

# INDICE

<b><i>INTRODUZIONE</i></b> .....	<b>1</b>
<b>1. <i>OBIETTIVO</i></b> .....	<b>3</b>
<b>2. <i>MATERIALI E METODI</i></b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Fonti dei dati</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2 Parole chiave</b> .....	<b>4</b>
<b>3. <i>DEFINIZIONE CURE PALLIATIVE</i></b> .....	<b>5</b>
<b>3.1 Normativa nazionale</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2 Disposizioni anticipate di trattamento – DAT</b> .....	<b>7</b>
<b>3.3 Sedazione palliativa</b> .....	<b>8</b>
<b>4 <i>FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN CURE PALLIATIVE</i></b> .....	<b>10</b>
<b>5. <i>RISULTATI</i></b> .....	<b>12</b>
<b>5.1 Analisi del questionario</b> .....	<b>12</b>
<b>6. <i>DISCUSSIONE</i></b> .....	<b>28</b>
<b>8. <i>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</i></b> .....	<b>33</b>
<b>9. <i>ALLEGATI</i></b> .....	<b>36</b>

## INTRODUZIONE

Le cure palliative rivestono un ruolo importante nella sanità pubblica poiché mirano a migliorare la qualità di vita delle persone affette da patologie ad andamento cronico - degenerativo e delle loro famiglie, le quali, spesso, si prendono carico della loro assistenza durante l'arco di tutto il percorso. Le cure palliative sono comunemente associate alla fase terminale della vita, quando non vi è possibilità di guarigione, ma non si limitano a questo; Il loro obiettivo non è abbreviare la vita ma bensì alleviare la sofferenza e gestire i sintomi della malattia. In realtà, possono essere introdotte in qualsiasi fase della malattia e non solo in fase terminale, difatti la presa in carico precoce facilita la comprensione delle preferenze del malato e consente di pianificare precocemente un piano di cura individualizzato. L'infermiere che si occupa di cure palliative deve garantire un'assistenza globale e continua adottando un approccio graduale e personalizzato. Esso deve garantire un'assistenza infermieristica legata non solo alla gestione dei sintomi fisici dovuti alla patologia, come controllo del dolore ma anche il supporto psicologico, sociale e spirituale. L'infermiere riveste un ruolo importante nel sostenere i pazienti nelle loro decisioni più importanti che riguardano scelte terapeutiche, garantendo sempre la massima tutela e dignità dell'individuo.

*“Art. 21 del codice deontologico 2019: Strategie e modalità comunicative “L’infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l’espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.”*

Questo lavoro nasce in seguito all'esperienza di tirocinio nel contesto delle cure domiciliari, la quale mi ha dato l'opportunità di interagire con pazienti oncologici e non oncologici, pazienti che necessitavano di un trattamento palliativo, pur non avendo ancora attivato il percorso. Questa esperienza mi ha suscitato l'interesse di approfondire il tema delle cure palliative domiciliari, motivandomi ad approfondire come l'assistenza infermieristica evolva dal momento in cui le attività delle cure domiciliari verranno integrate con le attività delle unità di cure palliative domiciliari (UCPD). Il contesto domiciliare offre una relazione particolare, poiché i professionisti sanitari vengono accolti

all'interno della casa del paziente, instaurando un rapporto diverso e più intimo rispetto agli ambienti di cura tradizionali.

Accrescere le competenze dei professionisti sanitari mediante percorsi di formazione è essenziale per migliorare la qualità dell'assistenza erogata e gli esiti clinici dei pazienti. A tal proposito, sono stati organizzati degli incontri di formazione per gli infermieri delle cure domiciliari chiamati *“Incontri mirati a migliorare e accrescere le competenze degli infermieri sulle cure palliative domiciliari con particolare attenzione alla gestione farmacologica dei sintomi e aspetti legati alla comunicazione fra operatori e fra questi e i pazienti”* a cui ho avuto l'opportunità di partecipare, ampliando così le mie conoscenze sulle cure palliative, ascoltando le esperienze di infermieri e medici esperti. Infine, ho constatato che gli infermieri delle cure domiciliari mostrano particolare interesse alla gestione dei pazienti che necessitano di cure palliative notando una collaborazione multidisciplinare nella pianificazione delle attività e nell'elaborazione delle strategie per garantire una presa in cura adeguata.

## **1. OBIETTIVO**

L'obiettivo del seguente elaborato è analizzare lo stato attuale delle conoscenze e competenze degli infermieri delle cure domiciliari nella provincia di Pesaro e Urbino in merito alla presa in cura dei pazienti con necessità di cure palliative.

In particolare, si intende esaminare il riconoscimento precoce dei cambiamenti clinico - assistenziali, la gestione dei sintomi e la capacità di affrontare le sfide che emergono nel contesto domiciliare.

Inoltre, questo progetto mira ad evidenziare l'importanza della formazione continua in cure palliative per garantire un'assistenza di qualità superiore per soddisfare le esigenze dell'assistito e della sua famiglia o care giver.

## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Fonti dei dati**

Per la stesura di questo elaborato è stato somministrato un questionario agli infermieri delle cure domiciliari della provincia di Pesaro e Urbino, composto da 15 domande a risposta chiusa e scale di valutazione di cui una a risposta aperta, somministrate mediante Google Moduli, garantendo l'anonimato.

Per la raccolta delle informazioni è stata chiesta l'autorizzazione alla Direzione dell'Azienda Sanitaria Territoriale.

Periodo di analisi: 19/06/2024 – 03/09/2024

Le risposte sono state inserite in un foglio di calcolo Excel, creati dei grafici e successivamente analizzati.

Per approfondire la ricerca, è stata consultata la banca dati di PubMed, utilizzato il motore di ricerca Google Scholar e siti quali "Società Italiana Cure Palliative", Ministero della Salute, Codice Deontologico Infermieri 2019, "International Association for Hospice and Palliative Care", Nurse24, National Cancer Control Programmers.

## **2.2 Parole chiave**

*“Palliative care nurse”, “Cure palliative”, “Cure palliative precoci”, “Gestione dei sintomi cure palliative”, “Cure domiciliari”, “Approccio palliativo”, “Disposizioni anticipate di trattamento”, “Formazione in cure palliative, “ nursing and end of life training”*”

### 3. DEFINIZIONE CURE PALLIATIVE

Il termine “palliativo” da cui deriva l’espressione “cure palliative” si riferisce alla parola latina “pallium” la quale significa mantello, protezione.

L’organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce le cure palliative come: *“Un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un’identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica , psicologica , sociale e spirituale (2002)”*. Con questa definizione le cure palliative vengono estese a tutte le *“malattie inguaribili”* intese come le malattie ad andamento cronico e degenerativo e che provocano sofferenza alla vita del paziente con l’obiettivo di alleviarla;

Questa definizione ci illustra come priorità *“una identificazione precoce e un ottimale trattamento del dolore”*, identificandolo come il sintomo principale. La gestione del dolore nell’assistenza infermieristica riveste un ruolo cruciale per migliorare il benessere e la qualità di vita del paziente. L’infermiere trascorrendo gran parte del tempo a fianco del paziente concorre ad una precoce identificazione del dolore. Questo consente di intervenire con un trattamento nell’immediato contribuendo a migliorare significativamente la qualità di vita dell’assistito.

Una ulteriore definizione è stata proposta dall’International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC): *“Le cure palliative sono le cure attive e globali degli individui di ogni età con importanti sofferenze legate alla salute a causa di patologie gravi e in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita. Le cure palliative hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro care giver”*.

Una presa in carico precoce del paziente è essenziale affinché si possa prevenire non solo il disagio fisico dovuto ai sintomi debilitanti ma anche il disagio psicologico, sociale e spirituale che può colpire sia il paziente che la famiglia o il care giver.

Un intervento tempestivo, basato sull’evidenza, rispettando i valori, la cultura e le credenze permetterà di migliorare la qualità di vita, alleviare la sofferenza di tutte le persone coinvolte all’interno del percorso.

*Art.24 del codice deontologico 2019: Cura nel fine vita “L’Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.*

*L’Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.*

### **3.1 Normativa nazionale**

In Italia, con la legge 38/2010 del 15 marzo sono state adottate “*Disposizioni e normative in merito alle cure palliative e alla terapia del dolore per la persona malata e per la sua famiglia*” al fine di garantire sempre la tutela e la volontà della persona assistita per ogni intervento che viene effettuato su di esso. Viene proposta una ulteriore definizione di 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*”. La persona malata si trova in una fase di irreversibilità, con progressiva perdita di autonomia, aumento del manifestarsi dei sintomi, in cui non vi è più lo scopo di guarigione dalla malattia ma il controllo dei disturbi che emergono.

Con questa legge il paziente mantiene sempre la propria dignità anche durante l’evoluzione della sua malattia e l’erogazione delle cure affinché ogni professionista possa garantire una gestione della sintomatologia nella miglior maniera possibile e il paziente possa condurre una qualità di vita degna.

Inoltre la legge n.38 stabilisce che l’accesso alle cure palliative a tutte le persone affette da “*una patologia ad andamento cronico ed evolutivo*” come viene citato nell’art. 2 comma 3 è il seguente “*malato: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono*

*inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;”* Non solo rivolte a malati oncologici ma a tutte le persone che presentano patologie ad andamento cronico degenerativo, neurologiche, respiratorie, cardiologiche.

La legge n.38/2010 individua tre reti di assistenza:

- Cure palliative
- Terapia del dolore
- Cure palliative e terapia del dolore pediatriche

La terapia del dolore viene definita come: *“L’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore”*.

La terapia del dolore è rivolta a tutti coloro che soffrono di un dolore acuto, cronico o chi sta affrontando una malattia cronico degenerativa ed ha l’obiettivo di non far provare alla persona il dolore inutile.

L’International Association for the Study of Pain definisce il dolore come *“Un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno.”*

*Art. 18 del codice deontologico 2019: dolore “ l’infermiere previene , rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.*

### **3.2 Disposizioni anticipate di trattamento – DAT**

Le disposizioni anticipate di trattamento definite come *“biotestamento”* sono regolamentate dalla *legge n.219 22 dicembre 2019* e sono entrate in vigore il *31 gennaio 2018*. La legge prevede la possibilità di esprimere la volontà della persona malata di

accettare o rifiutare di sottoporsi a determinati trattamenti sanitari qualora sussistano condizioni di incapacità; Condizioni necessarie sono che la persona sia:

- Maggiorennne
- Capace di intendere e volere
- Abbia acquisito tutte le informazioni necessarie sul suo stato di salute, sulle alternative di scelta e sulle eventuali conseguenze

Le DAT possono essere espresse attraverso forma scritta, qualora le condizioni fisiche dell'assistito non lo consentano è possibile effettuare una videoregistrazione per dare la possibilità di comunicare.

Esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in qualsiasi momento; Nel caso in cui situazioni di emergenza – urgenza impedissero la revoca delle DAT mediante le forme stabilite dalla legge, esse possono essere revocate con dichiarazione verbale videoregistrata o raccolta da un medico e due testimoni.

Tale legge rappresenta un progresso in sanità pubblica, poiché consente alle persone di esprimere le loro preferenze o il rifiuto riguardo a determinati accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, singoli trattamenti sanitari (inclusa la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale), anticipando condizioni di una completa perdita di autonomia.

Questa legge sancisce un diritto fondamentale per ogni individuo, la libertà di scegliere, garantendo al paziente la possibilità di partecipare attivamente alla relazione di cura. Così come l'infermiere si impegna a prendersi cura del paziente durante il percorso assistenziale, è indispensabile che la persona stessa si prenda cura di sé prima di tutto. È proprio da questa concezione che emerge il principio dell'autodeterminazione terapeutica che consente ad ogni individuo di stabilire fino a che punto e con quali limiti il proprio corpo possa essere trattato.

### **3.3 Sedazione palliativa**

La sedazione palliativa è una procedura terapeutica che, attraverso l'uso di farmaci sedativi, mira a ridurre o abolire lo stato di coscienza del paziente al fine di controllare le sofferenze dai sintomi che insorgono in fase di sospensione dai farmaci di sostegno vitale o in fase terminale.

È un atto terapeutico che non incide sulla durata della vita del paziente, per cui non deve essere confusa con l'eutanasia, poiché è una pratica con l'obiettivo di alleviare i sintomi fisici, psichici ingiustificati, garantendo una migliore qualità di vita negli ultimi momenti. Secondo la National Hospice and Palliative Care Organization statunitense lo scopo della sedazione palliativa non è l'abolizione della coscienza ma è il sollievo dalla sofferenza per rendere i sintomi più tollerabili dal paziente.

Si distinguono varie tipologie di sedazione palliativa, ognuna delle quali differisce in base alle esigenze cliniche e all'intensità dei sintomi da trattare:

*Sedazione profonda continua* mira ad eliminare completamente la coscienza della persona da quel momento fino al decesso, garantendo sollievo da tutti i sintomi fisici, psichici e sociali, assicurando una morte serena;

*Sedazione profonda temporanea o di sollievo* viene utilizzata per un periodo temporaneo, consentendo una rivalutazione dei sintomi nel tempo, con l'obiettivo di adattare il trattamento alle condizioni del paziente;

*Sedazione profonda intermittente* consente al paziente di avere dei periodi di veglia per verificare se i sintomi permangono o sono diventati tollerabili;

*Sedazione profonda superficiale, di media profondità e profonda* modulata in base alla gravità dei sintomi. Nei casi di emergenza, morte imminente o su esplicita richiesta del paziente può essere necessaria una sedazione profonda.

Ogni forma di sedazione palliativa è finalizzata a migliorare la qualità di vita del paziente negli ultimi suoi momenti di vita, rispettando le sue scelte e la sua dignità.

## 4 FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN CURE PALLIATIVE

*“L’educazione continua in medicina è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del sistema sanitario e al proprio sviluppo professionale;”*

La formazione infermieristica in cure palliative si rivela fondamentale per promuovere la crescita professionale e garantire un’assistenza di alta qualità; Comprende l’acquisizione di nuove conoscenze, abilità e nuove attitudini utili da mettere in pratica per una assistenza idonea. Il contributo degli infermieri nelle cure palliative acquisisce un valore inestimabile, mettendo in evidenza l’importanza del ruolo infermieristico nell’assistenza diretta ai pazienti con malattie che compromettono la qualità e la durata della vita.

La formazione in cure palliative deve basarsi sui bisogni di assistenza della persona, garantendo un approccio olistico centrato sul paziente che tenga conto degli aspetti clinici e della sfera psicologica, sociale e spirituale.

È essenziale che i professionisti sanitari siano formati per identificare e gestire in modo efficace i sintomi, comunicare, creare una assistenza personalizzata.

È essenziale che la formazione in questo ambito inizi già dal percorso universitario e che gli infermieri inseriti nel mondo lavorativo abbiano accesso continuo a percorsi di formazione specifici; Questo consentirebbe loro di essere adeguatamente preparati a riconoscere ed affrontare i bisogni primari sin dalle prime fasi della malattia. Tra i bisogni primari rientrano la gestione del dolore, il controllo dei segni e sintomi associati alla patologia, l’importanza di una comunicazione efficace e la capacità di affrontare l’impatto psicologico del paziente e dei famigliari.

Con l’avanzare della malattia, il paziente può sperimentare uno squilibrio che coinvolge la sfera fisica, psicologica, sociale e spirituale, richiedendo di saper prendere decisioni complesse. Condizioni che richiedono personale specializzato.

Inoltre, gli infermieri devono essere preparati a mettere in atto delle strategie mirate al confort della persona affetta da patologia inguaribile, assicurandogli una morte naturale e dignitosa.

La competenza nelle cure palliative è un obbligo etico per tutti gli infermieri.

La pandemia da covid 19 ha messo in luce significative carenze nelle competenze degli infermieri, tra cui difficoltà nella gestione delle manifestazioni psicologiche, nella

comunicazione efficace e nel riconoscimento dei sintomi specifici delle patologie terminali.

*L'American Association of Colleges of Nursing (AACN) ha ideato l'End of Life Nursing Education Consortium (ELNEC), il quale ha offerto un piano di risorse e strumenti per la gestione dei sintomi quali dispnea, dolore, tosse, astenia, delirio, tipici della malattia da covid- 19.*

L'AACN ha ideato un documento che evidenzia le competenze che gli studenti infermieri dovrebbero acquisire al termine del percorso di laurea. Tra queste viene posta particolare attenzione all'assistenza dei pazienti terminali che necessitano cure palliative. Il documento mostra l'importanza dell'uso di strumenti di autovalutazione, riconosciuti come un metodo efficace per favorire l'integrazione e l'estensione delle competenze teoriche nella pratica clinica, permettendo agli studenti di riflettere sul proprio livello di preparazione e migliorare costantemente le loro capacità di risposta ai bisogni del paziente.

Aggiornarsi costantemente attraverso corsi ed esperienze cliniche sul campo, aiuta ad approfondire le proprie conoscenze e competenze, affinché si riesca a rispondere adeguatamente alle sfide che emergono durante il percorso del fine vita, favorendo una migliore qualità di vita sia per il paziente, sia per la sua famiglia. Infine, le opportunità di debriefing formale con i colleghi del team multidisciplinare rappresentano momenti fondamentali per favorire lo sviluppo di comportamenti adattivi. Questi incontri offrono spazi di riflessione condivisa, permettendo ai professionisti di raccontare le loro esperienze legate all'assistenza palliativa. Inoltre, fungono anche da momenti di insegnamento critico in cui è possibile confrontarsi su soluzioni, migliorare l'approccio nella gestione del paziente in fase terminale.

## 5. RISULTATI

### 5.1 Analisi del questionario

Il questionario è stato rivolto agli infermieri delle cure domiciliari della provincia di Pesaro e Urbino, includendo ADI (assistenza domiciliare integrata) di: Mondolfo, Fano, Pesaro, Urbino, Cagli, Macerata Feltria, Urbania, Fossombrone, Pergola.

A seguire, vengono illustrati i risultati dell'analisi.

Le risposte ottenute sono state 53.

Domanda 1: “ *Ritiene che la formazione continua in cure palliative possa ottimizzare il percorso assistenziale e migliorare gli esiti clinici per i pazienti?* ”



Le opzioni di risposta offerte erano “sì” o “no”. Su 53 risposte ottenute, i medici ritengono che la formazione possa migliorare la qualità del percorso assistenziale ed avere un impatto positivo sui pazienti, mentre lo 0% degli infermieri ritiene che la formazione in cure palliative sia inutile.

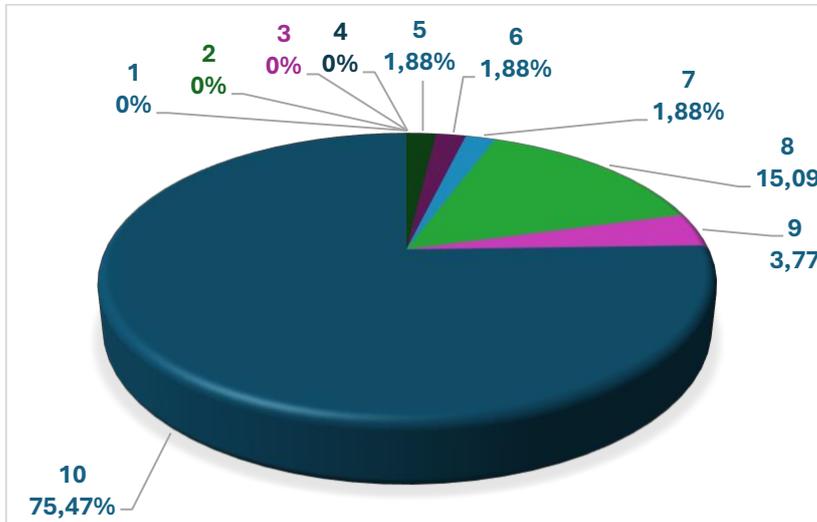
Domanda 2: “Quali strategie ritiene possano essere utilizzate per una gestione efficace dei sintomi nei pazienti sottoposti a cure palliative?”



A questa domanda gli infermieri avevano la possibilità di scegliere fino a tre delle alternative proposte. Analizzando le risposte, le due strategie di gestione della sintomatologia ritenute più efficaci sono gli interventi farmacologici con una percentuale dell'88,70% e le tecniche di rilassamento (meditazione, yoga, respirazione profonda) indicate dal 52,80%.

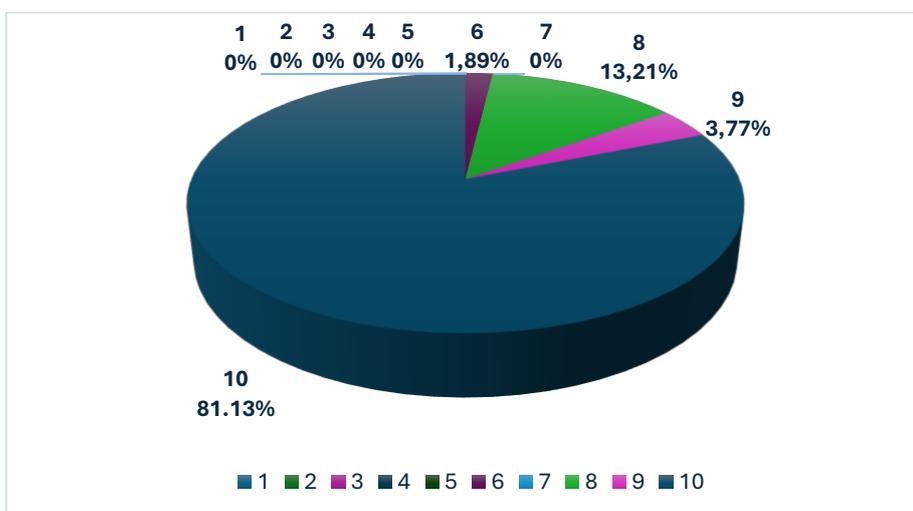
Altre strategie di gestione ma comunque rilevanti sono la nutrizione/idratazione 39,60%, musicoterapia 24,50%, Doll therapy/pet therapy 23%, assistenza spirituale 24,50%; In percentuali più basse, troviamo fisioterapia/massoterapia 15,10% e agopuntura 1,90%.

Domanda 3: “Quanto è importante promuovere l'autonomia del paziente e fornire educazione al care giver/famiglia per l'assistenza quotidiana?”



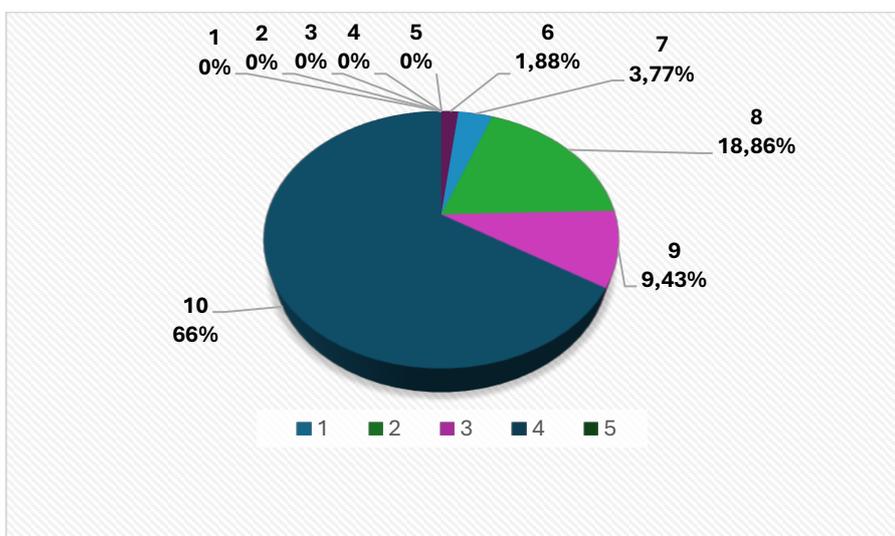
La domanda implicava una risposta su una scala di valutazione da 1 a 10 dove 1 indica “per niente importante” e 10 “molto importante” ; Nel seguente grafico emerge che il 75,47% degli infermieri ha assegnato nella scala numerica il massimo del punteggio considerando che è molto importante saper promuovere l'autonomia del paziente. Il 3,8% ha attribuito 9, il 15,1% ha assegnato 8, l'1,9% ha indicato 7, l'1,9% ha scelto 6, infine, un altro 1,9% ha selezionato 5.

Domanda 4: “*Quanto è importante la gestione al domicilio dei farmaci per la somministrazione palliativa?*”



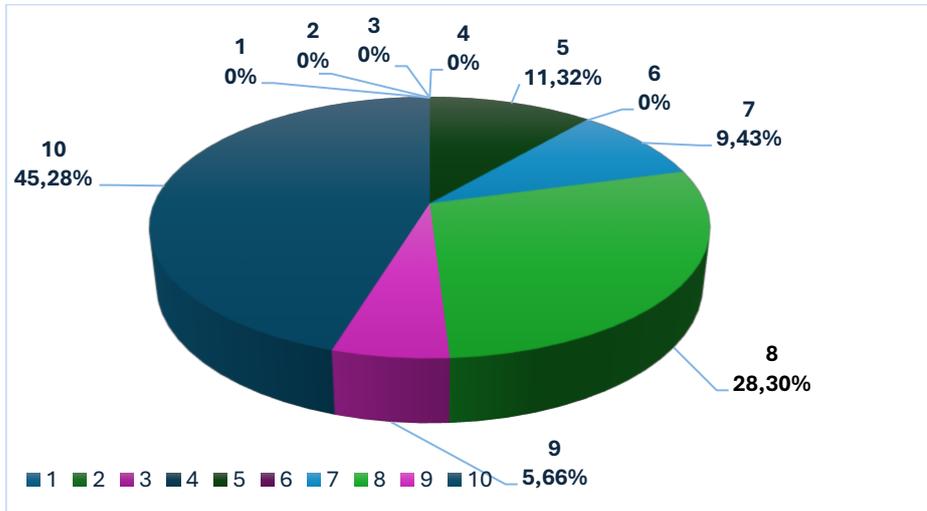
La domanda implicava una risposta da 1 a 10. Il seguente grafico illustra che l’81,13% degli infermieri ritengono che la gestione al domicilio dei farmaci sia molto importante. Il 3,77% su una scala da 1 a 10 ha assegnato 9, il 13,21% ha scelto 8, l’1,9% ha indicato 6. Le altre alternative non hanno ricevuto risposta.

Domanda 5: “*Importanza della capacità di rilevare i cambiamenti clinici che interessa la persona malata*”



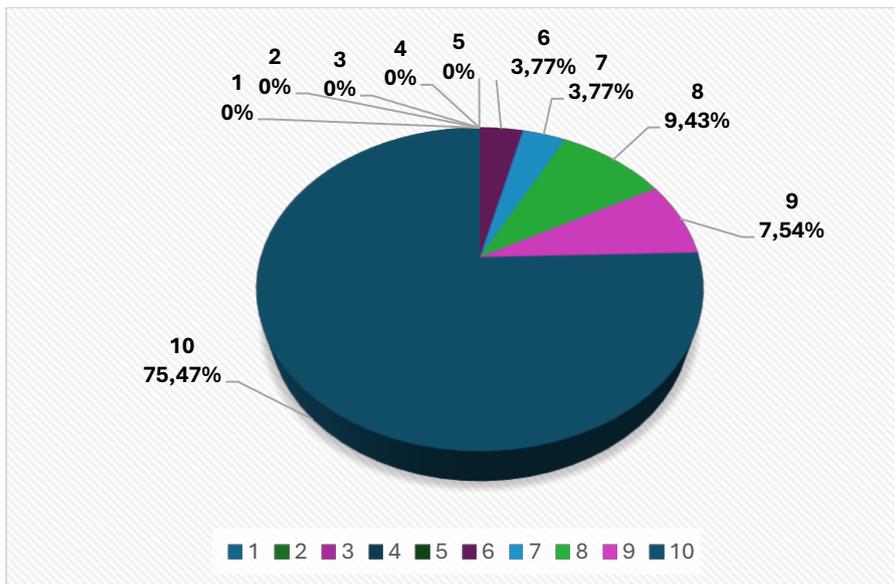
Dall’analisi del grafico emerge che il 66% degli infermieri delle cure domiciliari ritiene che è molto importante (10) saper rilevare i cambiamenti clinici dell’assistito. Il 9,4% su una scala da 1 a 10 considerando che 10 equivale al massimo ha scelto 9, il 18,86% ha assegnato 8, il 3,8% ha attribuito 7, l’1,9% ha indicato 6.

Domanda 6: "Importanza dell'utilizzo della scala ESAS per la valutazione multidimensionale della sintomatologia"



I risultati di questo grafico ci evidenziano che il 45,28% degli infermieri delle cure domiciliari ritengono che l'utilizzo della scala ESAS da somministrare al paziente a cui è prescritta la palliazione risulti fondamentale per una ottima valutazione della sintomatologia. Da notare che le percentuali si distribuiscono lungo la scala da 1 a 10. Il 5,66% ha assegnato un punteggio di 9, il 28,30% degli infermieri hanno scelto 8, il 9,43% ha indicato 7 infine l'11,3% ha selezionato un punteggio di 5.

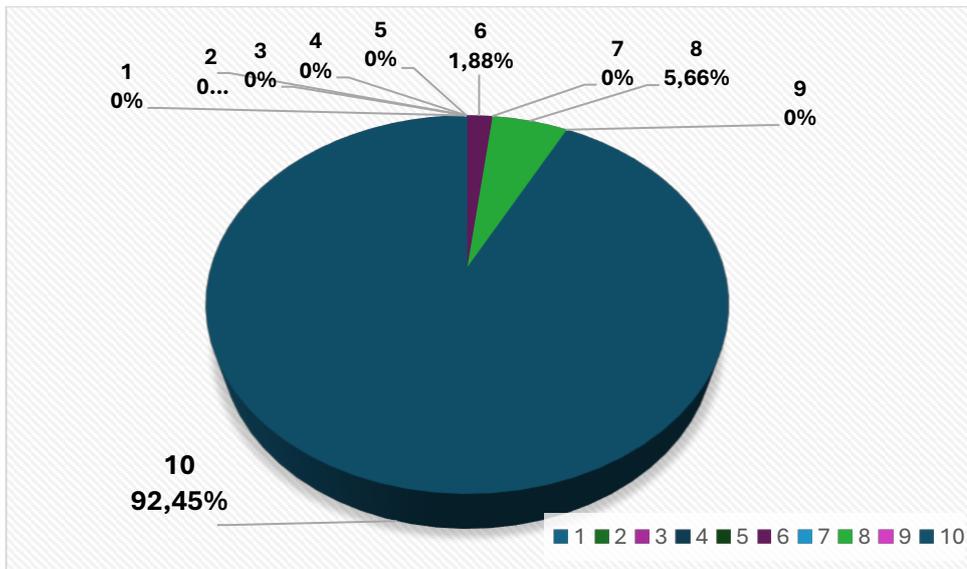
Domanda 7: “Competenza nella gestione del processo assistenziale dal momento della presa in carico fino al fine vita”



La domanda implicava una risposta da 1 a 10, dove 1 indica “*per nulla competente*” e 10 “*molto competente*”. Dal grafico emerge che il 75,47% degli infermieri si ritengono molto competenti votando sulla scala il massimo del punteggio.

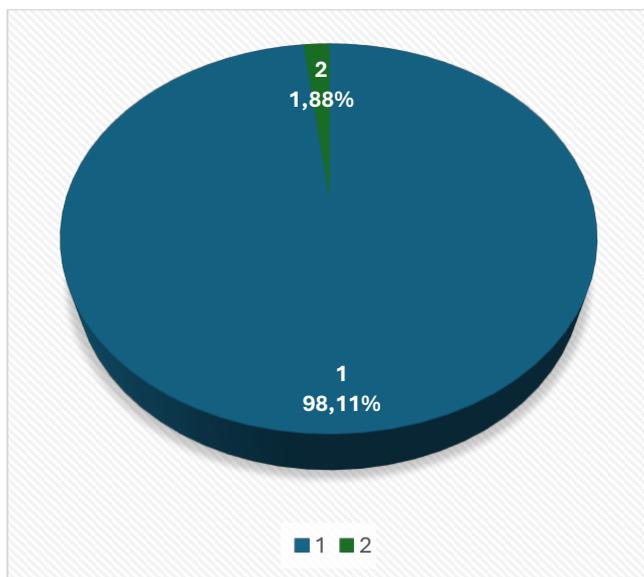
Il 7,54% ha scelto 9, il 9,43% ha assegnato punteggio 8, il 3,77% ha attribuito sulla scala il numero 6 e 7. Nessuno degli infermieri delle cure domiciliari ha indicato punteggio da 1 a 5.

Domanda 8: “Garantire la tutela della persona nel rispetto della dignità e volontà”



Dall'analisi delle risposte viene illustrato che il 92,45% degli infermieri delle cure domiciliari ritiene molto importante, attribuendo, su una scala da 1 a 10, il punteggio massimo di 10, garantire la tutela della persona assistita nel fine vita. Il 5,7% ha assegnato un punteggio di 8 mentre l'1,9% ha scelto 6. È quindi possibile dedurre che tutelare la persona, nel rispetto delle sue decisioni, sia una condizione necessaria e integrata nel processo assistenziale durante la fase del fine vita.

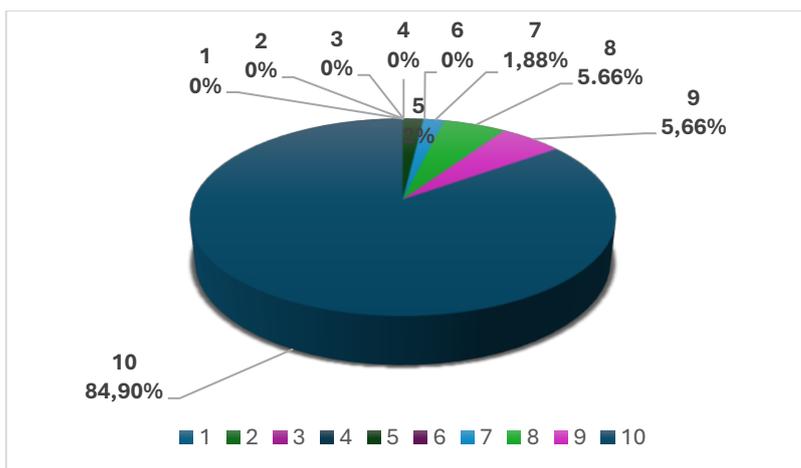
Domanda 9: “Capacità di pianificare interventi personalizzati, appropriati, efficaci ed efficienti in grado di saper rispondere ai bisogni dell’assistito.”



La risposta alla domanda implicava due opzioni di risposta: *si*” e *no*”.

Analizzando le risposte ottenute mediante un grafico, si evidenzia che il 98,11% degli infermieri si ritengono in grado di pianificare interventi personalizzati all’assistito, mentre l’1,88% degli infermieri non si ritiene in grado.

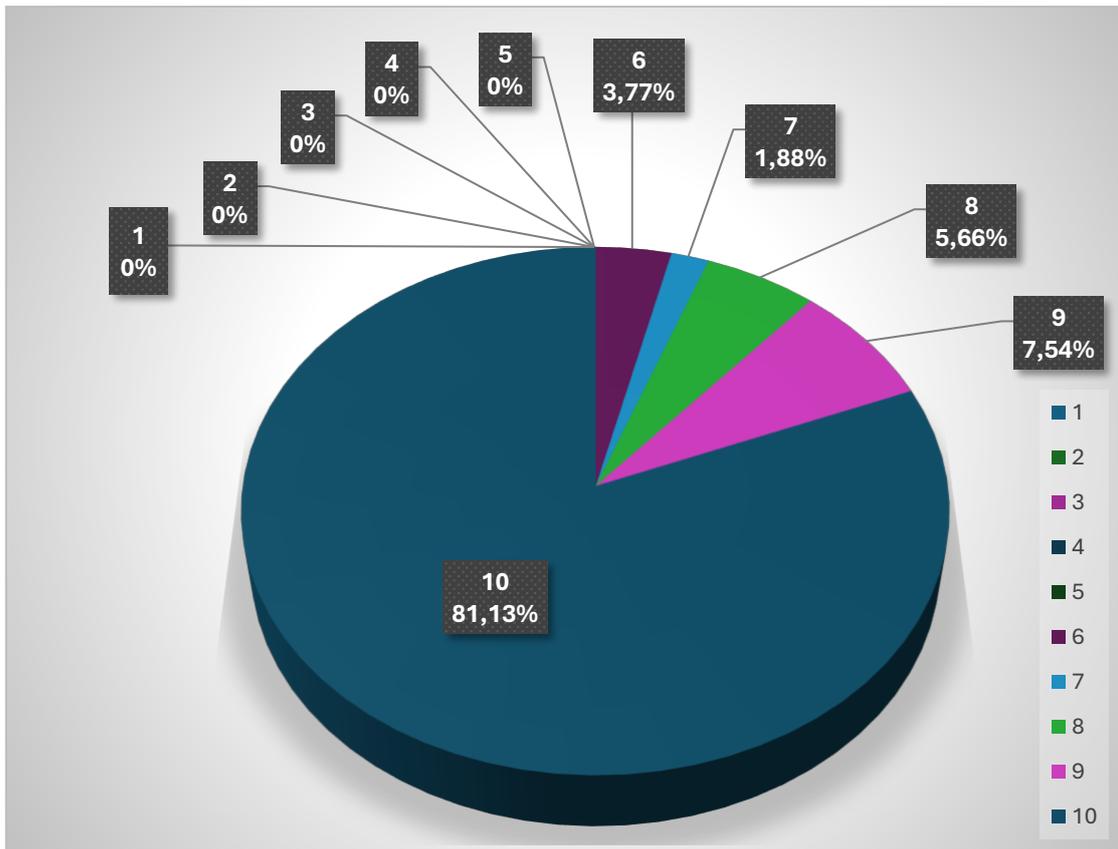
Domanda 10: “Attivare una comunicazione efficace che possa avere beneficio nella relazione infermiere – paziente/care giver”



L’analisi del grafico mostra che l’84,90% degli infermieri delle cure domiciliari della provincia di PU si ritiene molto competente nel gestire una comunicazione efficace, assegnando un punteggio massimo di 10 su una scala da 1 a 10. Il 5,7% ha assegnato voto

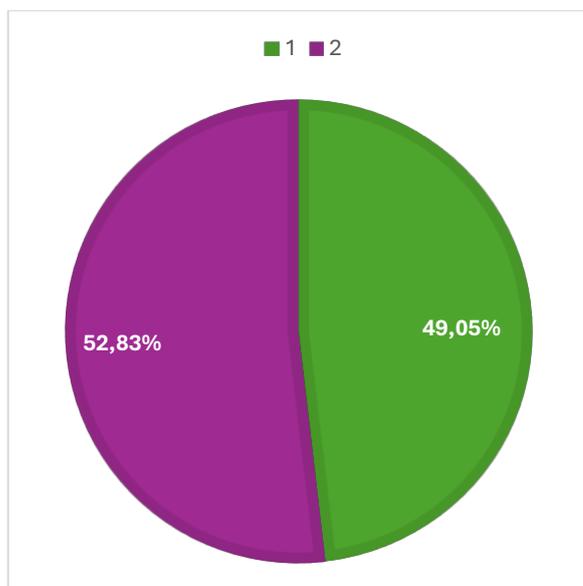
pari a 8 e 9 mentre l'1,9% ha assegnato per 5 e 7. Nessuno ha scelto gli altri valori presenti sulla scala numerica.

Domanda 11: *“Capacità di lavorare all'interno dell'equipe multidisciplinare per il raggiungimento degli obiettivi e la gestione dei problemi assistenziali”*



I risultati ci illustrano che l'81,13% degli infermieri si ritengono capaci di lavorare all'interno di una equipe multidisciplinare assegnando un punteggio di 10 su una scala da 1 a 10. Il 7,54% hanno attribuito un punteggio pari a 9, il 5,66% ha scelto un punteggio pari a 8, l'1,88% ha selezionato il punteggio pari a 7, infine il 3,77% degli infermieri ha affermato punteggio pari a 6.

Domanda 12: “Ha avuto esperienza nella gestione della sedazione palliativa?”



La risposta implica due opzioni di risposta sì e “no”.

Il 49,05 % (26 risposte) degli infermieri ha attribuito una risposta affermativa “sì”, mentre il 52,83% (28 risposte) ha assegnato risposta negativa “no”.

Domanda 12bis: “ *Se sì, come è avvenuta la gestione del percorso?*”

In riferimento alla domanda precedente, che ha ottenuto 26 risposte affermative, questa domanda ha ricevuto un totale di 21 risposte.

Di seguito sono riportati i feedback forniti dagli infermieri delle cure domiciliari della provincia di PU, riguardo il tema della sedazione palliativa:

NUMERO	RISPOSTA
1	Presa in cura precoce che facilita la terminalità in sedazione palliativa terminale per la buona conoscenza della persona malata e la sua famiglia per tutte le decisioni fino al post-lutto
2	Medici di medicina generale poco disponibili e poca comunicazione e educazione alle cure terminali hanno spesso paura di somministrare terapie con oppioidi costanti terapie infusive in fase terminale che comportano edema polmonare con molta educazione alla famiglia credo si possano migliorare queste difficoltà
3	In collaborazione multidisciplinare con medici hospice Fossombrone
4	Sedazione palliativa domiciliare in equipe (infermiere ADI e medico palliativista)
5	Da tirocinante ho avuto questa esperienza in hospice, dopo colloquio tra familiari e palliativisti, dal momento che sopraggiunge al pz fame d'aria , dispnea severa .
6	È avvenuta nel rispetto delle volontà in primis della persona malata e della

	famiglia ma sempre grazie alla collaborazione del medico palliativista in quanto la maggior parte dei MMG hanno poca esperienza
7	Attivazione MMG per team cure palliative. A domicilio addestramento alla famiglia. Posizionamento elastomero e monitoraggio operatori sanitari due volte die e reperibilità telefono
8	A domicilio
9	Buona gestione
10	Con partecipazione costanze del care giver
11	Tirocinio in UO Hospice
12	Si è condiviso la presa in carico con i medici di cure palliative e ci sono stati accessi a domicilio effettuati anche due volte al giorno e al bisogno fino al giorno del decesso.
13	La gestione del percorso è avvenuta in stretto contatto con il medico palliativista che prende in carico il pz.
14	Presenza in carico multidisciplinare e continuo aggiornamento dell'équipe di tutte le modificazioni cliniche assistenziali
15	Scarsa collaborazione interdisciplinare
16	Sotto la guida del palliativista, prescrizione medica, collaborazione con famiglia e infermiere di famiglia e di comunità.
17	Ipnocici ed oppioidi per ridurre coscienza e dolore, colloquio con familiari per

	prepararli a ciò che sarebbe accaduto e collaborazione multidisciplinare
18	Se l'assistito è in carico da più tempo è necessario redigere le pcc insieme al pz . Comunque, anche nelle prese in carico recenti la comunicazione con il pz è fondamentale per l'accettazione della sedazione palliativa per la gestione dei sintomi disturbanti
19	con collaborazione in equipe e con i familiari attraverso strumenti operativi
20	rispettando le scelte del paziente, affiancando la famiglia, in collaborazione con l'equipe.
21	le esperienze che ho avuto nella gestione della sedazione palliativa sono state positive, nel senso che si è instaurata una buona collaborazione con il MMG ,per quanto concerne la terapia farmacologica e cosa per me indispensabile una buon rapporto, con i familiari ,che ha permesso di accompagnare il paziente nella fase terminale in modo dignitoso

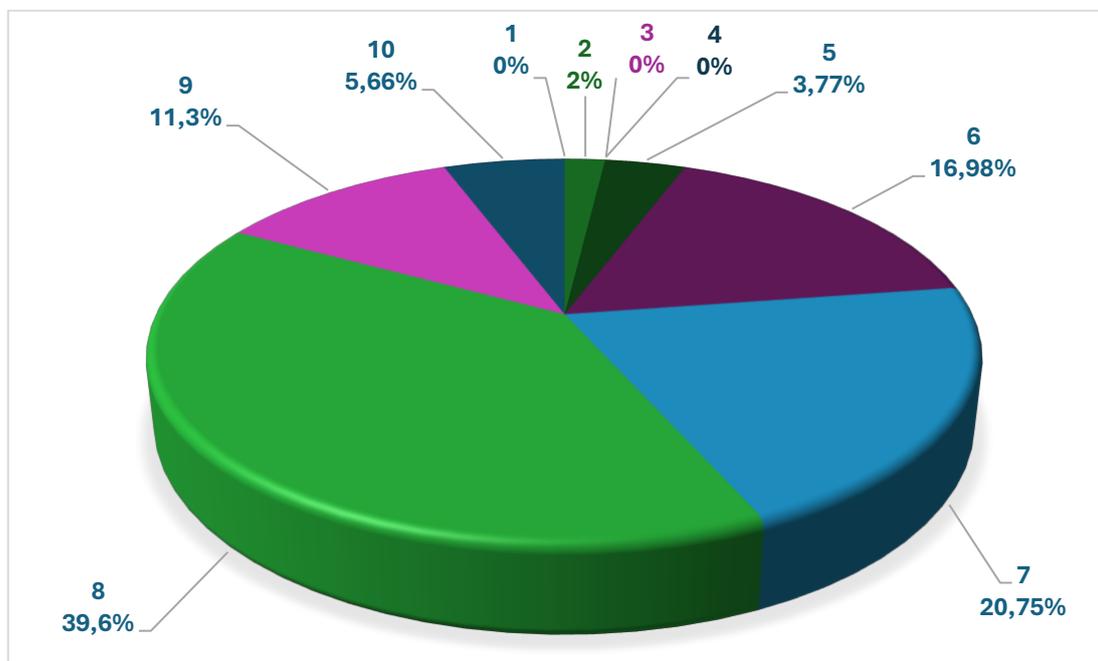
Analizzando ogni risposta emergono alcuni aspetti fondamentali e diverse criticità al riguardo dell'assistenza al malato terminale a domicilio.

- Aspetti positivi:
  - Presa in cura precoce: Facilita l'instaurarsi di una relazione profonda con il malato e la sua famiglia, permettendo decisioni condivise fino al post lutto. Questo approccio agevola la sedazione palliativa nel rispetto della volontà della persona assistita.

- Collaborazione multidisciplinare: Il lavoro in equipe risulta fondamentale per una buona gestione a domicilio del paziente. Inoltre, la presenza di medici dell'Hospice di Fossombrone è stata evidenziata come utile nelle decisioni.
  - Coinvolgimento della famiglia: educare la famiglia del paziente è fondamentale per migliorare la gestione dell'assistenza domiciliare. In particolar modo fornire loro le competenze necessarie per riconoscere i sintomi ed intervenire tempestivamente, consente di affrontare in modo più efficace le esigenze cliniche del paziente.
  - Monitoraggio frequente: La presenza di più operatori sanitari che eseguono accessi domiciliari e la reperibilità telefonica garantiscono una gestione efficace delle condizioni cliniche del paziente, migliorando la qualità dell'assistenza.
  - Esperienze positive: Alcuni infermieri riportano esperienze positive in collaborazione con i medici di medicina generale ed i palliativisti, sottolineando l'importanza di un buon rapporto con i famigliari, affinché si possa creare una comunicazione efficace per una gestione dignitosa nella fase terminale.
- Punti critici:
    - Scarsa collaborazione dei medici di medicina generale: Spesso hanno poca conoscenza sulle cure palliative; questo rende difficoltosa la somministrazione a domicilio di terapie farmacologiche necessarie per i pazienti.
    - Scarsa comunicazione e formazione: Alcuni infermieri evidenziano una mancanza di comunicazione tra i professionisti coinvolti nel processo di assistenza e una mancanza di conoscenze e competenze riguardo la gestione delle cure palliative che può influire negativamente sulla qualità dell'assistenza.
    - Collaborazione interdisciplinare insufficiente: nonostante alcuni esempi di buona collaborazione, emerge anche una difficoltà nella cooperazione tra i professionisti

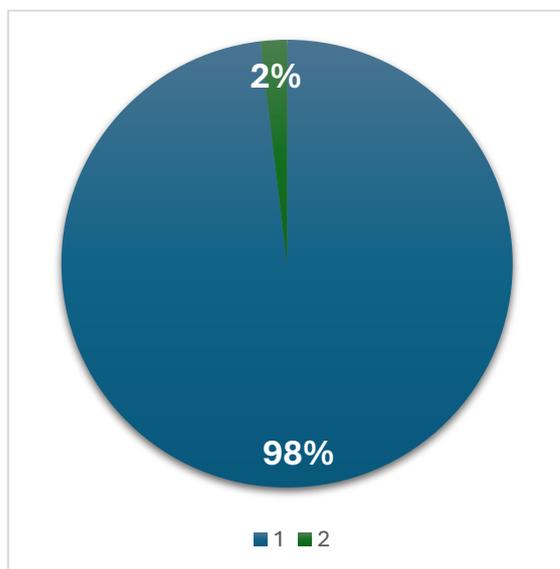
- Gestione dei sintomi: Alcuni infermieri segnalano difficoltà nella gestione dei sintomi.

Domanda 13: *“Quanto si sente soddisfatto dell’assistenza che presta ai pazienti?”*



Analizzando il grafico si evidenzia in una scala da 1 a 10, dove 1 indica *“per nulla soddisfatto”* e 10 *“molto soddisfatto”*, gli infermieri non tutti hanno espresso il massimo del punteggio. Soltanto il 5,66% ha dichiarato di essere molto soddisfatto dell’assistenza che presta ai pazienti; L’11,3% degli infermieri ha assegnato 9, mentre la maggior parte ha attribuito punteggio pari a 8 con una percentuale del 39,6%. Il 20,75% ha scelto 7, il 16,98% ha indicato 6. Le percentuali più basse sono state del 3,77% per il punteggio di 5 e il 2% per il punteggio di 2. Dai risultati si può concludere che vi è una varietà dei livelli di soddisfazione dell’assistenza offerta ai pazienti.

Domanda 14: *“Ritiene necessario un supporto psicologico individuale o collettivo dei professionisti per migliorare l’assistenza alla persona e tutelarla?”*



La domanda implicava due opzioni di risposta “*si*” e “*no*”. Dall’analisi dei risultati il 98% degli infermieri delle cure domiciliari che hanno partecipato al questionario ritengono che un supporto psicologico sia necessario, soltanto il 2% ha riportato una risposta negativa.

## 6. DISCUSSIONE

Dallo studio compiuto per la stesura di questo elaborato emergono diverse considerazioni inerenti alle competenze e le conoscenze degli infermieri delle cure domiciliari della provincia di Pesaro e Urbino nell'ambito delle cure palliative domiciliari.

L'approccio che caratterizza la professione infermieristica nella realtà delle cure palliative è caratterizzato da una valutazione multidimensionale, che permetta di individuare precocemente i reali bisogni dei pazienti e prendersi cura di questi ultimi in modo adeguato. L'assistenza è un fenomeno complesso e nella maggior parte delle volte sia gli operatori sanitari che i pazienti hanno difficoltà ad affrontare la difficile situazione in cui vengono coinvolti.

Analizzando le risposte del questionario, emerge che la formazione continua infermieristica in cure palliative rappresenta uno strumento indispensabile per la sicurezza del servizio offerto al malato ed alla sua famiglia. Una adeguata preparazione in cure palliative consente ai professionisti sanitari di ottimizzare il percorso assistenziale, affrontare in modo efficace la sintomatologia, individuare tempestivamente i cambiamenti clinico – assistenziali ed utilizzare strategie efficaci per la gestione dei sintomi.

Dallo studio si evince che gli infermieri delle cure domiciliari non solo riconoscono l'importanza degli interventi farmacologici nella gestione dei sintomi dei pazienti nel percorso palliativo, ma valutano anche come efficaci le strategie non farmacologiche. Per cui l'adozione di queste strategie di intervento si dimostrano importanti non solo per alleviare il dolore fisico ma anche quello psicologico ed emotivo del paziente. Questo approccio, integrato alla somministrazione dei farmaci, consente di ampliare la visione multidisciplinare delle cure palliative, integrando le diverse competenze professionali e garantire una assistenza più completa e personalizzata.

I risultati ci evidenziano inoltre che la maggior parte degli infermieri intervistati riconoscono l'importanza di scale di valutazione per la rilevazione della sintomatologia, tra queste la scala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) per una valutazione multidimensionale dei sintomi comuni e visualizzare se emergono rapidi cambiamenti

clinici. Questo ci conferma l'utilità della scala di valutazione per assicurare una gestione efficace e personalizzata dei sintomi manifestati dal paziente, migliorando la qualità dell'assistenza.

I dati ci consentono di soffermarci su un aspetto cruciale dell'assistenza: l'educazione al paziente, al care giver ed alla famiglia, affinché si possa promuovere o mantenere l'autonomia, consentendo loro di partecipare attivamente alla gestione della malattia. Educare su come gestire il controllo dei sintomi, come agire in caso di rapidi cambiamenti clinici, la pianificazione delle attività quotidiane, consente alla persona di essere tutelata, preservando la sua dignità e migliorando la sua qualità di vita, incoraggiando la persona a prendere delle decisioni consapevoli e promuovendo un clima di partecipazione da parte della famiglia con l'equipe sanitaria. Inoltre, la comunicazione è un elemento essenziale del processo assistenziale e non deve mai essere casuale, ma deve essere mirata e funzionale. Essa è considerata un aspetto di fondamentale importanza che contribuisce a creare una relazione di fiducia con il paziente e la sua famiglia. Al tempo stesso è cruciale che esista una comunicazione tra i componenti dell'equipe sanitaria per garantire lo scambio di informazioni e mantenere tutti aggiornati sull'evoluzione clinica del malato, facilitando il processo decisionale. Il processo assistenziale di un paziente che richiede cure palliative si sviluppa dalla fase di presa in cura fino al momento del fine vita. In base ai dati emersi, la maggior parte degli infermieri delle cure domiciliari si sente molto competente nella gestione di questo processo. Inoltre, riguardo al livello di soddisfazione relativo all'assistenza erogata ai pazienti, si riscontra una distribuzione variegata con una prevalenza di risposte su punteggio medio - alto. Questo suggerisce che vi siano ancora margini di miglioramento per aumentare il loro grado di soddisfazione.

Tuttavia, al momento del fine vita, è possibile che il paziente necessiti di sedazione palliativa. Le risposte al questionario indicano che circa la metà degli infermieri ha partecipato almeno una volta a procedure di sedazione palliativa, mentre l'altra metà non ha mai avuto questa esperienza.

Interessanti sono alcuni aspetti emersi dalla domanda a risposta aperta, di seguito riportati i punti rilevanti di quanto scrivono: “ *è avvenuta nel rispetto delle volontà...*”, “ *in collaborazione multidisciplinare con medici hospice Fossombrone*” “*scarsa collaborazione interdisciplinare*”, “*presa in carico multidisciplinare e continuo aggiornamento dell'equipe di tutte le modificazioni clinico – assistenziali*”.

Questo fa comprendere quanto sia importante garantire un'assistenza dove il rispetto e la tutela siano un aspetto fondamentale e dove solo con un lavoro di squadra si possa garantire una assistenza di qualità. Inoltre un'altra risposta ottenuta *“da tirocinante ho avuto questa esperienza in hospice”* ci fa capire quanto l'istruzione e l'esperienza clinica nell'ambito delle cure palliative possa influenzare le conoscenze e l'atteggiamento del professionista nei confronti di questo percorso.

Infine, è emersa l'importanza del benessere psicologico degli infermieri che partecipano al percorso assistenziale. L'analisi dei dati ha rivelato che gli infermieri avvertono la necessità di un supporto psicologico per affrontare le complessità emotive e le sfide che derivano dal paziente in fase terminale. Questo supporto può rivelarsi fondamentale per aiutarli ad elaborare le esperienze difficili, a mantenere un approccio umano e prevenire il burnout.

### **Punti di forza**

Le cure palliative domiciliari sono un argomento di grande rilevanza e di crescente necessità assistenziale per pazienti con malattie terminali e croniche. Questo elaborato ci permette di porre un maggior focus su quelle che sono le caratteristiche del territorio di Pesaro – Urbino, rendendo così i risultati applicabili a programmi di miglioramento per implementare la qualità dell'assistenza erogata. Inoltre, altro elemento favorevole, l'autovalutazione delle competenze e delle conoscenze degli infermieri ha permesso di individuare punti di forza ed una maggiore consapevolezza sul livello di preparazione degli infermieri.

### **Limiti del progetto**

Il primo limite è rappresentato dalla somministrazione per via telematica del questionario, il quale ha comportato un campione di piccole dimensioni.

Un altro vincolo che si è posto è l'estensione geografica del territorio di Pesaro e Urbino che ha reso più complesso un approccio diretto con gli infermieri.

Infine le risposte ottenute tramite questionario potrebbero essere influenzate da fattori come ad esempio la difficoltà degli infermieri ad esprimere pienamente le loro opinioni tramite questionario, oppure non riflettere le sfide che affrontano quotidianamente, specialmente in situazioni complesse come le cure palliative.

## 7. CONCLUSIONE

Alla luce di quanto discusso si può affermare che la formazione continua infermieristica si rivela fondamentale per consentire a tutti i professionisti sanitari di svolgere le attività in maniera completa e pertinente, rispondendo alle reali necessità degli individui.

Secondo la letteratura scientifica, in merito alla formazione, evidenzia i significativi progressi compiuti dall'American Association of Colleges of Nursing Essential, che ha stilato un documento definito "Core Competencies for Professional Nursing Education", il quale sottolinea le competenze che gli studenti di infermieristica dovrebbero possedere al termine del loro percorso di studi. Un esempio di programma di educazione diffuso è "End of Life Nursing Education Consortium", adottato da quasi 1000 università, il quale propone strumenti di autovalutazione per aiutare gli studenti infermieri ad applicare le conoscenze teoriche nella pratica e valutare continuamente il proprio livello di preparazione.

Gli infermieri delle cure domiciliari della provincia di Pesaro e Urbino ritengono che sia essenziale essere costantemente aggiornati affinché possano ricevere la giusta formazione in ambito palliativo, che non solo arricchirà le loro competenze professionali, ma contribuirà anche a garantire la sicurezza e la qualità del servizio offerto.

Dall'indagine condotta è emerso che gli infermieri dimostrano di avere solide competenze nell'assistenza domiciliare in ambito di cure palliative. Inoltre, le loro capacità relazionali e comunicative risultano essere particolarmente efficaci per instaurare un rapporto di fiducia con l'individuo e la famiglia, garantendo un'assistenza empatica.

Inoltre, si ritiene che un supporto psicologico dei professionisti sia indispensabile e necessario, in quanto volto a migliorare il benessere emotivo e psicologico degli infermieri coinvolti nel percorso di cure palliative.

Questo sostegno si definisce essenziale affinché possa garantire loro un equilibrio necessario per offrire una assistenza di qualità e prevenendo che il disagio emotivo influisca negativamente sulla loro salute personale.

In conclusione, si ritiene che sia fondamentale potenziare il sistema delle cure palliative per garantire un'assistenza efficace ed elevati standard assistenziali di cura.

Questo implica non solo un miglioramento delle risorse a disposizione, ma richiede un impegno costante nell'implementazione dei servizi di supporto psicologico per i professionisti e nello sviluppo di programmi di formazione in ambito di cure palliative.

*“Amiamo la vita non perché siamo abituati alla vita, ma perché siamo abituati ad amare.”*

*Friedrich Nietzsche*

## 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Consenso informato e DAT, cosa prevede la norma; Pubblicato il 07.12.18 di Daniela Berardinelli Aggiornato il 30.11.20  
<https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/consenso-informato-dat-cosa-prevede-norma.html>
2. FNOPI. Codice deontologico 2019  
[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2688/codice%20deontologico\\_2019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf)
3. International association for Hospice and Palliative Care  
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
4. Legge 38/2010 Art. 2 comma 3  
<https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-03-19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070>
5. Magnani C, Peruselli C, Tanzi S, Bastianello S, Bonesi MG, Moroni L, Orsi L, .  
Complessità e cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2019;21(3):196-203. doi 10.1726/3225.32031 <https://www.ricp.it/archivio/3225/articoli/32031/>
6. Ministero della salute – disposizioni anticipate di trattamento  
<https://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?id=4954&area=dat&menu=vuoto>
7. Ministero della salute  
[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge)
8. Moroni L, Peruselli C, Fortini G, Orsi L, Bastianello S, Di Silvestre G, Rizzi B, Bonesi MG. Il modello organizzativo in cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2019;21(4):248-252. doi 10.1726/3283.32557  
<https://www.ricp.it/archivio/3283/articoli/32557/>
9. National Cancer Control Programmers – Policies and managerial guidelines 2en Edition page. 84

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Parekh de Campos A, Levoy K, Pandey S, Wisniewski R, DiMauro P, Ferrell BR, Rosa WE. Integrare le cure palliative nelle cure infermieristiche. *Sono J Nurs.* 2022 Nov 1;122(11):40-45. doi: 10.1097/01. NAJ.0000897124.77291.7d. PMID: 36261904; PMCID: PMC9889110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36261904/>
11. Peruselli C. Le cure palliative precoci. *Recenti Prog Med* 2015;106(5):201-202. doi 10.1701/1868.20400 <https://www.recentiproggressi.it/archivio/1868/articoli/20400/>
12. Sedazione palliativa – federazione cure palliative <https://www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/sedazione-palliativa#:~:text=La%20sedazione%20palliativa%2C%20nelle%20diverse,pertanto%20confusa%20con%20l'eutanasia>
13. Società italiana di cure palliative <https://www.sicp.it/informazione/news/2020/07/una-nuova-definizione-di-dolore/>
14. Infermiere in Cure Palliative e Hospice, pubblicato il 29/07/2016 di Ilaria Mazzini, aggiornato il 19/12/2017 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-psichiatria/infermiere-terapia-antalgica-e-hospice.html>
15. Linee guida sulla sedazione palliativa nell'adulto 11 maggio 2023 [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/05/LG-429-SIAARTI\\_SICP\\_Sedazione-Palliativa\\_v2.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/05/LG-429-SIAARTI_SICP_Sedazione-Palliativa_v2.pdf)
16. Delibera Regione Marche n. 1435 del 09 ottobre 2023 “*piano di potenziamento regionale delle cure palliative in età adulta e pediatrica per il triennio 2023-2025*” [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/10/Delibera-Marche\\_Piano-di-Potenziamento-Cure-Palliative.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/10/Delibera-Marche_Piano-di-Potenziamento-Cure-Palliative.pdf)
17. Ministero della salute – 2021 - Cure palliative in ospedale; un diritto di tutti. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_518\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_518_allegato.pdf)
18. O'Shea ER, Mager D. Formazione infermieristica di fine vita: migliorare le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri. *Appl Nurse Res.* 2019

Dic;50:151197. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151197. Epub 2019 7 novembre. PMID: 31734002.

19. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Musicoterapia nelle cure palliative. *Dtsch Arztebl Int.* 13 novembre 2015;112(46):788-94. doi: 10.3238/arztebl.2015.0788. PMID: 26806566; PMCID: PMC4671329.
20. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Cure palliative e spiritualità: una revisione integrativa della letteratura. *Rev Bras Enferm.* 2016 giugno;69(3):591-601. Inglese, portoghese. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i. PMID: 27355311.
21. Volonnino G, D'Antonio G, Cuomo F, Pellegrini L, Di Fazio N, Ferrara M, Arcangeli M, Frati P. Le cure palliative come diritto umano fondamentale: a che punto siamo in Italia? *Clin Ter.* 2024 luglio-agosto;175(4):252-258. doi: 10.7417/CT.2024.5072. PMID: 39010810.

## 9. ALLEGATI

SEGNATURA: ID: 1108448|18/06/2024|SINF



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

Prot. n.  
 Id. n.

Pesaro, li

UNIVERSITA' POLITECNICA  
DELLE MARCHE  
POLO DIDATTICO DI PESARO

Oggetto: RILASCIO: Autorizzazione alla somministrazione di questionario per tesi: studentessa:  
TOMBARI VERONICA

Con riferimento alla V/s richiesta 0035517|11/06/2024|AST-PUMN|AAGG|A di pari oggetto, si rilascia autorizzazione in favore della studentessa :  
TOMBARI VERONICA

Distinti saluti.

PROFESSIONI SANITARIE  
Dott.ssa Stefania Rasoni

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Edoardo Berselli

Servizio Sanitario Regione Marche  
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO  
Sede legale: Piazzale Cinelli 4 – 61121 Pesaro \_ Partita Iva 02789340417  
PEC: ast\_pesarourbino901@emarche.it; ast\_pesarourbino@emarche.it

**LA PRESA IN CURA DEL PAZIENTE A CUI VIENE PRESCRITTA LA PALLIAZIONE:  
UN' INDAGINE SULLE CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI DELLE CURE  
DOMICILIARI DELL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO E URBINO.**

Gentilissimi, sono Veronica Tombari, studentessa del corso di laurea infermieristica dell'università politecnica delle marche sede di Pesaro.

Sto sviluppando per la mia tesi di laurea un progetto sulle conoscenze e competenze per la in carico del paziente a cui vengono erogate cure palliative al domicilio rivolto agli infermieri delle cure domiciliari dell'azienda sanitaria territoriale di Pesaro e Urbino.

L'obiettivo dell'indagine è quella di analizzare le conoscenze degli operatori ed eventualmente potenziare eventuali criticità mediante la formazione al fine di migliorare la qualità dell'assistenza che ogni professionista eroga arricchendo così le conoscenze relative alle cure palliative.

Le chiedo gentilmente dedicare 10 minuti del suo tempo per la compilazione del questionario in forma anonima. Grazie per la collaborazione.

**1. RITIENE CHE LA FORMAZIONE CONTINUA IN CURE PALLIATIVE POSSA  
OTTIMIZZARE IL PERCORSO ASSISTENZIALE E MIGLIORARE GLI ESITI  
CLINICI PER I PAZIENTI?**

- SI
- NO

**2. QUALI STRATEGIE RITIENE POSSANO ESSERE UTILIZZATE PER UNA  
GESTIONE EFFICACE DEI SINTOMI NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CURE  
PALLIATIVE?**

- Interventi farmacologici
- Tecniche di rilassamento (meditazione, yoga, respirazione profonda)
- Fisioterapia, massoterapia
- Assistenza spirituale
- Agopuntura
- Doll therapy / Pet therapy
- musicoterapia
- adeguata nutrizione/idratazione

**3. QUANTO E' IMPORTANTE PROMUOVERE L'AUTONOMIA DEL PAZIENTE E  
FORNIRE EDUCAZIONE AL CARE GIVER/FAMIGLIA PER L'ASSISTENZA  
QUOTIDIANA?**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**4. QUANTO E' IMPORTANTE LA GESTIONE AL DOMICILIO DEI FARMACI PER  
LA SOMMINISTRAZIONE PALLIATIVA?**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**5. IMPORTANZA DELLA CAPACITÀ DI RILEVARE I CAMBIAMENTI CLINICI  
CHE INTERESSANO LA PERSONA MALATA**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**6. IMPORTANZA DELL'UTILIZZO DELLA SCALA ESAS PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA SINTOMATOLOGIA**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**7. COMPETENZA NELLA GESTIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE DAL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO FINO AL FINE VITA**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**8. GARANTIRE LA TUTELA DELLA PERSONA NEL RISPETTO DELLA DIGNITÀ E VOLONTÀ**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**9. CAPACITÀ DI PIANIFICARE INTERVENTI PERSONALIZZATI, APPROPRIATI, EFFICACI ED EFFICIENTI IN GRADO DI SAPER RISPONDERE AI BISOGNI DELL'ASSISTITO**

SI

NO

**10. ATTIVARE UNA COMUNICAZIONE EFFICACE CHE POSSA AVERE BENEFICIO NELLA RELAZIONE INFERMIERE – PAZIENTE/CARE GIVER**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**11. CAPACITÀ DI LAVORARE ALL'INTERNO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI E LA GESTIONE DEI PROBLEMI ASSISTENZIALI**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**12. HA AVUTO ESPERIENZA NELLA GESTIONE DELLA SEDAZIONE PALLIATIVA?**

SI

NO

**12 BIS. SE SÌ, COME È AVVENUTA LA GESTIONE DEL PERCORSO?**

---

**13. QUANTO SI SENTE SODDISFATTO DELL'ASSISTENZA CHE PRESTA AI PAZIENTI?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**14. RITIENE NECESSARIO UN SUPPORTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE O COLLETTIVO DEI PROFESSIONISTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLA PERSONA E TUTELARLA?**

SI

NO