale, basati su casi, che offrano rappresentazioni articolate della realtà, che consentano di costruire conoscenze dipen-

denti dal contesto e che favoriscano la costruzione cooperativa della conoscenza.

Un accenno particolare merita il Tirocinio nei servizi della Rete di Cure Palliative, perché costituisce l'ambito in cui si può sperimentare l'attività di cura in tutte le dimensioni significative. I servizi della Rete devono dunque essere anche contesti di apprendimento, possedere gli standard strutturali ed assistenziali che garantiscano agli infermieri, e a tutti gli operatori, una formazione specifica. Per questo devono essere strutture accreditate dal SSN e, se residenziali, assicurare un numero di ricoveri e di personale numericamente e professionalmente adeguato. Durante il Tirocinio la persona in formazione acquisisce competenza professionale, sperimentando e facendo proprio lo stile professionale, l'agire clinico: ovvero la capacità di applicare le conoscenze appropriate ad una particolare situazione, la capacità di orientarsi al paziente ed alla sua famiglia coniugando la conoscenza e la tecnica all'ascolto, all'empatia, alla risonanza affettiva. Nei diversi contesti si assumono come decisivi per la formazione, non solo gli obiettivi specifici e i contenuti previsti dai programmi teorici, ma anche le modalità con le quali i contenuti sono trasmessi, la qualità dei rapporti e dei contatti umani, le peculiarità strutturali dell'ambiente, la qualità dei docenti clinici, la tensione culturale, l'adesione esplicita del servizio agli obiettivi formativi.

Perché i servizi della Rete possano essere riconosciuti sedi formative occorre che abbiano questa fra le loro finalità e che siano realmente in grado di:

- ▶ offrire un ambiente in cui è possibile elaborare il disagio psicologico che scaturisce dal contatto con il dolore, la sofferenza e la morte;
- ▶ favorire la condivisione delle esperienze di malattia: dal vissuto emotivo all'approccio cognitivo;
- ▶ migliorare l'autocontrollo e le abilità di coping per facilitare quei comportamenti adattativi che consentono una più serena interiorizzazione degli aspetti assistenziali ;
- ▶ prevenire situazioni relazionali negative ricorrenti e aiutare le persone a prendere coscienza del proprio stile di comunicazione;
- ▶ favorire l'esplorazione delle proprie modalità di relazione interpersonale all'interno del gruppo di apprendimento;
- ▶ promuovere un esame realistico delle situazioni, cercando l'oggettività dei fatti senza escludere, dalla dimensione reale dei rapporti, la dimensione affettiva e il vissuto emotivo che ne consegue;
- ▶ aiutare ad affrontare le situazioni cliniche, organizzative e relazionali che si presentano riflettendo sull'esperienza e favorendo la condivisione di modalità efficaci per affrontare collegialmente i problemi;
- ▶ diminuire i livelli di isolamento e aumentare i sentimenti di auto efficacia (self efficacy).

Naturalmente non è una variabile indipendente la durata del tirocinio che deve essere adeguata al raggiungimento degli obiettivi formativi.

LA "MAPPA" DELLE COMPETENZE

1. Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere in Cure Palliative

Competenze	Obiettivi formativi
<p>1. Capacità di esercitare la professione in accordo con i principi etici, deontologici, giuridici riconoscendo e affrontando, in équipe, le questioni etico/morali e le situazioni cliniche difficili e controverse</p>	<p>Individua, descrive ed applica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la filosofia ed i valori fondanti del Nursing e delle Cure Palliative • la normativa in materia di Cure Palliative • i principi etico - deontologici dell'assistenza. <p>Riconosce, analizza ed affronta le questioni etico/morali nelle decisioni in Cure Palliative (es. centralità della persona assistita e della sua famiglia nel percorso di malattia, informazione/comunicazione diagnosi e prognosi, proporzionalità degli interventi, direttive anticipate, sedazione palliativa, etc.)</p> <p>Riconosce, analizza ed affronta situazioni cliniche che richiedono di assumere decisioni difficili riguardo l'appropriatezza di alcuni trattamenti in Cure Palliative.</p>
<p>2. Capacità di prendersi cura di ogni persona (infermiere, persona assistita, famiglia, componente dell'équipe), con sensibilità ed attenzione in modo globale, tollerante e non giudicante</p>	<p>Descrive e applica i principi a tutela della dignità e dell'autonomia di ogni persona.</p> <p>Favorisce la manifestazione dei bisogni.</p> <p>Valuta la globalità dei bisogni, espressi e non espressi, cogliendo i significati profondi delle narrazioni sulle esperienze di salute/malattia.</p> <p>Utilizza risposte di cura personalizzate, valorizzando le proprie capacità e quelle di ogni persona coinvolta nel progetto di cura.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>3. Capacità di prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, garantendo il rispetto dei loro diritti, delle loro credenze, del loro sistema di valori e dei loro desideri.</p>	<p>Comprende, analizza e risponde appropriatamente, in équipe e in tutti i servizi della Rete di Cure Palliative, alle diversità culturali, etniche, generazionali, di genere e di reazione alla malattia, al processo del morire, alla morte ed al lutto.</p> <p>Tutela, in équipe e in tutti i servizi della Rete, i diritti della persona assistita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ad essere considerata come persona sino alla morte; • ad essere informata sulle sue condizioni, se lo vuole; • a non essere ingannata e a ricevere risposte veritiere; • a partecipare alle decisioni che la riguardano e al rispetto della sua volontà; • al sollievo dal dolore; • a cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato; • a non subire interventi che prolunghino il morire; • ad esprimere le sue emozioni; • all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede; • alla vicinanza dei suoi cari; • a non morire nell'isolamento e in solitudine; • a morire in pace e con dignità. <p>Individua e tutela la volontà della persona assistita, tenendo conto della complessità delle decisioni in Cure Palliative.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>4. Capacità di promuovere la filosofia delle Cure Palliative a livello di singole persone, gruppi e comunità.</p>	<p>Identifica, condivide e applica i valori e il fine che ispirano modelli e servizi della Rete di Cure Palliative.</p> <p>Comprende ed utilizza le strategie educative e comunicative per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riconoscere la disponibilità, la ricettività, i bisogni e i pregiudizi di individui, gruppi e comunità • diffondere ed implementare la cultura delle Cure Palliative degli individui, gruppi e comunità
<p>5. Capacità di fornire orientamento e consulenza .</p>	<p>Identifica e applica le strategie comunicative adatte per informare i cittadini e gli operatori sulla Rete di Cure Palliative, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture e sulle modalità di accesso all'assistenza erogata dalla Rete.</p> <p>Identifica e applica, in équipe e in tutti i servizi della Rete, le strategie di orientamento/consulenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per garantire la partecipazione consapevole della persona assistita e della sua famiglia nella scelta delle cure e dei luoghi di cura. • per aiutare la persona assistita e la sua famiglia ad acquisire e mantenere il controllo sulle proprie scelte
<p>6. Capacità di favorire l'interazione e l'integrazione tra i diversi professionisti e tra i diversi setting di cura, per influire positivamente sulla continuità assistenziale</p>	<p>Valuta e risponde, in équipe, ai bisogni assistenziali della persona assistita e della sua famiglia lungo il continuum della malattia.</p> <p>Identifica i ruoli professionali specifici e favorisce l'interazione e l'integrazione per la presa in carico della persona assistita e della sua famiglia nella Rete di Cure Palliative.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
	<p>Conosce e sa attivare le diverse strutture nelle quali si articola la Rete di Cure Palliative, nonché le modalità per assicurare l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare.</p> <p>Conosce e comprende i modelli, i metodi e gli strumenti della continuità assistenziale (lavoro in rete, metodologie di lavoro con altri specialisti ed altre équipe assistenziali ...) e li utilizza in maniera appropriata secondo le necessità della persona assistita e della sua famiglia.</p>

<p>7. Capacità di partecipare attivamente alle politiche di sviluppo dei servizi e delle prestazioni di Cure Palliative</p>	<p>Conosce ed esamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dati epidemiologici sulle malattie in guaribili • il ruolo delle organizzazioni nazionali ed internazionali di Cure Palliative • i modelli di sviluppo delle Cure Palliative nel sistema sanitario italiano • gli aspetti economici legati all'erogazione di Cure Palliative • i fattori e i processi che influenzano il cambiamento nelle istituzioni. <p>Conosce e applica le forme di partecipazione e di negoziazione strategica per contribuire a sviluppare la qualità dei servizi e dei processi organizzativi.</p>
---	---

<p>8. Capacità di accettare responsabilità finalizzate al proprio sviluppo professionale e alla propria formazione, usando la valutazione come strumento per riflettere e migliorare le performance e promuovere la qualità delle Cure Palliative.</p>	<p>Conosce, comprende ed utilizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'autovalutazione come strumento essenziale per il miglioramento dei propri livelli di competenza e per il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati formativi nel campo delle Cure Palliative . • la pratica riflessiva come strumento per affrontare il delicato rapporto tra identità personale ed identità professionale e per costruire solidi valori di riferimento – in relazione alla continua esposizione al limite, alla sofferenza e alla morte.
--	--

2. Competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico volto ad assicurare qualità di vita in Cure Palliative

Competenze	Obiettivi formativi
<p>9. Capacità di procedere ad una valutazione globale e sistematica della persona affetta da malattia inguaribile e della sua famiglia, per riconoscere, in équipe, il bisogno di Cure Palliative.</p>	<p>Conosce, comprende ed applica il modello di cure attive e globali e i concetti fondanti del Nursing nella valutazione della persona affetta da malattia inguaribile e della sua famiglia.</p> <p>Conosce ed utilizza scale e strumenti validi ed attendibili per la valutazione prognostica e ne sa interpretare i dati raccolti.</p> <p>Conosce e riconosce le traiettorie delle diverse malattie.</p> <p>Conosce, comprende e valuta i bisogni della persona assistita e della sua famiglia, relativamente ai servizi della Rete da attivare.</p> <p>Conosce ed utilizza i criteri di eleggibilità per la presa in carico della persona assistita, tenendo in considerazione le problematiche complesse delle famiglie.</p> <p>Conosce ed utilizza modelli valutativi interprofessionali.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>10. Capacità di prevedere, riconoscere e interpretare, in équipe, i bisogni della persona assistita e della sua famiglia, nella loro complessità ed evoluzione.</p>	<p>Conosce e comprende l'impatto di una malattia inguaribile e del processo del morire sulla persona assistita e sulla sua famiglia.</p> <p>Conosce, analizza ed utilizza i metodi e gli strumenti idonei per una valutazione completa, attendibile e reale, dei bisogni della persona assistita e della sua famiglia.</p> <p>Conosce e comprende l'accezione soggettiva e multidimensionale della qualità di vita con la persona assistita e con la sua famiglia, e ne analizza l'espressione con metodi e strumenti idonei per garantire valutazioni non compromesse da errori, pregiudizi e dispercezioni.</p> <p>Conosce, comprende ed applica le fasi del ragionamento diagnostico nella definizione di problemi complessi e multidimensionali di Cure Palliative.</p> <p>Conosce e comprende gli aspetti fisiopatologici dei sintomi della persona assistita in Cure Palliative.</p> <p>Conosce ed utilizza scale e strumenti validi ed attendibili per la valutazione dei sintomi e ne interpreta i dati raccolti.</p> <p>Riconosce, comprende ed interpreta i segni e sintomi che indicano gli ultimi giorni di vita della persona assistita.</p> <p>Riconosce e valuta i diversi tipi di dolore.</p> <p>Conosce, comprende e interpreta gli aspetti multidimensionali del dolore (dolore totale).</p> <p>Conosce ed utilizza scale e strumenti validi ed attendibili per la valutazione del dolore e ne interpreta i dati.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
	<p>Conosce analizza e valuta in modo interdisciplinare i seguenti problemi collaborativi: anoressia, ansia, ascite, astenia, cachessia, depressione, diarrea, disfagia, dispnea, edemi, edema polmonare acuto, emoftoe, emorragia massiva, fistolizzazioni, ittero, mucositi, nausea, ostruzione delle vie aeree, occlusione intestinale, ostruzione urinaria, prurito, rantolo terminale, sindrome mediastinica, singhiozzo, stipsi, tenesmo, tosse, versamento pericardico, versamento pleurico, vomito.</p> <p>Conosce, comprende e fa riferimento alle teorie del distress, impotenza, adattamento, resilienza e coping, elaborazione del lutto, applicate alle Cure Palliative.</p> <p>Riconosce, analizza e valuta, in équipe e in tutti i servizi della Rete, le risposte alla malattia, ai sintomi, ai trattamenti, al fine vita ed al lutto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fisiche: deficit di autocura, alterazioni della nutrizione, carenza di liquidi, alterazione della mucosa del cavo orale, lesioni cutanee, disturbi del sonno, intolleranza all'attività, non conformità alla terapia, rischio di infezioni, incontinenza urinaria e intestinale • psicologiche: alterazione dell'immagine corporea, negazione, depressione, paura, ansia, angoscia, disperazione e meccanismi di difesa ad essa connessa e senso di colpa • sociali: difficoltà di interazione sociale, alterazione della comunicazione, alterazione dei processi familiari, difficoltà nel ruolo di caregiver, incapacità di adattamento • spirituali: afflizione spirituale, speranza, ricerca di senso

Competenze	Obiettivi formativi
<p>11. Capacità di rispondere, in équipe, ai bisogni della persona assistita e della sua famiglia, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure.</p>	<p>Conosce ed utilizza, per la pianificazione assistenziale, modelli decisionali condivisi con l'équipe.</p> <p>Conosce, comprende ed applica il modello di Cure palliative attive e globali nella progettazione di piani assistenziali.</p> <p>Pianifica interventi appropriati ai problemi e proporzionati ai bisogni della persona assistita e della sua famiglia.</p> <p>Rimodula – ogni volta che è necessario – il piano di cura.</p>

<p>12. Capacità di porsi domande critiche, di valutare, di interpretare e di sintetizzare le fonti di informazioni, per facilitare la persona assistita e la sua famiglia nelle scelte che riguardano l'assistenza in Cure Palliative.</p>	<p>Formula domande chiare a partire dal problema della persona assistita e della sua famiglia.</p> <p>Sa come accedere ad informazioni e risorse idonee per la chiarificazione del problema.</p> <p>Valuta la validità e utilità delle informazioni disponibili e dei risultati della ricerca.</p> <p>Esamina le implicazioni, le conseguenze, i vantaggi e gli svantaggi per le possibili soluzioni dei problemi assistenziali.</p> <p>Conosce, comprende e garantisce il diritto della persona assistita ad usufruire di informazioni trasparenti ed accessibili.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza l'informazione come modalità per consentire alla persona assistita ed alla sua famiglia di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano le Cure palliative.</p>
--	--

<p>13. Capacità di esprimere giudizi clinici affidabili, per garantire il rispetto di standard assistenziali di qualità e assicurare una pratica basata sulle migliori prove di efficacia.</p>	<p>Identifica e applica attraverso un approccio critico linee guida e standard per trattare i problemi di Cure Palliative.</p> <p>Conosce, analizza ed usa le prove di efficacia per supportare le decisioni cliniche.</p> <p>Conosce, analizza ed usa standard di pensiero critico per valutare la qualità degli interventi assistenziali.</p>
--	---

3. Competenze associate all'uso appropriato d'interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale in Cure Palliative

Competenze	Obiettivi formativi
<p>14. Capacità di intervenire come garante dei diritti della persona assistita e della sua famiglia nella Rete di Cure Palliative.</p>	<p>Conosce i diritti della persona assistita e della sua famiglia e interviene per garantirne il rispetto.</p> <p>Favorisce l'espressione da parte della persona assistita dei suoi desideri di Cura , anche in riferimento ai luoghi ed alle persone che desidera avere accanto.</p> <p>Tutela in modo appropriato i desideri della persona assistita e agisce per prevenire trattamenti non proporzionati.</p> <p>Conosce e comprende le decisioni prese dalla persona assistita e si adopera affinché siano rispettate, soprattutto quando questa non è più in grado di esercitare la propria volontà.</p> <p>Sostiene le persone assistite affinché possano esprimere e tutelare i propri interessi.</p> <p>Coinvolge e sostiene la famiglia nel comprendere e difendere i desideri ed i diritti della persona assistita, quando questa non è più in grado di farlo autonomamente.</p> <p>Sa intervenire per ridurre i rischi di discriminazione ed isolamento della persona assistita e della sua famiglia.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>15. Capacità di garantire, in équipe, la protezione e la prevenzione dei rischi e di riconoscere le possibili emergenze in Cure Palliative.</p>	<p>Valuta, previene e riduce le possibili condizioni di rischio che possono presentarsi durante l'assistenza.</p> <p>Valuta l'idoneità del domicilio in relazione ad aspetti socioculturali, economici e familiari ed interviene per garantire la sicurezza ed il confort degli ambienti di cura.</p> <p>Identifica precocemente e gestisce in équipe i segni di aggravamento delle condizioni psico-fisiche della persona assistita.</p> <p>Riconosce, interpreta e gestisce in équipe le condizioni di emergenza clinica, quali dolore, soffocamento, delirio, emorragia, compressione midollare, fratture, convulsioni, ipercalcemia, occlusione della cava superiore ecc.</p>
<p>16. Capacità di gestire in modo adeguato e sicuro i farmaci, le terapie e i dispositivi medici utilizzati nell'assistenza in Cure Palliative.</p>	<p>Conosce i principali farmaci utilizzati in Cure Palliative e li sa gestire correttamente in relazione alle indicazioni, le controindicazioni, le interazioni con altre molecole ed agli effetti collaterali.</p> <p>Conosce le indicazioni di tutte le vie di somministrazione e le sa usare in maniera appropriata in relazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla previsione di sopravvivenza • alle preferenze espresse dalla persona assistita • alle indicazioni prescrittive • al luogo di presa in carico e di gestione della persona assistita • alla collaborazione della persona assistita e/o della sua famiglia <p>Conosce, comprende ed applica le linee guida per la corretta gestione dei cateteri venosi centrali e periferici.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza le indicazioni all'infusione sottocutanea continua, le precauzioni e le principali incompatibilità nell'impiego dei farmaci usati.</p> <p>Conosce le indicazioni alla rimodulazione terapeutica nelle ultime ore di vita.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>17. Capacità di personalizzare l'assistenza per migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia, alleviando la sofferenza fisica, psicosociale e spirituale, in équipe e in tutti i servizi della Rete.</p>	<p>Conosce e comprende gli interventi appropriati per i diversi tipi di dolore:</p> <p>il ruolo della radioterapia, della chemioterapia, delle procedure interventistiche e della chirurgia, la scala analgesica dell'OMS, i farmaci del primo gradino e i loro effetti collaterali, i farmaci adiuvanti, gli oppiacei e gli effetti collaterali, la titolazione e la rotazione degli oppiacei, le scale di conversione degli oppiacei.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza in équipe strategie non farmacologiche per il controllo del dolore.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza in équipe strategie non farmacologiche per il controllo del dolore.</p> <p>Conosce e gestisce in équipe il processo assistenziale e i farmaci necessari alla sedazione palliativa</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza interventi personalizzati, appropriati ed efficaci per la gestione collaborativa dei principali problemi della persona assistita in Cure Palliative (anoressia, ansia, ascite, astenia, cachessia, depressione, diarrea, disfagia, dispnea, edemi, edema polmonare acuto, emoftoe, emorragia massiva, fistolizzazioni, ittero, mucositi, nausea, ostruzione delle vie aeree, occlusione intestinale, ostruzione urinaria, prurito, rantolo terminale, sindrome mediastinica, singhiozzo, stipsi, tenesmo, tosse, versamento pericardico, versamento pleurico, vomito).</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza, in équipe, interventi personalizzati, appropriati ed efficaci per la gestione delle risposte alla malattia, ai sintomi, ai trattamenti, al processo del morire ed al lutto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisiche: deficit di autocura, alterazione della mucosa del cavo orale, alterazioni della nutrizione, carenza di liquidi, disturbi del sonno, incontinenza urinaria e intestinale, intolleranza all'attività, lesioni cutanee, non conformità alla terapia, rischio di infezioni.

Competenze	Obiettivi formativi
	<ul style="list-style-type: none"> • Psico-sociali: alterazione della comunicazione, alterazione dei processi familiari, alterazione dell'immagine corporea, angoscia, ansia, disperazione e meccanismi di difesa ad essa connessi, depressione, difficoltà di interazione sociale, difficoltà nel ruolo di caregiver, incapacità di adattamento, negazioni, paura, senso di colpa. • Spirituali: afflizione spirituale, speranza e ricerca di senso. <p>Conosce, comprende ed attiva strategie non farmacologiche per la gestione della persona assistita quali: touch-therapy, tecniche di rilassamento, pet therapy, riflessologia plantare, musicoterapia, arteterapia ecc...</p> <p>Riconosce le condizioni cliniche che rendono opportuni i seguenti trattamenti: antibioticoterapia, trasfusioni di emoderivati, dialisi, nutrizione artificiale, idratazione, paracentesi e toracentesi e li gestisce in équipe.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza gli strumenti clinico-organizzativi per la migliore gestione degli ultimi giorni/ore di vita della persona assistita e della sua famiglia.</p> <p>Sa curare e preparare la salma, nel rispetto della dignità e della volontà della persona assistita e nel contesto di regolamenti e disposizioni vigenti.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>18. Capacità di utilizzare strategie per sostenere, nella persona assistita e nella sua famiglia, la consapevolezza e la capacità di gestione delle problematiche legate alle Cure Palliative</p>	<p>Conosce ed utilizza la relazione d'aiuto, come strumento per sostenere la persona assistita e la sua famiglia nel continuum del percorso di cura.</p> <p>Dialoga con la persona assistita e la sua famiglia, in modo efficace e comprensibile, sulla realizzazione degli obiettivi raggiungibili e sui limiti inviolabili.</p> <p>Valuta e gestisce in équipe il gap tra aspettative di miglioramento della malattia e la situazione clinica della persona assistita.</p> <p>Conosce, comprende ed educa la persona assistita e la sua famiglia al superamento delle barriere culturali che impediscono il trattamento del dolore e di altri sintomi.</p> <p>Utilizza strategie educative per migliorare l'aderenza alle terapie.</p> <p>Realizza programmi educativi per sostenere la famiglia nella gestione dei problemi della persona assistita.</p> <p>Conosce le fasi del lutto, comprende e sostiene i familiari nell'adattamento al processo del morire, prevenendo i fattori di rischio di lutto patologico.</p> <p>Assicura alla persona assistita le informazioni rilevanti e aggiornate sulla donazione degli organi.</p>

4. Competenze comunicative e interpersonali in Cure Palliative

Competenze	Obiettivi formativi
<p>19. Capacità di comunicare in modo efficace con la persona assistita e con la sua famiglia, anche nei casi in cui si presentino alterazioni della comunicazione verbale e/o non verbale.</p>	<p>Riconosce, valuta e gestisce, personalmente ed in équipe, gli stati emotivi che interferiscono con una comunicazione efficace.</p> <p>Adatta la comunicazione alla cultura, ai valori, ai livelli di consapevolezza, alle emozioni, ai desideri e alle condizioni cliniche e cognitive della persona assistita, della sua famiglia e al contesto assistenziale.</p> <p>Conosce e utilizza tutti gli interventi e gli strumenti che rendono possibile la comunicazione efficace in relazione al grado di disabilità della persona assistita.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>20. Capacità di creare le condizioni adatte affinché la persona assistita e la sua famiglia possano esprimersi in maniera autentica e possano ricevere risposte appropriate.</p>	<p>Sa comunicare sentimenti ed emozioni e costruisce relazioni di aiuto basate sulla fiducia e sulla speranza.</p> <p>Ascolta e dialoga in modo comprensibile ed efficace per garantire alla persona assistita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di essere informata sulle sue condizioni, se lo vuole; • di non essere ingannata e di ricevere risposte veritiere; • di partecipare alle decisioni che la riguardano; • di esprimere le sue emozioni; • di non morire nell'isolamento e in solitudine. <p>Conosce, comprende e valuta situazioni di preoccupazioni, ansie, stress, rifiuto, rabbia, depressione, aggressività, sentimenti, di impotenza e solitudine, in se stesso, nell'équipe, nella persona assistita e nella sua famiglia.</p> <p>Utilizza modalità comunicative/relazionali adatte ad affrontare situazioni di preoccupazione, ansia, stress, rifiuto, rabbia, depressione, aggressività, sentimenti di impotenza e solitudine nella persona assistita e nella sua famiglia.</p> <p>Valuta e condivide, in équipe, l'attivazione di consulenze specialistiche e altri interventi nelle situazioni di disagio/disturbo psichico.</p>

<p>21. Capacità di riferire, documentare e registrare il processo di cura attraverso appropriati strumenti clinici e tecnologici, in équipe e nei servizi della Rete.</p>	<p>Comunica, documenta e registra tutte le informazioni significative relative al processo di cura, per garantire la continuità assistenziale.</p> <p>Gestisce i sistemi informativi cartacei ed informatici</p>
---	--

5. Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo in Cure Palliative

Competenze	Obiettivi formativi
<p>22. Capacità di migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia attraverso la selezione delle risorse, l'attivazione di quelle disponibili e l'armonizzazione degli interventi dell'équipe.</p>	<p>Partecipa al processo di selezione del personale e sa valutare le motivazioni e le competenze necessarie al lavoro in Cure Palliative.</p> <p>Gestisce responsabilmente l'utilizzo delle risorse disponibili, secondo le esigenze organizzative ed assistenziali.</p> <p>Sviluppa il senso di appartenenza all'équipe attraverso la condivisione di valori, norme e ruoli.</p> <p>Conosce ed utilizza il valore dell'integrazione professionale per affrontare la complessità dei problemi assistenziali.</p> <p>Utilizza il dialogo, il confronto e la negoziazione come elementi fondamentali del lavoro in équipe.</p> <p>Conosce, comprende ed utilizza strategie di coinvolgimento, sostegno e mediazione per gestire le differenze reciproche e risolvere positivamente gli eventuali conflitti.</p>
<p>23. Capacità di lavorare in modo collaborativo ed efficace con tutta l'équipe, nel rispetto di standard assistenziali di qualità.</p>	<p>Utilizza l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività dei servizi della Rete, come sistema per il miglioramento della qualità in Cure Palliative.</p> <p>Valuta criticamente, in un clima di collaborazione e comunicazione, i risultati dell'assistenza nei servizi della Rete, anche attraverso la valutazione della qualità percepita dalla persona assistita e dalla sua famiglia.</p> <p>Organizza tempi, risorse e modalità assistenziali, in un clima di collaborazione e comunicazione, per assicurare la conformità agli standard di qualità e di sicurezza.</p> <p>Utilizza indicatori di performance e/o di esito come strumenti di integrazione professionale.</p>

Competenze	Obiettivi formativi
<p>24. Capacità di promuovere attivamente il proprio benessere e quello dell'équipe, attraverso la valutazione del rischio e l'adozione di misure di prevenzione e la protezione.</p>	<p>Riconosce che la propria salute e quella di tutto il personale è una priorità delle Cure Palliative.</p> <p>Riconosce i fattori di rischio biologico, chimico, fisico, ergonomico e psicosociale legati all'assistenza in Cure Palliative.</p> <p>Valuta i possibili rischi per la salute e la sicurezza dell'équipe attraverso il monitoraggio di tutti i processi ed attua tutte le misure di protezione e prevenzione necessarie.</p> <p>Conosce ed è consapevole delle cause della sindrome del burn-out e ne sa valutare i sintomi cognitivo-emozionali, comportamentali e fisici ad essa correlati.</p> <p>Promuove comportamenti ed iniziative per il miglioramento del clima lavorativo e del benessere degli operatori.</p>

<p>25. Capacità di educare, facilitare e sostenere l'équipe e gli studenti nell'assistenza in Cure Palliative.</p>	<p>Rileva in équipe i bisogni formativi di studenti e del personale (formazione continua) nelle Cure Palliative.</p> <p>Progetta, organizza, realizza e valuta in équipe interventi formativi di inserimento professionale e di formazione continua nelle Cure Palliative, diretti a singoli e a gruppi di studenti e di personale sanitario.</p> <p>Conosce ed utilizza strategie formative adeguate a costruire la competenza e sostenere la motivazione al lavoro in Cure Palliative negli studenti e nell'équipe.</p> <p>Valuta in équipe gli esiti e l'efficacia dei programmi di formazione in Cure Palliative.</p>
--	---

Competenze	Obiettivi formativi
<p>26. Capacità di promuovere attività di fundraising per il finanziamento delle Cure Palliative e iniziative di reclutamento di risorse del volontariato.</p>	<p>Conosce e comprende la normativa regionale e nazionale sui sistemi di finanziamento delle Cure Palliative.</p> <p>Ricerca, analizza e valuta l'opportunità di utilizzare fonti di finanziamento diverse (pubbliche e private, bandi concorsi) per sostenere progetti di assistenza, di ricerca e formazione per il miglioramento della qualità delle cure offerte.</p> <p>Promuove l'utilizzo delle risorse offerte dal volontariato, secondo le esigenze organizzative e assistenziali.</p>

Il consenso della comunità professionale al Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative

La Commissione ha ritenuto che la condivisione ed il sostegno della comunità professionale ed accademica al CCICP fosse di fondamentale importanza per orientare e favorire l'implementazione della formazione infermieristica in Cure Palliative. Per questo motivo, al termine del lavoro di costruzione del Core Curriculum, ha voluto avviare una modalità di confronto con un gruppo allargato di infermieri esperti ed interessati da un punto di vista scientifico e didattico al tema delle Cure Palliative, che si spera possa assumere nel tempo le caratteristiche di un vero e proprio processo di revisione e valutazione.

Tale modalità ha previsto l'inserimento delle competenze descritte nel CCICP in un questionario self-report indirizzato:

1. via mail ai Coordinatori regionali SICP, ad un campione di infermieri palliativisti (almeno 3 anni di esperienza clinica) ed ai docenti del Med 45 (13 professori associati e 15 ricercatori).
2. ad un campione di convenienza di infermieri presenti ai lavori del XIX congresso nazionale della SICP Torino

Nel questionario si invitava ad esprimere un giudizio sulla rilevanza delle Competenze Infermieristiche del Core Curriculum per i livelli di formazione A, B o C (come descritti dall'EAPC), attraverso una tripla scala Likert che ha consentito di assegnare un punteggio da 1 a 4 relativo all'importanza attribuita ad ogni specifica competenza.

Inoltre, nell'ultima parte del questionario è stato chiesto di elencare le cinque competenze considerate più importanti in Cure Palliative tra le ventisei già indicate e di classificarle secondo un ordine prioritario (da 1 a 5), come già previsto dal questionario originale Tuning Educational Structures e dalla sua versione italiana (Venturini et al. 2012).

La Commissione ha raccolto le valutazioni espresse nei questionari da parte di cinquantasei professionisti esperti in Cure Palliative e dieci esperti in formazione, ed ha elaborato una Tabella finale che riporta i risultati complessivi della consultazione e la distribuzione delle Competenze nei tre diversi livelli di formazione.

LIVELLI DELLE COMPETENZE

legenda

Livello A: formazione base per studenti e per infermieri che lavorano in ambito dell'assistenza generale e possono entrare in contatto con persone con bisogni di Cure Palliative

Livello B: formazione per infermieri che lavorano in ambito specialistico di Cure Palliative o in un ambito in cui affrontano spesso situazioni di Cure Palliative (oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria ...) e in cui rivestono il ruolo di persona risorsa

Livello C: formazione avanzata per infermieri responsabili di unità di Cure Palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscono attivamente alla formazione ed alla ricerca in Cure Palliative

- 1 = Per niente rilevante
- 2 = Scarsamente rilevante
- 3 = Rilevante
- 4 = Molto rilevante

Competenze associate ai valori professionali	livello a	livello b	livello c
1. Capacità di esercitare la professione in accordo con i principi etici, deontologici, giuridici riconoscendo e affrontando, in équipe, le questioni etico\morali e le situazioni cliniche difficili e controverse	3	4	4
2. Capacità di prendersi cura di ogni persona (persona assistita, famiglia, di sé e dei componenti dell'équipe), con sensibilità ed attenzione in modo globale, tollerante e non giudicante	3	4	4
3. Capacità di prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, garantendo il rispetto dei loro diritti, delle loro credenze, del loro sistema di valori e dei loro desideri	3	4	4
4. Capacità di promuovere la filosofia delle Cure Palliative a livello di singole persone, gruppi e comunità	2	4	4

5. Capacità di fornire orientamento e consulenza.	2	4	4
6. Capacità di favorire l'interazione e l'integrazione tra i diversi professionisti e tra i diversi setting di cura, per influire positivamente sulla continuità assistenziale	2	4	4
7. Capacità di partecipare attivamente alle politiche di sviluppo dei servizi e delle prestazioni di Cure Palliative	2	3	4
8. Capacità di accettare responsabilità finalizzate al proprio sviluppo professionale e alla propria formazione, usando la valutazione come strumento per riflettere e migliorare la performance e innalzare la qualità delle Cure Palliative	3	4	4
Competenze associate alle pratiche infermieristiche e al processo decisionale clinico finalizzate ad assicurare la qualità di vita in Cure Palliative			
9. Capacità di procedere ad una valutazione globale e sistematica della persona con malattia inguaribile e della sua famiglia, per riconoscere, in équipe, il bisogno di Cure Palliative	3	4	4
10. Capacità di prevedere, riconoscere e interpretare, in équipe, i bisogni della persona assistita e della sua famiglia, nella loro complessità ed evoluzione	3	4	4
11. Capacità di rispondere, in équipe, ai bisogni della persona assistita e della sua famiglia, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure	3	4	4
12. Capacità di porsi domande critiche, di valutare, di interpretare e di sintetizzare le fonti di informazioni, per facilitare la persona assistita e la sua famiglia nelle scelte che riguardano l'assistenza in Cure Palliative	2	4	4
13. Capacità di esprimere giudizi clinici affidabili, per garantire il rispetto di standard assistenziali di qualità e assicurare una pratica basata sulle migliori prove di efficacia disponibili	3	4	4
Competenze associate all'uso appropriato d'interventi, attività e abilità infermieristiche, finalizzate a fornire un'assistenza ottimale in Cure Palliative			

14. Capacità di intervenire come garante dei diritti della persona assistita e della sua famiglia	3	4	4
15. Capacità di garantire, in équipe, la protezione e la prevenzione dei rischi e di riconoscere le possibili emergenze in Cure Palliative	3	4	4
16. Capacità di gestire in modo adeguato e sicuro i farmaci, le terapie e i dispositivi medici utilizzati nell'assistenza in Cure Palliative	3	4	4
17. Capacità di personalizzare l'assistenza per migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia, alleviando la sofferenza fisica, psicosociale e spirituale, in équipe e in tutti i servizi della Rete	3	4	4
18. Capacità di utilizzare strategie per sostenere, nella persona assistita e nella sua famiglia, la consapevolezza e la capacità di gestione delle problematiche legate alle Cure Palliative	2	4	4
Competenze comunicative e interpersonali in Cure Palliative			
19. Capacità di comunicare in modo efficace con la persona assistita e con la sua famiglia, anche nei casi in cui si presentino alterazioni della comunicazione verbale e/o non verbale	3	4	4
20. Capacità di creare le condizioni adatte affinché la persona assistita e la sua famiglia possano esprimersi in maniera autentica e possano ricevere risposte appropriate	3	4	4
21. Capacità di riferire, documentare e registrare il processo di cura attraverso appropriati strumenti clinici e tecnologici, in équipe e nei servizi	3	4	4
Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo in Cure Palliative			
22. Capacità di migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia attraverso la selezione delle risorse, l'attivazione di quelle disponibili e l'armonizzazione degli interventi dell'équipe	2	3	4
23. Capacità di lavorare in modo collaborativo ed efficace con tutta l'équipe, nel rispetto di standard assistenziali di qualità	3	4	4

24. Capacità di promuovere attivamente il proprio benessere e quello dell'équipe, attraverso la valutazione del rischio e l'adozione di misure di prevenzione e la protezione	2	3	4
25. Capacità di educare, facilitare e sostenere l'équipe e gli studenti nell'assistenza in Cure Palliative	2	3	4
26. Capacità di promuovere attività di fund raising per finanziare le Cure Palliative e reclutare risorse del volontariato	2	4	4

Tabella 2

Le 5 competenze più importanti per l'infermiere in Cure Palliative rilevate dai questionari di consenso.

1°	1. Capacità di esercitare la professione in accordo con i principi etici, deontologici, giuridici riconoscendo e affrontando, in équipe, le questioni etico\morali e le situazioni cliniche difficili e controverse	
2°	17. Capacità di personalizzare l'assistenza per migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia, alleviando la sofferenza fisica, psicosociale e spirituale, in équipe e in tutti i servizi della Rete	
3°	2. Capacità di prendersi cura di ogni persona (persona assistita, famiglia, di sé e dei componenti dell'équipe), con sensibilità ed attenzione in modo globale, tollerante e non giudicante	
4°	3. Capacità di prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, garantendo il rispetto dei loro diritti, delle loro credenze, del loro sistema di valori e dei loro desideri	
5°	19. Capacità di comunicare in modo efficace con la persona assistita e con la sua famiglia, anche nei casi in cui si presentino alterazioni della comunicazione verbale e/o non verbale	

Nel ringraziare tutti coloro che hanno voluto contribuire al lavoro di costruzione e condivisione del CCICP, la Commissione auspica che le future iniziative di formazione valorizzino le competenze come elementi organizzatori della progettazione curriculare e come elementi chiave per un confronto continuo e costruttivo con la comunità professionale nazionale ed internazionale. Ci preme sottolineare, inoltre, che la Commissione, con la costruzione del CCICP, ha voluto fornire, una chiave di lettura finora poco definita delle competenze dell'Infermiere Palliativista in Italia. Tuttavia, le 26 competenze vanno intese in una dimensione fortemente dinamica, perché sarà soprattutto il loro costante dialogo con i bisogni espressi quotidianamente dai pazienti e dalle famiglie a legittimarle e a ridefinirle nel tempo.

Bibliografia

Definizione di Cure Palliative

World Health Organization (WHO). Technical Report Series 804, Geneva Cancer Pain Relief and Palliative Care 1990

World Health Organisation (WHO) Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective, *Journal of Pain and Symptom Management*, 24:91-96, 2002

EAPC European Association for Palliative Care: Definition of Palliative Care (1998)

European Parliament - Policy Department Economic and Scientific Policy. Palliative Care in the European Union, 2007

Legge 15 marzo 2010, n. 38 pubblicata in Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n. 65

Hallenbeck, JL. *Palliative Care Perspective*, 2003, Oxford University

Storey P, Knight CF. *UNIPAC One: The Hospice/Palliative Medicine Approach to End-of-Life Care*. 1998, Kendall/Hunt: Dubuque, p. 11

Doyle D, Hanks GWC, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine, Introduction*, 2nd ed. 1999, New York, Oxford University Press, p.3.

Mac MacLeod R, Egan T. *Interprofessional education in Bee Wee, Nic Hughes Education in palliative care, building a culture of learning*. Oxford University Press, February 2007

Consiglio d'Europa. Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull'organizzazione delle Cure Palliative. 12 Novembre 2003, 860° seduta

Frank D. Ferris, Heather M. Balfour, Karen Bowen, Justine Farley, Marsha and Jamie H. Von Roenn. *Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps—From the American Society of Clinical Oncology*. *Journal of Clinical Oncology* Volume 27 _ Number 18 _ June 20 2009

Cure Palliative in Italia

Hearn J, Higginson IJ. *Cancer pain epidemiology: a systematic review*. In Bruera ED, Portenoy RK (eds): *Cancer Pain: Assessment and Management*. London: Cambridge University Press 2003; 19-37

Cascinu S, Giordani P, Agostinelli R, Gasparini G, Barni S, Beretta GD, Pulita F, Iacrossi L, Gattuso D, Mare M, Munaò S, Labianca R, Todeschini R, Camisa R, Cellerino R, Catalano G. *Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer*. *Support Care Cancer*. 2003 Sep;11(9):587-92. Epub 2003 Aug 5.

Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Mar;23(3):221-30.

D'Angelo D, Mastroianni C, Vellone E, Alvaro R, Casale G, Latina R, De Marinis M (2012). Palliative care quality indicators in Italy. What do we evaluate?. *SUPPORTIVE CARE IN CANCER* Sep. 20 (9): 1983-9

Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C, et al. Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: research project "Towards a pain-free hospital". *Tumori*, 2000; 86: 412-8

Zucco F. Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010. Bononia University Press. 2010 Bologna

Normativa Italiana sulle Cure Palliative

Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore del 15/03/2010 che introduce l'obbligo di segnalare la sofferenza sulla documentazione sanitaria, istituisce le reti dei servizi di Cure Palliative, semplifica la prescrizione dei farmaci per il controllo del dolore, indica la necessità di formazione specifica per le professioni sanitarie coinvolte.

Decreto del Ministero della Sanità 28/09/1999, Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/2000 "Requisiti strutturali, tecnologici, e organizzativi minimi per i centri di Cure Palliative".

Legge n. 12 dell'08 febbraio 2001 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore".

Decreto della Conferenza Unificata 19/04/2001, G.U. del 14/05/2001, s.g. n° 110, Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi per le Cure Palliative.

Decreto del Ministero della Sanità del 24/05/2001, approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III bis DPR 09/10/90.

Decreto per le Linee Guida per l'ospedale senza dolore, G.U. del 29/06/2001, s.g. n° 149.

Decreto 5 settembre 2001, G.U. del 15/11/2001, s.g. n° 266, Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000,2001 e 2002 per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative previsto dal D.L.450/98 convertito nella Legge n. 39/99.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001, definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tra cui vengono inserite le Cure Palliative.

Decreto del Ministero della Sanità del 21/12/2001, istituzione del Comitato di Cure Palliative.

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 31/01/02 sulle modalità di erogazione dei fondi relativi al programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative di cui alla L. 39/99.

Decreto del Ministero della Sanità del 12/04/2002, istituzione del Comitato sull' Ospedalizzazione Domiciliare

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 19/12/02 sulla semplificazione delle modalità di erogazione dei fondi relativi al programma nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative di cui alla L. 39/99.

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 13/03/03 sugli indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali per la valutazione delle prestazioni erogate.

Decreto del Ministero della Sanità del 04/04/2003 a modifica ed integrazione del DM 24/05/01 introduce importanti innovazioni nella prescrizione di oppiacei.

Decreto del Ministero della Salute del 01/12/2006, istituzione Commissione su qualità delle Cure Palliative e di fine vita.

Decreto del Ministero della Salute del

26/01/2007, integrazione della Commissione sulla qualità delle Cure Palliative e di fine vita.

Decreto del Ministero della Salute n.43 del 22/02/2007 definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo (c.d. LEA di Cure Palliative).

Decreto del Ministero della Salute del 18/04/2007 per la semplificazione dell'utilizzo dei farmaci oppiacei

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 27/06/07 in materia di Cure Palliative pediatriche.

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 20/03/08 documento tecnico in materia di Cure Palliative pediatriche

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/04/2008, definizione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tra cui quelli per le Cure Palliative

Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 25/03/09 per lo stanziamento di risorse e la riorganizzazione del modello assistenziale di Cure Palliative.

Teorie e valori dell'Infermieristica

Wu H. -L. & Volker D.L. (2012) Humanistic Nursing Theory: application to hospice and

palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 68(2), 471–479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x

Paterson J, Zderad L (2008) *Humanistic Nursing* Gutenberg eBook

Hung-Lan Wu & Deborah L. Volker. *Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care.* *J Adv Nurs.* 2012 Feb;68(2):471–9. Il Codice Deontologico dell’Infermiere

De Marinis M, D’Angelo D. (2010). *Il concetto di Continuità: una nuova prospettiva nelle Cure Palliative.* *International Nursing Perspectives*, vol. 2-3, p. 31–33, ISSN: 1592-6478

Curriculum e Competenze

Ajello A.M., Cavoli M., Meghnagi S. (1992), *La competenza esperta*, Ediesse, Roma

Ajello A.M., Pontecorvo C. (2002), *Il curriculum: teoria e pratica dell’innovazione*, La Nuova Italia, Milano

Alberici A. (2001), *La progettazione curricolare orientata alle competenze nella dimensione dell’apprendimento continuo*, in *Isfol* (a cura di C. Montedoro), *Le dimensioni metacurricolari dell’agire formativo*, Franco Angeli, Milano

Baldacci M. (2006), *Ripensare il curriculum*, Carrocci, Roma

Biggs J. (2001), “The reflective institution: Assuring and enhancing the quality of teaching and learning”, in *Higher Education*, 41 (3): 221–238

Biggs J. (2003), *Aligning teaching and assessment to curriculum objectives*, Learning and Teaching Support Network

Biggs J. (2003), *Teaching for Quality Learning at University* (2nd edition).

Binetti P, Matarese M, De Marinis MG, Tartaglino D. *La Formazione Infermieristica Universitaria. Una sfida culturale e professionale.* SEU Ed. Roma 1999

Binetti P, De Marinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina.* SEU Ed. Roma, 2001

Buckingham, UK: Society for Research into Higher Education & OU Press

Bloom B.S. (1983), *Tassonomia degli obiettivi educativi, Area Cognitiva*, Giunti & Lisciani Editori, Teramo

Bobbitt, F. (1918) *The Curriculum*, Boston: Houghton Mifflin

Bocock J., Watson D. (1994), *Managing the university curriculum*, Buckingham, UK: Society for Research into Higher Education & OU Press

Campbell A., Norton L. (2007), *Learning, teaching and assessing in higher education: developing reflective practice*, Exeter: Learning Matters

Frabboni F. (1987), *Dal curriculum alla programmazione*, Giunti & Lisciani, Teramo

Frabboni F. (2002), *Il curriculum*, Laterza, Roma

Froment E. (2007), *Quality assurance and the Bologna and Lisbon objectives*, in *Eua, Embedding quality culture in higher education. A selection of papers from the 1st European forum for quality assurance*, Eua Case Studies, Brussels

Isfol (2006), *Bi.dicomp. Un percorso Isfol di bilanciamento di competenze, Temi e Strumenti*, Isfol Editore, Roma

Le Boterf G. (2004), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation, Paris, 3. ed.

Mager R.F. (1982), *Gli obiettivi didattici*, Giunti & Lisciani Editori, Teramo

Margiotta U. (1998), *Comprendere il curriculum. Aggiornamenti per la ricerca sul curriculum in un*

contesto globale

, in *Studium Educationis*, 4

Nicholls A. (1983), *Guida pratica all'elaborazione di un curriculum*, Feltrinelli, Milano

Pontecorvo C., Fusé L. (1981), *Il curriculum: prospettive teoriche e problemi operativi*, Loescher, Torino

Pontecorvo C. (1991), *La ricerca del curriculum: teoria e pratica dell'innovazione*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma

Frank jr, Snell Is, Cate O, et al. *Competency-based medical education: theory to practice. Medical Teacher* 2010; 32: 638-645

Tanner, D and L.N. *Curriculum Development, Theory into Practice*. (New York: Macmillan Company, Inc.) 1975, 492-494

Cure Palliative e Formazione

EAPC. *A guide for development of palliative nurse education in Europe*. Report of the EAPC task force. September 2004

World Health Organization – Health Professions Networks Nursing & Midwifery - Human Resources for Health. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010

European Parliament. Policy Department Eco-

conomic and Scientific Policy. Palliative Care in the European Union, 2007

Consiglio d'Europa – Assemblea parlamentare, Palliative care: a model for innovative health and social policies – Resolution 1649, 2009 Assembly debate on 28 January 2009 (6° seduta) (see Doc. 11758, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Wodarg). Testo adottato all'Assemblea il 28 gennaio 2009 (6° seduta).

EAPC. Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in Cure Palliative, Edizione italiana, marzo 2008.

Core Curriculum/Competence e Nursing

Benner P. (1984) From Novice to Expert. Addison-Wesley Publishing Co., Menlo Park, CA.

Hospice and Palliative Nurse Association (HPNA) (2010) Competencies for the Generalist Hospice and Palliative Nurse second edition.

Hospice and Palliative Nurse Association (HPNA) (2002) Competencies for advanced practice Hospice and Palliative Nurse.

American Association of Colleges of Nursing (1997) Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End-

of-Life Nursing Care

Hospice of the Florida Suncoast (1999). Hospice interdisciplinary clinical competencies. Largo, FL: Hospice Institute of the Florida Suncoast

Center to Advance Palliative Care (New York). Supportive Care of the Dying: A Coalition for Compassionate Care Organizational Assessment: Personnel Competency / Performance

Grantham, D., O'Brien, L.A., Widger, K., Bouvette, M., & McQuinn, P. (2009). Canadian Hospice Palliative Care Nursing Competencies Case Examples

Canning, D., Yates, P. & Rosenberg, J.P. (2005) Competency Standards for Specialist Palliative Care Nursing Practice. Brisbane: Queensland University of Technology

De Vlieger M, Gorchs N, Larkinn P, Porchet F Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in Cure Palliative in Europa. Rapporto della Task Force EAPC 2004. Edizione italiana 2008

Royal College of Nursing (2002) A framework for nurses working in specialist palliative care. Competency Project St. Christopher Hospice: Nursing Competences. Available for sale from S. Christopher Hospice bookshop

West of Scotland Managed Clinical Network for palliative care (2006) Palliative care educational core competences framework

Ministry of Health (2008) A national Professional Development Framework for palliative care nursing in Aotearoa New Zealand. Wellington:Ministry of Health

Critical Complexity – guidelines for clinical competencies in palliative nursing: a global perspective (2008) Philip Larkin, on behalf of the international working group on Palliative Nursing education

NHS Executive (2004) National Care Competency Framework for cancer Nursing: delivering effective patient care NHS and KSF mapped version

Beker, R (2000) Competency assessment in palliative nursing. *European Journal of palliative care*; 7:3, 88-91

Beker, R (2009) Palliative care 2: exploring the skills that nurse need to deliver high quality care. *Nursing Times*; 105:14 on line pub

Tanner D. Curriculum Development, Theory into practice (New York: Machmillan Company Inc.) 1975, 492-494.

Tuning Nursing Educational

Venturini G, Pulimeno AL, Colasanti D, Barberi S, Sferrazza S, De Marinis M (2012). Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze

infermieristiche del progetto Tuning Educational Structures in Europe. *L'INFERMIERE*, vol. 49, p. 39-48

Beaton, D. E., Bomardier, C., Guillemin, F. & Bosi Ferraz, M., 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), pp. 3186-91.

Commissione Europea, 1995. Libro bianco, insegnare ad apprendere verso la società conoscitiva. [Online] Available at: http://www.bdp.it/processobologna/content/index.php?action=read_cnt&id_cnt=6666[Consultato il giorno 15 Aprile 2011].

Davies, R., 2008. The Bologna Process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today*, Issue 20, pp. 935-942.

Eurydice, 2009. Bologna Process Higher Education Europe 2009: Developments in the Bologna Process. [Online] . Available at: http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc/eurydice09_en.pdf [Consultato il giorno 10 Gennaio 2010].

EU, T., 2004. Bologna Process Tuning italian version- Introduzione al tuning educational structures in Europe. Il contributo delle università al Processo di Bologna. [Online] Available at: http://www.unideusto.org/tuningeu7images/stories/Publications/ITALIAN_BROCHURE_FOR_WEBSITE.pdf [Consultato il giorno 20 Gennaio 2010].

Gobbi, M., 2009. A review of nurse educa-

- tor career pathways: a European perspective. *Journal of Research in Nursing*, 11(14), pp. 123-24.
- Gonzales, J. & Wagenaar, R., 2005. *Tuning Educational Structures in Europe II: Universities' Contribution to the Bologna Process*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Loknoff, J. et al., 2010. *Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulation degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes*, Bilbao: Universidad de Bilbao.
- Mulder, M., Weigel, T. & Collins, K., 2006. The concept of competence in the development of vocational education and training in selected EU member states - a critical analysis. *Journal of Vocational Education and Training*, LIX(1), pp. 65-85.
- NMC, 2004. *Standards of proficiency for pre-registration nursing education*, London: Nursing Midwifery Council.
- NMC, 2010. *Standards for pre-registration nursing education*, London: Nursing Midwifery Council.
- Olds, K., 2010. *Tuning USA: echoes and translations of the Bologna Process in the US higher education landscape*. [Online] Available at: <http://globalhighered.word press.com>[Consultato il giorno 14 Gennaio 2012].
- Processo di Bologna, 1999. *Bologna process Website*. [Online] Available at: http://www.bdp.it/lucabas/lookmyweb/templates/up_files/Processo_Bologna/ENQA. [Consultato il giorno 20 05 2011].
- Robertson, S., 2009. *Tuning USA: reforming higher education in the US, Europe style*. [Online] Available at: <http://globalhighered.word press.com> [Consultato il giorno 11 Marzo 2011].
- Zabalegui, A. et al., 2006. *Changes in Nursing education in the European Union*. *Journal of Nursing Scholarship*, XXXVIII(2), pp. 114-118.

Interprofessionalità

Higginson IJ, Finlay IJ, Goodwin DM, et al. Is There Evidence That Palliative Care Teams Alter End-of-Life Experiences of Patients and Their Caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 25, Issue 2, February 2003, Pages 150-168

Ivy Oandasan & Scott Reeves. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1: 21 – 38

Glennys Parsell, John Bligh. Interprofessional learning. *Postgrad MedJ* 1998;74:89-95
C The Fellowship of Postgraduate Medicine, 1998

Ivan L. Silver, Karen Leslie. *Faculty Deve-*

lopment for Continuing Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of continuing education in the health professions*, 29(3):172–177, 2009

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Danielle D'amour, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martin Rodriguez, & Marie-Dominique Beaulieu. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1: 116 – 131

Metodologie didattiche

Comoglio M., Cardoso M.A. (2000), *Insegnare e apprendere in gruppo. Il Cooperative Learning*, Las, Roma

Dart B., Boulton-Lewis G. (1998), *Teaching and learning in higher education*, Cambridge, Vic.: ACER Press

Di Nubila R. (1999), *La formazione oltre l'aula: lo stage*, Cedam, Padova

Di Nubila R. (2000), *Dal gruppo al gruppo*

di lavoro, Tecom Project, Ferrara Eua (2007), *Creativity in higher education*, Eua Publications, Brussels

Gamberoni L, Marmo G, Bozzolan M, Loss C, Valentini O. *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato*. EdISES, Napoli 2009

Guilbert JJ. *Guida Pedagogica*. Edizioni Dal Sud, Bari 2002

Knowles M. (1996), *La formazione degli adulti come autobiografia*, Cortina, Milano

Lave J., Wenger E., 2006, *L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali*, Milano, Erickson

Light G., Cox R. (2001), *Learning and teaching in higher education: the reflective professional*, London: Paul Chapman

Schön D. (1983), *Il professionista riflessivo*, Ed. Dedalo

Varisco B.M. (2004), *Portfolio. Valutare gli apprendimenti e le competenze*, Carocci, Roma

