



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in infermieristica

**Il valore della comunicazione nel fine vita.
Competenze comunicative e relazionali degli
studenti infermieri.
Una revisione della letteratura**

**Relatore: Chiar.ma
Liberati Stefania**

**Tesi di Laurea di:
Fabbrizi Giorgia**

A.A. 2021/2022

*Ho imparato che si può fare la differenza, sempre e dappertutto,
la si può fare con la volontà e con lo sceglierla ogni giorno.
Anche se a volte richiede fatica, richiede il sacrificio
e la difficoltà di aver perso qualcuno che ami.*

*A nonna Viola,
Alla sofferenza,
Ma a tutto il bene emerso.
Alla mia famiglia!*

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE.....	Pag. 1
OBIETTIVO	Pag. 7
MATERIALI E METODI.....	Pag. 7
Domande di ricerca	Pag. 8
Disegno di studio	Pag. 8
Criteri di inclusione	Pag. 8
Criteri di esclusione	Pag. 9
Diagramma di flusso di selezione della letteratura	Pag. 10
RISULTATI	Pag. 11
Tabella di estrazione dati	Pag. 12
DISCUSSIONE	Pag. 17
CONCLUSIONE	Pag.24
BIBLIOGRAFIA	Pag. 25
RINGRAZIAMENTI	Pag. 29

ABSTRACT

Introduzione: “Il tempo della comunicazione con il paziente costituisce tempo di cura”. La comunicazione, elemento fondante nella creazione di una relazione, ha dimostrato di essere una pietra miliare per il miglioramento della qualità dell’assistenza e della vita dei pazienti; è un’abilità importante da acquisire, in particolare per gli infermieri.

Essere in grado di poter comunicare "cattive notizie" ai pazienti e alle famiglie, è fondamentale. La formazione infermieristica dovrebbe preparare gli studenti ad interagire con i pazienti che necessitano cure palliative. Dovrebbero essere fornite conoscenze e competenze riguardo alle cure palliative, al fine di migliorare gli atteggiamenti verso la cura nella malattia avanzata e verso il fine vita.

La chiave per migliorare ed aumentare il coinvolgimento degli infermieri nelle cure palliative, è formarli, per renderli comunicatori competenti e fiduciosi, fin dagli anni di formazione universitaria.

Obiettivo: L’obiettivo della revisione è identificare e descrivere gli interventi formativi efficaci nell’ottimizzare e nel promuovere l’apprendimento delle abilità comunicative nel fine vita, per gli studenti di infermieristica.

Materiali e Metodi: È stata effettuata una ricerca bibliografica per identificare gli studi consultando diverse banche dati: Pubmed, Elsevier, Sage journals, American Journal of Hospice & Palliative Medicine, Scencedirect, HHS Public Access, Cambridge Core, The Oncologist, Google Scholar, Web of Science, Cihnal, Cochrane, Scopus. Inoltre, sono stati recuperati i riferimenti appropriati da altri articoli: Healthcare e Journal of Clinical Oncology. I risultati ritenuti appropriati sono stati estratti secondo il PRISMA Statement.

Risultati: Sono stati inclusi nella revisione 8 studi che corrispondevano ai criteri di selezione su 100 articoli selezionati. La ricerca bibliografica si è concentrata sulla lettura critica degli studi a partire dall’anno 2005. Sono stati posti dei limiti di tipo temporale e linguistico. Sono stati esclusi articoli sprovvisti di full-text e non pertinenti.

Discussione: I risultati di questa revisione mostrano come le attività esperienziali della simulazione e del gioco di ruolo, integrati dalla discussione, riflessione e debriefing, insieme a modelli di comunicazione sono molto efficaci per raggiungere l'obiettivo di promozione e miglioramento delle abilità comunicative degli studenti di infermieristica in contesti di cure palliative.

Conclusioni: Per diventare professionisti sanitari di buon livello, gli studenti di infermieristica, durante la loro formazione universitaria devono acquisire competenze comunicative per affrontare le esperienze di fine vita.

Le abilità comunicative in contesti di cure palliative sono fondamentali; la simulazione insieme al gioco di ruolo sono due strumenti promettenti e accessibili per far apprendere agli studenti le migliori pratiche per un'assistenza di qualità; poiché promuovono l'acquisizione di capacità di comunicazione per affrontare la morte e il morire, favoriscono l'esplorazione di sentimenti e paure ed incoraggiano il dialogo.

Un ruolo marginale, seppur ancora da sviluppare nella sua interezza lo hanno i programmi di comunicazione Comskil e Spikes.

Tuttavia, le prove disponibili sono limitate, non solo a causa del ristretto numero di studi ma anche perché molti sono ancora nelle fasi iniziali.

In conclusione l'istruzione sulle cattive notizie può essere migliorata e la ricerca empirica dovrebbe sviluppare ulteriori linee guida e suggerimenti per migliorare le pratiche, specialmente nel fine vita e nelle cure palliative; ciò faciliterà sia il processo di perfezionamento della comunicazione di cattive notizie, sia la qualità dell'assistenza per i pazienti e le loro famiglie.

Parole chiave: *Nursing Students, Palliative Care, Clinical Practice, Undergraduate Education, Communication, End Of Life Care, Qualitative Research, Nursing Education, Interprofessional, End-of-Life Care, Spiritual Care.*

L'importanza della comunicazione in ambito di cure palliative

Quando l'essere umano si ammala e si aggrava nella sua condizione di vita, gli si presenta un nuovo scenario fatto di domande e di angoscia; il futuro si restringe. È come se la malattia e l'aggravamento mettessero in luce la finitudine ed essa provoca una trasformazione radicale dello stare al mondo di ogni essere umano. Il tempo, si modifica, sfuma il futuro, si confonde il presente, e cambia il significato del passato. Nel presente si fanno vive paralisi, incredulità, rabbia, stupore. Spesso le domande si fanno forti: "perché?", "perché proprio a me?", "che cosa ho fatto per...?". Domande a cui un infermiere, per quanto preparato, non ha risposte da dare.

L'infermiere entra in relazione con l'ammalato per svolgere il proprio lavoro di assistenza, di cui la relazione è una componente irrinunciabile. L'assistenza presuppone un rapporto interpersonale; il nursing richiede che l'infermiere rispetti e accetti la persona di cui si occupa come un soggetto che ha sempre più a che fare con il proprio divenire e il proprio sviluppo, anche se questo si colloca alla fine della vita. Fornire supporto ad un'altra persona significa sostenerla in uno sforzo per evitare che fallisca o si trovi a dover prendere decisioni spiacevoli o in situazioni non gradite.

La relazione di cura ha bisogno di rispetto, di conoscenza di sé e dei meccanismi possibili dell'altro. L'abilità di ascolto delle narrazioni e l'atteggiamento di facilitazione del racconto di sé. La motivazione al confronto sapendo incontrare l'altro anche su un territorio non rappresentato dalle proprie mappe concettuali. Saper stare nella relazione quando si è d'accordo e soprattutto quando si è in disaccordo.

La relazione tra chi cura e chi è curato è una relazione corpo a corpo. Corpo capace di esprimere significati, di produrre e scambiare segni, corpo emozionale, corpo che dice: sofferenza, gioia, dolore, piacere, paura, collera, abbandono rifiuto, fiducia, distanza, vicinanza. Se però c'è un corpo che dice, occorre che ce ne sia un altro che ascolti, che sappia far posto dentro di sé ai segnali che provengono dall'altro, che sappia gettare ponti verso chi sembra difficilmente avvicinabile, per raggiungerlo là dove egli è.

Proprio in cure palliative si possono osservare comportamenti espliciti che indicano le reali intenzioni comunicative che gli infermieri mettono in atto. Si tratta di comunicazioni difficili, significative e impegnative. È innegabile che anche il corpo degli infermieri

mostri tratti comunicativi quali vicinanza, lontananza, fretta, calma, gravità, leggerezza e molte altre caratteristiche.

Si tratta quindi di porre la più alta attenzione al proprio modo di comunicare per evidenziare le caratteristiche personali, che occupano le comunicazioni.

Le parole sono quindi solo una parte dei messaggi; la comunicazione non verbale si esprime in alcuni momenti specifici quali: il contatto visivo che deve essere mantenuto a una distanza di un metro circa; l'infermiere ha un atteggiamento di interesse verso quello che il malato dice o fa. Anche la gestualità invia messaggi non verbali; per esempio lo stare in piedi, il muoversi, il guardare ripetutamente l'orologio, trasmettono all'utente un messaggio di scarsa attenzione a ciò che sta dicendo.

È consigliabile scegliere una posizione comoda e rilassata, possibilmente seduta, leggermente protesa verso l'interlocutore e mantenere un atteggiamento tranquillo, naturale e autenticamente interessato.

Trasformare gesti di presa in gesti di invito, rotondi, teneri, accoglienti, dove le braccia da segmenti rigidi assumono la concavità come cifra dell'agire, suggerisce al paziente che siamo per lui calda presenza, capaci di tenere e con-tenere, essere ancoraggio nelle derive della sofferenza, della fragilità e della vulnerabilità.

Essere teneri con il mondo implica capovolgere la manualità, rinunciare alla stretta e sperimentarsi nel gioco del prendere e del lasciare senza impossessarsi dell'altro. Il gesto che si fa invito fa sì che la mano, anziché convessa, diventi concava: è un gesto che libera anziché imprigionare, è un gesto che restituisce dignità e potere alla persona, che stimola le risorse residue e l'impegno verso quel mondo che nella malattia importante sembra venir meno.

È focale quindi concentrarsi sull'ascolto, su quell'ascolto come atto consapevole, derivato dall'aver fatto spazio dentro di sé per contenere la sofferenza altrui, non per trattarla, ma per accoglierla.

“L'esperienza con i malati alla fine della vita richiama la necessità di ridefinire il valore della parola, non tanto per negarne l'importanza, ma per ripensarla con i suoi limiti, nella sua impossibilità”, per usare un'espressione cara a Hitty Hillesum, “di contenerci, di ospitare il nostro sentire, di farsi casa per il nostro rapporto con il mondo, fino a riconoscerne una radicale impotenza di fronte a un corpo che si fa linguaggio definito esistenza pienamente comunicante”.

È l'aver cura che attualizza la possibilità dell'esserci. Nel "mito di Cura", descritto in una favola di Igino e ripreso da Heidegger, Cura è prima dell'essere. È Cura a dare forma all'essere; senza il nutrimento della cura la vita cesserebbe di esistere.

"Per aver cura degli altri occorre avere costantemente cura di sé, restare in contatto, con la propria vita emotiva, per alimentare quella consapevolezza che consente di comprendere meglio gli altri, e imparare, anche dal contatto con la vita altrui, a cercare continuamente il senso della propria." (D. Bruzzone)

INTRODUZIONE

“Il tempo della comunicazione con il paziente costituisce tempo di cura”.

Ma quale comunicazione e quale relazione?

Un’abilità importante per gli operatori sanitari, in particolare per gli infermieri è la capacità di comunicare in modo efficace; elemento chiave nella creazione di una relazione.

La comunicazione, ossia il processo per mezzo del quale messaggi, opportunamente codificati, vengono scambiati tra due o più soggetti - emittente e destinatario - attraverso un canale, è una delle basi portanti del processo di socializzazione, in quanto permette all’individuo di relazionarsi con i suoi simili. Primariamente, è opportuno richiamare l’attenzione sul significato del termine “comunicazione” e sulla sua differenza con “trasmissione”, due lemmi a cui spesso viene data erroneamente la stessa accezione, così come, sovente, vengono confuse le relative modalità di interazione. Dal punto di vista etimologico il termine comunicare (da cui comunicazione), deriva dal latino *communicare*, mettere in comune, proveniente a sua volta dal termine *communis* composto di *cum*, insieme, e *munis*, ufficio, incarico, dovere, funzione, “compiuto con altri”. Il vocabolario Devoto Oli definisce “comunicare”, verbo intransitivo, come: essere in relazione verbale o scritta con qualcuno; scambiarsi consigli, informazioni, punti di vista, condividere, scambiare idee, emozioni, sentimenti. Questo scambio, questa “messa in comune” di informazioni, esperienze, conoscenze è l’elemento che co-costruisce la relazione tra due o più persone^[1].

L’instaurazione di una relazione di buona qualità presuppone innanzitutto una modalità di rapporto nella quale entrambe le parti sono consapevoli e disposte a creare insieme qualcosa, “mettendo in comune” quello che sono, che provano, che sanno, che pensano relativamente a ciò che li ha portati a incontrarsi, pur tenendo conto dei rispettivi ruoli e responsabilità. Viene aiutato l’altro a trovare un senso di controllo e ricerca di significato e scopo della vita. Richiede la coniugazione tra verità, fiducia reciproca, interesse, conoscenza e soprattutto cura^[2].

Si tratta di costruire qualcosa, dove il messaggio trasmesso può essere elaborato, modificato nel suo contenuto dal ricevente e quindi rimandato, costruendo in tal modo

una relazione. Una buona comunicazione presuppone, pertanto, una condizione di uguaglianza delle parti comunicanti: questo significa che esse si riconoscono reciprocamente e agiscono in quanto persone, concedendo l'una all'altra il rispetto, la considerazione e la dignità che desiderano ricevere [3].

L'uomo è un essere sociale, inserito cioè in un contesto in cui l'essenza stessa della sua sopravvivenza si basa sul saper costruire delle relazioni efficaci e armoniose, le quali vanno a condizionare drasticamente la qualità di vita.

Esiste perciò una stretta interrelazione tra comunicazione e relazione; la relazione definisce un rapporto tra due o più individui che orientano reciprocamente le proprie azioni sulla base di un rapporto comunicativo. Ogni comunicazione implica un impegno, non soltanto trasmette informazioni, ma determina un comportamento. Ciò definisce la relazione. La comunicazione ha un aspetto informativo, di contenuto e di relazione. Appare, pertanto, decisamente artificioso tracciare una linea di demarcazione netta e definitiva tra i due temi poiché in ogni comunicazione si gioca e si apre la relazione con l'altro. Creare una buona relazione facilita la comunicazione e reciprocamente comunicare bene favorisce la creazione di una buona relazione.

Buona parte della qualità di una relazione è fondata essenzialmente sul linguaggio non verbale, che rivela la verità di quello che si è e si prova. Come si è visto, infatti, il linguaggio non verbale è poco controllabile e ha un'influenza predominante sulla qualità del messaggio che giunge al destinatario. Di conseguenza si comprende facilmente come il "saper essere" nel rapporto interpersonale si possa rivelare un elemento determinante del "saper comunicare", aiutando a creare relazioni efficaci.

L'accoglienza della varietà fra gli esseri umani, riconosciuta come ricchezza, insieme alla curiosità, il rispetto dell'altro, l'interesse al suo vissuto, e al suo modo di vivere un'esperienza, aiuteranno a trovare l'equilibrio necessario alla messa in comune e alla creazione di una relazione equilibrata e stimolante.

Questa capacità di riconoscimento, pur nel disaccordo o nella differenza, è molto importante a maggior ragione nei contesti nei quali non si scelgono i propri interlocutori, come spesso accade nei contesti professionali.

La relazione è una entità terza rispetto alle parti che la animano; essa può essere fluida e produttiva o faticosa e problematica senza che ciò abbia minimamente a che vedere con un "valore" diverso delle parti tra loro, in particolare un ulteriore elemento fondante è

l'empatia; anche se vi sono spesso equivoci su cosa sia realmente e quali siano i rischi legati alla sua attivazione. Empatia, intesa in senso letterale (dal greco en - dentro - e pathos - sofferenza o sentimento) significa "sentire dentro"; è "la capacità di porsi in maniera immediata nello stato d'animo o nella situazione di un'altra persona, con nessuna o scarsa partecipazione emotiva": è il comprendere il vissuto dell'altro per analogia, cioè immaginando cosa si potrebbe provare nelle stesse situazioni dell'altro, in altre parole è l'azione di mettersi nei panni dell'altro.

Altrettanto diversa è la "simpatia" (dal greco syn - insieme, unito - e pathos - sofferenza o sentimento) che comporta una forte partecipazione emotiva e che, in alcuni ambiti, come quello di cura, si rivela potenzialmente problematica, potendo invalidare o indebolire il giudizio clinico del professionista.

Risulta perciò evidente che se ci si pone nella relazione provando un senso di superiorità rispetto all'altro - per qualunque ragione - non potrà attivarsi il corretto processo empatico, limitando di fatto la capacità di comprensione e in ultima analisi pregiudicando la qualità della cura. Lo stesso tipo di problema può sorgere se vi è una confusione di ruoli, che può eventualmente portare all'innescio di fenomeni di simpatia.

La comunicazione è quindi un'espressione sociale, poiché mette un valore al servizio di qualcuno o qualcosa fuori da sé; tuttavia, non basta pronunciare parole o scrivere per comunicare, poiché essa avviene quando l'espressione è compresa e diventa patrimonio comune per la costruzione di un sapere.

Ecco quindi che il ruolo del comunicatore è divenuto fondamentale, soprattutto in sanità, affinché egli possa operare a vantaggio della comunità, dei pazienti e di chi è ammalato [4].

Il rapporto medico-paziente rappresenta il nucleo storico della prassi medica. Rufus di Ephesus, un medico greco vissuto al tempo dell'Impero romano (I secolo d.C.), noto per la ricchezza delle sue descrizioni cliniche, affermava che è necessario parlare con il paziente, per instaurare una relazione e individuare così un migliore trattamento della sua patologia, di conoscere i suoi atteggiamenti verso la vita, che condizionano la terapia. "Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura".

Entrare in relazione con il paziente, è quindi importante, in particolare quando facciamo riferimento all'ambito delle cure palliative. È fondamentale e necessario garantire al

paziente terminale una gestione efficace dei sintomi, un supporto psicosociale e spirituale ed una pianificazione anticipata delle cure al fine di fornire assistenza e supporto ai pazienti e alle loro famiglie durante tutta la traiettoria della malattia.

La comunicazione ha dimostrato di essere una pietra miliare per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti (Wittenberg-lyles, Goldsmith, Ferrell e Ragan, 2013), il National Consensus Project for Quality Palliative Care (2013) ha sottolineato l'importanza di una comunicazione efficace e compassionevole nelle cure palliative; essa costituisce un legame permanente, anche se invisibile, tra l'infermiere, il paziente e la sua famiglia.

Le capacità di comunicazione empatica richiedono necessariamente un ascolto attivo, che aiuterà l'infermiere a esplorare la percezione del paziente e della famiglia della malattia o della sua traiettoria (Rosenzweig, 2012). Affinché un'assistenza centrata sulla persona efficace possa iniziare, continuare e raggiungere il successo, l'infermiere e il paziente devono avere una buona relazione interpersonale. Ciò richiede la valorizzazione di sé stessi, la promozione dell'integrità morale e della capacità riflessiva e la conoscenza di sé, come risultato della riflessione, e dei valori degli altri e del loro posto nella relazione (Ronning & Bjørkly, 2019), comprendendo inoltre che il paziente non è più l'oggetto su cui effettuare accertamenti e terapie, seppur decise secondo scienza e coscienza, ma un interlocutore attivo.

Secondo l'American Nurses Association (2010), gli infermieri hanno diverse responsabilità nella cura dei pazienti morenti. Essi partecipano alla discussione delle preferenze di vita, comunicano informazioni rilevanti e di supporto nelle decisioni del fine vita.

Nella revisione di Innes & Paine (2009) tutti gli studi sono concordi nel rilevare da parte dei pazienti con tumore avanzato, un bisogno di ricevere indicazioni prognostiche anche se gli stessi mostravano evidenti difficoltà nel raggiungere una realistica comprensione della prognosi stessa (Gordon & Daugherty 2003, Hagerty et al. 2004). La consapevolezza rispetto alla prognosi aiuta pazienti e medici a gestire meglio il processo del morire, facilita la pianificazione del futuro (Clayton et al. 2005a, Johnston & Abraham 2008), riduce l'ansia (Gaston & Mitchell 2005), sviluppa una maggiore fiducia, migliora le strategie di coping (Butow et al. 2002) e aumenta la soddisfazione per le cure (Gaston & Mitchell 2005). Inoltre, conoscere la prognosi favorisce un'armonia che permette di

fare scelte di cure appropriate (Weeks et al.1998, Wolfe et al. 2000, Lundquist e al 2011) con un minor distress emotivo (Chochinov et al 2000, Daugherty & Hlubocky 2008) per pazienti e caregiver.

La comunicazione migliora la qualità assistenziale e la prognosi: una corretta e tempestiva informazione, consente di realizzare rapidamente ed in modo condiviso, gli adeguamenti assistenziali che l'evoluzione della malattia richiede (sospensione delle terapie specifiche, attivazione delle terapie palliative o del trasferimento in hospice, sedazione palliativa profonda continua). Se fatta correttamente può generare comprensione, accettazione e adattamento.

La capacità di comunicare "cattive notizie" ai pazienti e alle famiglie, per l'infermiere è particolarmente importante (ELNEC, 2016). Una cattiva notizia si definisce come “qualsiasi informazione che produce una conseguenza negativa nelle aspettative di una persona relative al suo presente e al suo futuro”.

Comunicare cattive notizie è considerato un compito complesso in quanto richiede capacità di comunicazione verbale, para-verbale e non verbale, ma implica anche rispondere a reazioni emotive, coinvolgere il paziente nel processo decisionale, affrontare lo stress (sia del paziente che riceve la notizia che del professionista che la fornisce), e cercare di dare speranza quando la situazione è drammatica. Viceversa, una cattiva comunicazione o l'assenza di informazioni possono avere conseguenze negative sulla persona, provocando: insoddisfazione nella gestione della fase avanzata di malattia, ricoveri non necessari, ma soprattutto può innescare incomprensioni e confusione, sofferenza prolungata, ridotta soddisfazione, scarsa qualità della vita, risentimento e inadeguato sollievo dai sintomi per i pazienti e le famiglie. Dare una cattiva notizia in modo inadeguato può comportare la perdita della fiducia di un paziente (Bumb et al., 2017). Una cattiva comunicazione in queste circostanze destabilizza psicologicamente il paziente ed i familiari, i quali trascinano con loro significative incomprensioni dei processi di fine vita, determina il ritardo dei trattamenti palliativi, utili a migliorare la qualità della vita e il processo del morire.

Da un punto di vista etico non fornire indicazioni prognostiche a persone con malattia terminale è inaccettabile (Annas 1994, Bok 1995, Hagerty et al. 2005a, Daugherty & Hlubocky 2008). L'informazione rientra nell'ambito delle questioni morali che si

fondano sul rispetto di valori e principi che rappresentano le fondamenta del comportamento umano e professionale.

Nonostante la centralità del ruolo svolto dagli infermieri nel processo di comunicazione del team sanitario con i pazienti, pochi ricevono un'istruzione formale specifica in merito alle tecniche di comunicazione, in particolare nella assistenza di fine vita e per far fronte alla morte (Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002 ; Kruijver, Kerkstra, Bensing, & van de Wiel, 2000 ; Vydelingum, 2006).

I ricercatori hanno documentato che gli infermieri avendo una elevata esposizione diretta ai pazienti ed essendo in prima linea, si sentono poco preparati ed in grado di sostenere i pazienti morenti, sperimentando angoscia quando gestiscono l'assistenza di fine vita, (EOL End Of Life Care) di coloro di cui si sono presi cura, con maggiori probabilità di fornire cure spersonalizzate e di rischiare di finire in burnout a causa di una assente preparazione educativa (Barrere e Durkin 2014, Gillan et al., 2014, Jeffers, 2014). In una revisione della letteratura, Chiplaskey (2013), conferma questi risultati, affermando che la formazione infermieristica non prevede l'acquisizione di abilità specifiche per sostenere i pazienti morenti ^[5].

I curricula per i membri del team sanitario sono pieni di obiettivi incentrati sullo sviluppo delle capacità comunicative; tuttavia, quelli che delineano le abilità comunicative specifiche necessarie nelle cure palliative e di fine vita (EOL) rimangono carenti. Infatti, la mancanza di formazione professionale è stata identificata come uno dei principali ostacoli alla fornitura di cure palliative di qualità ai pazienti (Van Der Eerden et al., 2014). L'educazione infermieristica deve preparare gli studenti ad interagire con i familiari interessati e prendersi cura dei pazienti che necessitano di un trattamento palliativo. Deve fornire conoscenze e competenze sulle cure palliative (in particolare la comunicazione) al fine di migliorare gli atteggiamenti verso la cura della malattia avanzata e verso il fine vita. (Cavaye e Watts, 2014, Centeno e Rodriguez-Nunez, 2015).

La chiave, quindi, per migliorare ed aumentare il coinvolgimento degli infermieri nelle cure palliative, è formarli, per renderli comunicatori competenti e fiduciosi, fin dagli anni di formazione universitaria.

Tuttavia, resta poco consenso sulle strategie formative ottimali, sui metodi di insegnamento più efficaci e su ciò che costituisce una "dose" adeguata di formazione sulle abilità comunicative.

Le abilità comunicative nell'assistenza infermieristica, sono un risultato complesso come altre procedure professionali che richiedono un'istruzione e una pratica intense (Blake & Blake, 2019 ; Smith et al., 2018). Sebbene vi sia stata una sintesi di evidenze in relazione alla formazione alla comunicazione di fine vita, non vi è stata alcuna considerazione completa delle evidenze relative agli interventi di formazione.

Sarebbe utile progredire e migliorare in questo ambito poiché è necessario non solo come risorsa per educatori clinici e ricercatori, ma anche per consentire il progresso della ricerca in questo campo.

OBIETTIVO

Lo scopo di questo studio è quello di dimostrare quanto sia necessaria una comunicazione precisa con il paziente terminale; ma in particolare quale sia il metodo migliore per farla apprendere agli studenti di infermieristica i quali prima o poi, nel corso di studi, e successivamente in ambito lavorativo verranno a contatto con questa realtà. L'apprendimento di ciò sarà indispensabile per poter essere capaci di soddisfare i bisogni più profondi, che possono celarsi dietro ad un paziente terminale.

Questa revisione ha lo scopo quindi, di identificare e descrivere gli interventi formativi efficaci nel favorire l'apprendimento di abilità comunicative nel fine vita, valutandone l'efficacia, in particolare dal punto di vista degli studenti.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una ricerca bibliografica per identificare gli studi consultando diverse banche dati: Pubmed, Elsevier, Sage journals, American Journal of Hospice & Palliative Medicine, Scencedirect, HHS Public Access, Cambridge Core, The Oncologist, Google Scholar, Web of Science, Cihnal, Cochrane, Scopus. Inoltre, sono stati recuperati i riferimenti appropriati da altri articoli: Healthcare e Journal of Clinical Oncology.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono: nursing students, clinical practice, palliative care, qualitative research, nursing education, communication, end of life care, interprofessional, end-of-life care, spiritual care, undergraduate education. Le mesh sono state combinate tra loro utilizzando gli operatori booleani (AND, OR, NOT). La consultazione dei documenti in versione elettronica è stata resa possibile grazie al servizio messo a disposizione dall'Università Politecnica delle Marche.

Successivamente alla ricerca sulle banche dati, è stata svolta una selezione approfondita degli articoli trovati. Per ogni articolo sono stati analizzati: obiettivi, autore e data, tipologia d'intervento, metodi, risultati; e sono stati revisionati ancora una volta rivalutando l'obiettivo.

Domande di ricerca

- È efficace avere una metodologia di comunicazione con i pazienti terminali ed i loro familiari?
- Come gli studenti di infermieristica possono imparare a comunicare in ambito di cure palliative?
- Esistono tecniche di comunicazione efficaci per relazionarsi, nella verità, con il paziente terminale?

Disegno dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura.

Criteri di inclusione

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- Tipologia di studio: revisioni sistematiche, studi qualitativi, Trial Clinici Randomizzati;
- Tipologia di partecipanti: studenti infermieri;
- Tipologia di interventi: interventi di tipo educativo, e di apprendimento dal punto di vista della comunicazione (protocolli, role play, simulazioni ad alta e bassa fedeltà);
- Tipologia di esiti: sono stati presi in considerazione in particolar modo i risultati di natura qualitativa (apprendimento più efficace da parte degli studenti);
- Anno di pubblicazione: articoli pubblicati dal 2005 al 2022;
- Lingua di pubblicazione: inglese;
- Tipologia di rivista: giornali di interesse scientifico/sanitario;

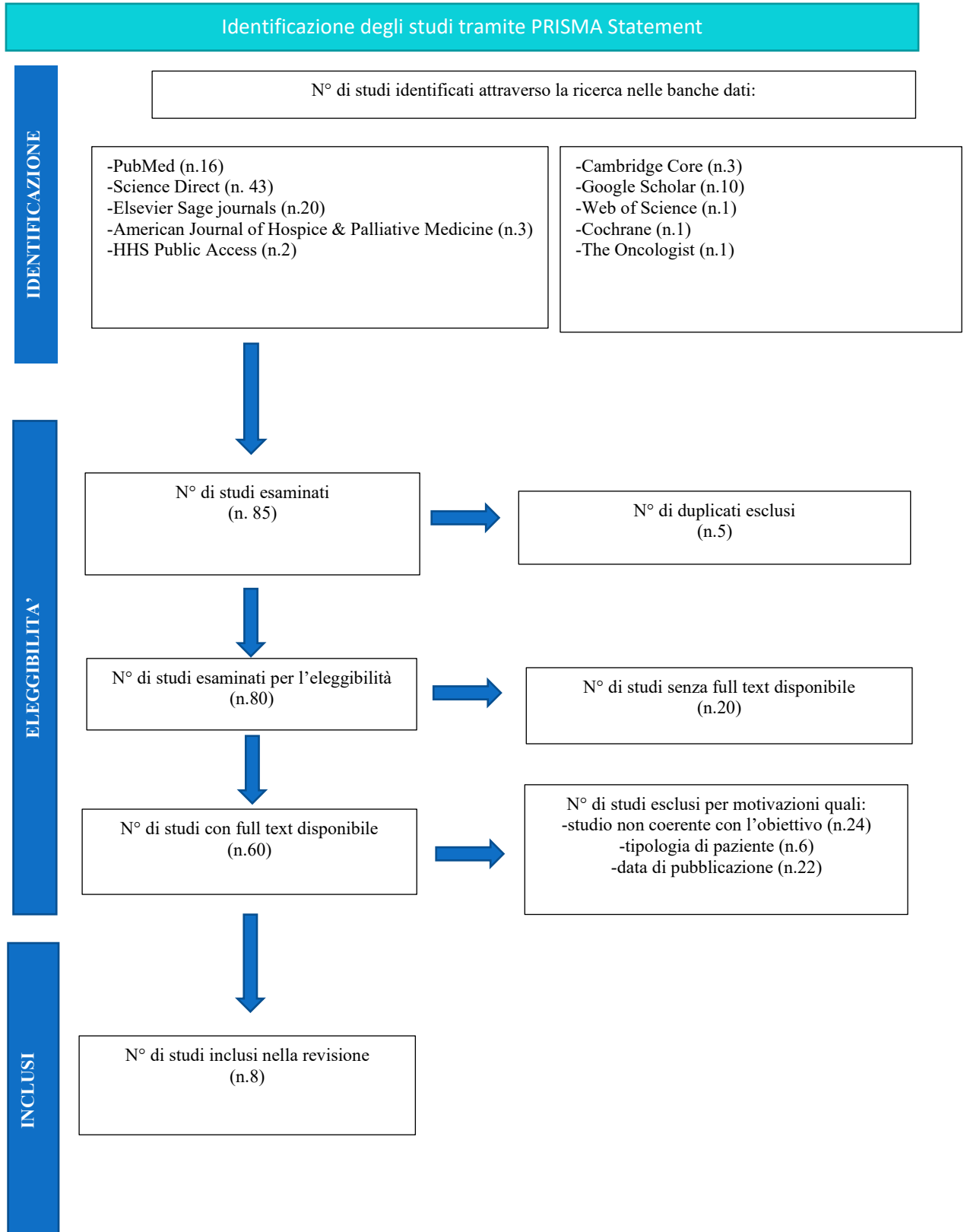
Criteri di esclusione

I criteri di esclusione degli studi sono stati:

- Non pertinenti al quesito di ricerca;
- Non adeguati ai criteri di inclusione (studi riferiti a pazienti pediatrici)
- Caratterizzati dalla presenza del solo abstract o con l'assenza del 'Full Text';
- Non fruibili gratuitamente attraverso il servizio universitario "EZproxy";

Diagramma di flusso di selezione della letteratura

Il diagramma PRISMA Statement descrive l'insieme delle informazioni attraverso le diverse fasi di una revisione sistematica. Sono indicati il numero degli articoli identificati, inclusi ed esclusi (con le relative motivazioni), durante tutto il processo di ricerca.



Risultati

Tabella di estrazione dati

Le informazioni raccolte dagli articoli presi in considerazione sono state riassunte e organizzate all'interno delle seguenti tabelle di estrazione dati.

Outcome	N	Disegno di studio	Studio individuale	Simulazione	Gioco di ruolo	Modello di comunicazione	Lavoro di gruppo	Riflessione/Discussione/	Debriefing	Didattica	Metodo di insegnamento	Ore di esercitazione	Quesito	Periodo	Autori, Titolo, Anno, Luogo
La fiducia degli infermieri nel discutere gli obiettivi di cura, morte e fine vita è aumentata e altrettanto il beneficio, dopo il seminario. La soddisfazione, è stata valutata nel 90%-98% delle volte; un t-test a campioni appaiati ha indicato che la fiducia dei partecipanti è aumentata significativamente sulla scala di tipo Likert da 1 a 5 rispetto a prima e quindi dopo, aver frequentato il gioco di ruolo (p < 0.001).	247	Sondaggi pre-post workshop	✓		✓			✓	✓	✓		1 giorno	Lo scopo è di adattare un modulo di formazione sulle abilità comunicative nell'assistenza di fine vita e valutare ciò appreso.	2012 - 2014	Nessa Coyle ^[6] <i>Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses</i> 2016
È stato dimostrato come il gioco di ruolo prepari gli studenti di infermieristica a scenari clinici complessi e li aiuti a passare da "un focus orientato sull'individuo e sui sintomi a un focus sulle relazioni interpersonali". Ha promosso lo sviluppo delle competenze cognitive, interpersonali e affettive.	30	Pre-briefing e debriefing		✓	✓	✓		✓				50 minuti	L' obiettivo è aiutare gli studenti di infermieristica a sviluppare capacità comunicative utili in contesti palliativi	2020	Carlos Laranjeira ^[7] <i>Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students</i> 2021 Portogallo

Autori, Titolo, Anno, Luogo	Periodo	Quesito	Ore di esercitazione	Metodo di insegnamento	Didattica	Riflessione/Discussione/Debriefing	Lavoro di gruppo	Modello di comunicazione	Gioco di ruolo	Simulazione	Studio individuale	Disegno di studio	N	Outcome
Peggy A. Shaw ^[8] <i>High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care</i> 2016 Ohio, USA	2015	Acquisizione di competenze comunicative per l'assistenza di fine vita da parte degli studenti di infermieristica	1 ora		✓				✓	✓	Studio individuale	Debriefing e sondaggio post-workshop	17	Solo 3 delle 170 valutazioni totali raccolte (0,18%) sono "Non d'accordo", per quanto riguarda l'utilità di l'attività di simulazione EOL ad alta fedeltà. Le risposte infatti variavano in genere da "In parte d'accordo" a "Perfettamente d'accordo" sul fatto che l'attività è utile per sviluppare capacità di pensiero critico, conoscenza, sicurezza e abilità relazionali.
Rebeca Abajas-Busfillo ^[9] <i>Using High-Fidelity Simulation to Introduce Communication Skills about End-of-Life to Novice Nursing Students</i> 2020 Cantabria, Spagna	2019 - 2020	L'obiettivo è valutare un progetto di simulazione, di fine vita, che promuova abilità comunicative a studenti di infermieristica	3 mesi (8 -13 ore)		✓	✓	✓					Questionario di valutazione	130	L'aumento del tempo trascorso nella simulazione ad alta fedeltà ha favorito in modo significativo l'esplorazione di sentimenti e paure riguardo all'assistenza di fine vita ($p = 0,019$), ha incoraggiato il dialogo ($p = 0,028$) e ha aumentato l'acquisizione di capacità comunicative ($p = 0,022$).
Kim Leighton ^[10] <i>Simulated Death: An Innovative Approach to Teaching End-of-Life Care</i> 2009 Nebraska, USA	2006 - 2008	L' articolo evidenzia come poter determinare una maggiore assistenza ai pazienti alla fine della vita, descrivendo l' utilizzo della simulazione.	4 semestri		✓					✓			16	Questa esperienza offre un metodo prezioso per imparare a prendersi cura del paziente che sta morendo.

Autori, Titolo, Anno, Luogo	Periodo	Quesito	Ore di esercitazione	Metodo di insegnamento	Didattica	Debriefing	Lavoro di gruppo	Modello di comunicazione	Gioco di ruolo	Simulazione	Studio individuale	Disegno di studio	N	Outcome
Carmen María ^[11] <i>Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students</i> 2016 Cantabria, Spagna	2014 - 2015	L'obiettivo di questo rapporto è valutare quanto la simulazione clinica a bassa fedeltà, può incidere sull' apprendimento degli studenti universitari di infermieristica	17 ore	✓ ✓ ✓ ✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Utilizzo di questionari pre-simulazione e insegnamento teorico	68	La simulazione clinica a bassa fedeltà nelle cure palliative è uno strumento appropriato per acquisire abilità sociali e comunicative. Ha soddisfatto le aspettative di apprendimento degli studenti.	
Silvia Escribano ^[12] <i>Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students</i> 2021 Spagna, Alicante	2015 - 2018	L' obiettivo di questo studio è aumentare la fiducia e l' efficacia nella comunicazione negli studenti infermieri, che praticano in un ambiente oncologico.	1 giorno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		158	È stato osservato un significativo miglioramento pre-post- formazione della fiducia auto-riferita ($p < .01$). I partecipanti hanno valutato il corso molto utile, con il 90% di consenso o un forte accordo con l'efficacia del corso in generale. Inoltre l'85% dei partecipanti ha concordato o fortemente concordato sul fatto che il formato del gioco di ruolo in grandi gruppi fosse efficace per sviluppo delle abilità.	

In questa revisione sono stati inclusi otto articoli; due parlano del gioco di ruolo, cinque di simulazioni a bassa ed alta fedeltà, ed uno sia del gioco di ruolo, sia di programmi di comunicazione.

Gioco di ruolo

Il primo studio preso in analisi “*Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses*” in cui hanno preso parte 247 partecipanti ha considerato il gioco di ruolo al fine di valutare la sua efficacia nell’apprendimento delle abilità comunicative nel fine vita. La fiducia nella comunicazione usata nell’assistenza di fine vita dei partecipanti è aumentata dopo aver frequentato il seminario. La soddisfazione infatti, è stata valutata nel 90%-98% delle volte, concordando fortemente su indicatori come “sono fiducioso che userò le abilità che ho imparato oggi” o “le competenze che ho imparato oggi mi permetteranno di fornire una migliore assistenza ai pazienti”.

Un t-test a campioni appaiati ha indicato che la fiducia dei partecipanti è aumentata significativamente sulla scala di tipo Likert da 1 a 5 dopo aver frequentato il gioco di ruolo ($p < 0.001$).

Anche il secondo articolo “*Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students*” ha sperimentato il gioco di ruolo, con 30 partecipanti durante il quale è stato utilizzato il modello comunicativo Spikes.

Dopo ogni sessione c'è stato un debriefing e gli studenti sono stati incoraggiati a riflettere utilizzando il ciclo riflessivo di Gibbs; il quale promuove l’apprendimento sulla base di esperienze passate buone o cattive.

Gli studenti si sono sentiti positivi riguardo alla loro prestazione, indicando che l’esperienza aveva promosso lo sviluppo delle competenze cognitive (consolidamento delle conoscenze teoriche), interpersonali (facilitazione dell'alleanza terapeutica) affettive (esplorazione dei sentimenti) e più sicurezza nella comunicazione di cattive notizie.

Il terzo studio “*Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students*” fa comprendere ulteriormente quanto si possa aumentare l’efficacia e la fiducia nella comunicazione di 158 studenti infermieri, attraverso il gioco di ruolo. Oltre l'85% dei partecipanti ha

concordato o fortemente concordato sul fatto che questo tipo di esperienza, in grandi gruppi fosse efficace per lo sviluppo delle abilità comunicative in contesti palliativi.

Simulazione

Nello studio a *“High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care”*, 17 studenti hanno partecipato ad un’attività di simulazione sperimentata in un corso di infermieristica sul tema della morte e del morire. Vi è stato poi un debriefing che ha offerto agli studenti il tempo di considerare i loro interventi e di discutere di ciò che avrebbe potuto funzionare meglio.

Le risposte degli studenti al termine della simulazione variavano in genere da "In parte d'accordo" a "Perfettamente d'accordo" sul fatto che l'attività sia stata utile per sviluppare capacità di pensiero critico, conoscenza e sicurezza; solo 3 delle 170 valutazioni totali raccolte (0,18%) infatti, erano "Non d'accordo", per quanto riguarda l'utilità dell'attività di simulazione di fine vita.

Nell’articolo *“Using High-Fidelity Simulation to Introduce Communication Skills about End-of-Life to Novice Nursing Students”* hanno partecipato 130 studenti. In questo progetto di simulazione ad alta fedeltà, sono stati valorizzati il ripasso dei concetti teorici, la riflessione ed il dialogo.

L'aumento del tempo trascorso nella simulazione ha favorito in modo significativo l'esplorazione di sentimenti e paure riguardo all'assistenza di fine vita ($p = 0,019$), ha incoraggiato il dialogo ($p = 0,028$) e ha aumentato l'acquisizione di capacità comunicative ($p = 0,022$).

Anche nell’articolo *“Simulated Death: An Innovative Approach to Teaching End-of-Life Care”* viene discussa l’importanza dell’esperienza clinica simulata, in particolare della morte simulata attraverso un manichino ad alta fedeltà. 16 studenti ne hanno preso parte e hanno riferito che ha migliorato l'apprendimento delle informazioni didattiche presentate in classe, grazie al maggiore realismo dell’esperienza.

L’articolo *“Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students”* ha proposto a 68 studenti di partecipare ad una simulazione a bassa fedeltà. I risultati sono chiari, grazie alle risposte degli studenti: “E’ stato trovato utile e realistico” per il 91,2%, “E’ molto realistico” per il 90,6% e “Vi è stata applicazione della teoria alla pratica” per il 92,7%. Per la domanda "Sei soddisfatto

delle tue capacità di lavorare durante la simulazione?" Il 47,8% dei ragazzi era d'accordo, il 17,4% fortemente d'accordo e solo l'8,7% in disaccordo.

Programmi di comunicazione

L'ultimo articolo "*Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students*" si è concentrato sull'applicazione di un programma di comunicazione Comskil, per la formazione sulle abilità comunicative, per 158 studenti infermieri.

I partecipanti hanno fornito percezioni fortemente favorevoli del programma; hanno valutato, infatti, il corso Comskil come molto utile, con il 90% di consenso e un forte accordo con l'efficacia del corso in generale.

Inoltre, oltre il 90% dei partecipanti era d'accordo o fortemente d'accordo sul fatto che la risposta empatica e la discussione degli obiettivi di morte, morte e fine vita delle componenti di cura fossero utili. È stato osservato un significativo miglioramento pre-post-formazione della fiducia auto-riferita ($p < 01$). Anche il modello Spikes, sopra citato ha riscontrato la stessa efficacia.

Discussione

Sono stati identificati una gamma di interventi formativi efficaci, innovativi, ed alquanto sorprendenti, relativi all'ottimizzazione dell'apprendimento delle abilità comunicative nel fine vita, in particolare dal punto di vista degli studenti.

La comunicazione in contesti palliativi è stata insegnata in ampi corsi di formazione per il fine vita, utilizzando una combinazione di didattica, riflessione, discussione, giochi di ruolo, simulazioni e debriefing.

Sono note e si utilizzano, diverse tecniche e metodi centrati sul paziente, ricordando però che primariamente è fondamentale instaurare una relazione con esso e che la capacità di dare cattive notizie, non è solo il prodotto di abilità innate ma richiede tempo affinché possa essere appresa. Senza ciò qualsiasi metodologia utilizzata risulterebbe vana.

L'approccio pedagogico del role playing non è una simulazione, ma una specifica "tecnica di allenamento formativo" utilizzato per lo sviluppo di abilità che aiutano l'interpretazione efficace di un ruolo professionale. Vi è uno scenario nel quale ai

partecipanti vengono assegnati ruoli diversi, che corrispondono a quelli che potrebbero incontrare quando andranno a lavorare. Si ha l'opportunità di considerare la situazione, sul campo, da un punto di vista diverso rispetto a quanto si farebbe in realtà, garantendo una maggior sensibilizzazione.

Gli studi che hanno proposto il gioco di ruolo, come metodologia per promuovere l'apprendimento delle abilità comunicative nel fine vita, affermano la positività dell'esperienza, poiché vi è stato un miglioramento di abilità comunicative in coloro che vi hanno partecipato.

È stato dimostrato, come il gioco di ruolo prepara gli studenti di infermieristica a scenari clinici complessi e li aiuta a passare da "un focus orientato sull'individuo e sui sintomi a un focus sulle relazioni interpersonali".

I ragazzi hanno inoltre compreso che non si può essere sempre in grado di fornire la migliore risposta al paziente.

Discordano con queste affermazioni altri studi considerati, nei quali invece l'intervento formativo utile per apprendere in buona quantità e qualità le abilità comunicative è la simulazione.

In questo tipo di intervento vi è la riproduzione di un comportamento per mezzo di modelli concreti. I fini della simulazione possono essere molteplici, dallo studiare come si comporterebbe il sistema reale sottoposto a determinati stimoli, al cercare di replicare il sistema stesso.

È stato dimostrato che la simulazione è uno strumento di apprendimento che consente la rievocazione di situazioni reali, che includono procedure con abilità comunicative, rendendola una strategia di formazione che facilita l'educazione all'assistenza di fine vita. È definita come 'un evento o una situazione fatta per assomigliare il più possibile alla pratica clinica', ed è classificata in base al livello di fedeltà, un concetto importante definito come "il grado in cui un'esperienza di apprendimento simulata si avvicina alla realtà". Essa va oltre il manichino stesso e include fedeltà ambientale, fedeltà concettuale, e fedeltà psicologica, con ciò si consente di replicare l'ambiente di pratica, tipicamente l'ospedale, il più precisamente possibile e di far esercitare, agli studenti, le proprie abilità in un ambiente sicuro^[13].

Le simulazioni quindi possono essere a bassa o alta fedeltà; esempi del primo includono l'uso di studi di casi clinici relativi ad una situazione particolare.

La simulazione ad alta fedeltà, invece, è definita come 'l'uso di manichini tecnologicamente e fisicamente realistici con disposizioni per un alto livello di realismo e interattività', inoltre essi presentano funzioni e software programmabili progettati per simulare una varietà di tipi e condizioni di pazienti.

Gli studi affermano che le attività educative che incorporano la simulazione sono più efficaci delle modalità di insegnamento tradizionali come l'apprendimento autodiretto e l'istruzione didattica in classe per insegnare abilità specifiche di valutazione dei pazienti agli infermieri.

Questo tipo di simulazione è utilizzata per migliorare il curriculum sulle cure palliative; i risultati hanno mostrato che è stata efficace per la valutazione delle conoscenze, delle abilità e delle convinzioni nell'apprendimento dell'assistenza al fine vita ^[14].

Molti hanno sperimentato che il realismo dell'esperienza clinica simulata ha migliorato l'apprendimento. Uno studente afferma: "Lo ha reso ancora più realistico del gioco di ruolo e della discussione", oppure "Mi ha sfidato a prendermi cura del paziente in modo efficace".

L'attività inoltre fornisce un ambiente di apprendimento positivo, protetto e sicuro; gli studenti infatti hanno compreso che non avrebbero potuto commettere errori, né dire 'la cosa sbagliata' ed inoltre hanno descritto l'attività come 'realistica' e come un'esperienza 'necessaria' ^[15].

Le risposte degli studenti all'utilità della simulazione per sviluppare capacità di pensiero critico, conoscenza e sicurezza sono state per la maggior parte valutate positivamente. La simulazione, in definitiva, ha aiutato gli studenti a collegare la teoria con la pratica.

Infine vengono illustrati i programmi di comunicazione Comskil e Spikes; in cui ci si allena sulle abilità comunicative e gli obiettivi di morte e fine e vita utilizzando l'empatia. Gli studenti partecipanti hanno fornito percezioni fortemente favorevoli dei due programmi. I quali poi sono stati, applicati ad un role play esperienziale affinché le abilità comunicative potessero essere messe in pratica. L'efficacia e la soddisfazione sono state presenti, in particolare dopo la formazione, la maggior parte dei partecipanti si sono sentiti sicuri delle proprie capacità comunicative.

In tutto questo, degni di nota per l'ottimizzazione dell'apprendimento delle abilità comunicative nel fine vita sono risultati i processi di riflessione, discussione e debriefing.

La prima è un elemento chiave nel processo educativo, attraverso di essa, è possibile fare un passo indietro e considerare cosa si è imparato, come lo si è imparato e come applicare la conoscenza alle future esperienze di apprendimento. C'è un grande valore nel condividere le proprie riflessioni ^[16].

La gestione emotiva dei sentimenti e delle idee che si creano durante un processo di riflessione sulla morte, ad esempio, è considerata un'abilità che gli studenti devono acquisire durante la loro formazione. In particolare, al termine di uno studio, i partecipanti sono stati incoraggiati a riflettere sulla comunicazione di cattive notizie attraverso il ciclo riflessivo di Gibbs; modello che consente di muoversi attraverso il processo riflessivo fornendo un approccio strutturato. Il ciclo garantisce l'apprendimento degli studenti sulla base di esperienze passate buone o cattive; esso è caratterizzato dalla descrizione dell'esperienza, l'espressione dei sentimenti sull'esperienza e la valutazione di essa. Fa comprendere inoltre il senso della situazione, la consapevolezza di ciò che avrebbe potuto essere diverso e l'elaborazione di un piano d'azione per fronteggiare situazioni simili in futuro.

L'utilizzo della discussione invece, è fondato sul fatto che essa può essere vista, come uno strumento didattico rivolto all'elaborazione, approfondimento e produzione di conoscenze. In questo modo, chi partecipa a una discussione ha l'opportunità di negoziare e condividere dei significati che contribuiscono alla comprensione reciproca, poiché la discussione stessa attiva l'interpretazione e permette la comparazione fra idee. Mediante la discussione, si sviluppa il pensiero argomentativo, si favorisce la dialettica e si agevola la formulazione di problemi e i tentativi di rielaborazione delle ipotesi (Cacciamani, 2008).

La condivisione diventa un ragionamento collettivo per pensare insieme. Attraverso la condivisione e la verbalizzazione delle informazioni possedute e condivise ^[17].

Infine il debriefing è uno strumento tradizionale che garantisce ai partecipanti l'opportunità di attribuire un senso a ciò che si fa. Offre il tempo agli studenti di considerare i loro interventi e di discutere di ciò che avrebbe potuto funzionare meglio, consentendo loro inoltre di condividere i propri sentimenti in un ambiente confidenziale, oltre a garantire il chiarimento delle idee sbagliate e il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento.

Viene incoraggiata un'autoriflessione revisionando ciò che è andato bene, ciò che è andato male, cosa doveva esser fatto e cosa dovrà esser fatto in futuro ^[18]. I metodi sono stati semplici sessioni di domande e risposte, revisione delle sessioni videoregistrate e sessioni di riflessione.

È una strategia di insegnamento costruttiva per gli insegnanti e un metodo di apprendimento efficace per consolidare le conoscenze e le abilità infermieristiche degli studenti.

Conclusione

Per diventare professionisti sanitari di buon livello, gli studenti di infermieristica, durante la loro formazione universitaria devono acquisire competenze comunicative per affrontare le esperienze di fine vita.

Le abilità comunicative in contesti di cure palliative, nei confronti di pazienti e familiari sono fondamentali ma sono necessarie metodologie per l'apprendimento.

La simulazione, insieme al gioco di ruolo sono due strumenti promettenti e accessibili per far apprendere agli studenti le migliori pratiche per un'assistenza di qualità; poiché promuovono l'acquisizione di capacità di comunicazione per affrontare la morte e il morire, favoriscono l'esplorazione di sentimenti e paure ed incoraggiano il dialogo.

Gli studenti hanno percepito entrambe le esperienze come opportunità per conoscere meglio sé stessi, acquisire fiducia e supportare il pensiero critico; in particolar modo se associati a sessioni di riflessione, discussione e debriefing.

Essi indicano, però, che il numero di ore dedicate a questi due approcci sono troppo brevi, sono necessarie più lezioni per migliorare il senso di autoefficacia e fiducia in sé stessi nella comunicazione di questioni delicate, come le cattive notizie ^[19].

Tuttavia, le prove disponibili in questo campo sono limitate, non solo a causa del ristretto numero di studi ma anche perché molti sono ancora nelle fasi iniziali. Inoltre viene

sottolineato come queste metodologie hanno il bisogno di essere esplorate affinché possano essere un modo innovativo per fornire esperienze formative per gli studenti.

Un ruolo marginale, seppur ancora da sviluppare nella sua interezza lo hanno i programmi di comunicazione Comskil e Spikes.

In conclusione l'istruzione sulle cattive notizie può essere migliorata sia nelle scuole di medicina e di infermieristica, che in altri campi legati alla salute. La ricerca empirica dovrebbe sviluppare ulteriori linee guida e suggerimenti per migliorare le pratiche, specialmente nel fine vita e nelle cure palliative; ciò faciliterà il processo di miglioramento della comunicazione di cattive notizie, e al contempo la qualità dell'assistenza per i pazienti e le loro famiglie.

Bibliografia

[1] Ministero della Salute

Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo-Elementi teorici della comunicazione.

Maggio 2015, pp.10

[2] Elisa Kanter

Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum

2018

[3] Ministero della Salute

Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo-Elementi teorici della comunicazione.

Maggio 2015, pp.11

[4] Ministero della Salute

Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo-Elementi teorici della comunicazione.

Maggio 2015, pp.24-28

[5] Peggy A. Shaw, Miriam A. Abbott

High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care

Ohio, USA; 2016

[6] Nessa Coyle, Ruth Manna, Megan Johnson Shen, Smita C. Banerjee, Stacey Penn, Cassandra Pehrson, Carol A. Krueger , LCSW, Erin K. Maloney, Talia Zaider , Carma L. Bylund

Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses

2016

[7] Carlos Laranjeira, Catarina Afonso, Ana Isabel Querido

Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students

Portogallo; 2021

[8] Peggy A. Shaw, Miriam A. Abbott

High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care

Ohio, USA; 2016

[9] Rebeca Abajas-Bustillo, Francisco Amo-Setién, Mar Aparicio, Noelia Ruiz-Pellón, Rosario Fernández-Peña, Tamara Silió-García, César Leal-Costa and Carmen Ortego-Mate.

Using High-Fidelity Simulation to Introduce Communication Skills about End-of-Life to Novice Nursing Students

Cantabria, Spagna; 2020

[10] Kim Leighton, Jenna Dubas

Simulated Death: An Innovative Approach to Teaching End-of-Life Care

Nebraska, USA; 2009

[11] Carmen María, Sarabia-Cobo, Ana Rosa Alconero-Camarero, Lucía Lavín-Alconero, Isabel Ibáñez-Rementería

Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students

Cantabria, Spagna; 2016

[12] Silvia Escribano, María José Cabañero-Martínez, Manuel Fernández Alcántara, Sofía García-Sanjuán, Rafael Montoya-Juárez, and Rocío Juliá-Sanchis

Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students

Spagna, Alicante; 2021

[13] Madison Smith, Tamara Macieira, Michael Bumbach, Susan Garbutt, Sandra Citty.

The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review

2018

[14] Carmen María, Sarabia-Cobo, Ana Rosa Alconero-Camarero, Lucía Lavín-Alconero, Isabel Ibáñez-Rementería

Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students

Cantabria, Spagna; 2016

[15] Peggy A. Shaw, Miriam A. Abbott

High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care

Ohio, USA; 2016

[16] Davide Parmigiani, Alessandro Gozzi

Pedagogia più didattica

Volume 3, Numero 2, Ottobre 2017

[17] Davide Parmigiani, Alessandro Gozzi

Pedagogia più didattica

Volume 3, Numero 2, Ottobre 2017

[18] Carmen María, Sarabia-Cobo, Ana Rosa Alconero-Camarero, Lucía Lavín-Alconero, Isabel Ibáñez-Rementería

Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students

Cantabria, Spagna; 2016

[19] Carlos Laranjeira, Catarina Afonso, Ana Isabel Querido

Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students

Portogallo, 2021

-Lisa Jane Brighton, Jonathan Koffman, Amy Hawkins, Christine McDonald, Suzanne O'Brien, Vicky Robinson, Shaheen A. Khan, Cert Clin Lds, Rob George, J. Higginson, Lucy Ellen Selman.

A Systematic Review of End-of-Life Care Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers: Research Quality and Reporting Guidance

2017

-Nessa Coyle, Ruth Manna, Megan Johnson Shen, Smita C. Banerjee, Stacey Penn, Cassandra Pehrson, Carol A. Krueger, LCSW, Erin K. Maloney, Talia Zaidler, Carma L. Bylund

Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses

2016

-Carlos Laranjeira, Catarina Afonso, Ana Isabel Querido

Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students

Portogallo; 2021

-Peggy A. Shaw, Miriam A. Abbott

High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care

Ohio, USA; 2016

-Paolo Marcato

Il debriefing

12/03/2006

-Kim Leighton, Jenna Dubas

Simulated Death: An Innovative Approach to Teaching End-of-Life Care

Nebraska, USA; 2009

-Flavia Caretta

Comunicazione e relazionalità in medicina: lo stato dell'arte

- Manilla Giorgia

La Buona comunicazione nel fine vita. "Spesso è tutto quanto si può offrire"

- Anna De Santi, Andrea Geraci, Eloise Longo

Confine 'Manuale per operatori sanitari sulle conversazioni di fine vita', Progetto ConFine: la valutazione del benessere mentale attraverso il miglioramento della comunicazione in oncologia e le conversazioni di fine vita

- De Vlieger Martine, Gorchs Nuria, Larkin Philip J., Porchet Françoise

***Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative in Europa
Formazione Infermieristica in Cure Palliative (Svizzera Associazione Europea per le
Cure Palliative)***

2004

-Laura Hawryluck, Physician Leader, Ian Anderson Program

***Communication with patients and families (Ian Anderson Continuing Education
Program in End-of-Life Care)***

University of Toronto

-Phil Bartle

Giochi di ruolo e giochi di simulazione

-Michael Gordon, Daniel Buchman, Stephen H. Buchman

“Bad News” Communication in Palliative Care: A Challenge and Key to Success

2007

-Margaret Quinn Rosenzweig

Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication

2017

-Elaine Wittenberg, Anne Reb, Elisa Kanter

***Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care
Using the COMFORT Communication Curriculum***

Los Angeles, 2018

-Nessa Coyle, Ruth Manna, Megan Johnson Shen, Smita C. Banerjee, Stacey Penn,
Cassandra Pehrson, Carol A. Krueger , LCSW, Erin K. Maloney, Talia Zaider , Carma
L. Bylund

***Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills
Training Module for Oncology Nurses***

2016

-Cesarina Prandi

Infermieristica in cure palliative

2015

RINGRAZIAMENTI

Sembra tutto così surreale, tre anni son passati così velocemente che è già arrivato il momento della laurea. Sono stati tra gli anni più importanti per me, perché sento fortemente quanto mi abbiano formata, in particolare sotto il punto di vista della ‘vita’.

Il tutto è iniziato in alcune giornate scure di novembre, in cui anche il sole scendeva presto e le ore di buio erano maggiori di quelle del giorno, sia fuori che dentro. E questo buio non faceva distinguere nulla.

Io non avrei mai pensato che sarebbe dovuto toccare a me, e soprattutto in un modo un po' particolare e un pochino estremo: accompagnare una persona cara alla morte. Una diagnosi terminale precisa, comunicata però con troppa poca cura e sei mesi da contare sul palmo di quasi nemmeno due mani.

Quella sofferenza mi ha forgiata, e continua tutt'ora a farlo; ciò non significa che il dolore passi, infatti il crogiolo del fuoco fa il suo ingrato lavoro, scioglie e muove le forme, modificando il reale; la metamorfosi non è semplice, neppure per quei materiali che sono i più preziosi.

È e rimarrà una ferita, ma so che se ben utilizzata po' diventar una feritoia di luce, un po' come quel chicco di grano che caduto a terra, se non muore rimane solo, se invece muore produce frutto. È qui allora che comprendo quanto sia inevitabile accettare ed elaborare il proprio vissuto, e capisco inoltre che anche le più dolorose sofferenze non sono vane, proprio perché attraverso di esse si può essere un docile conforto per chi invece si incontra sofferente per la strada, standogli accanto, con la consapevolezza che quelle parole, attenzioni e gesti che mi sono state donate, avranno un senso solo se lo saranno a loro volta.

Oggi il lavoro di questa tesi, il sacrificio di questi anni intensi ed un grazie li dedico a nonna, con la promessa di non fermarmi qui, ma di continuare ad imparare e rimanere aperta ad ogni cosa che ha in sé il seme buono della crescita.

Sono certa, che lei mi sta guardando e festeggia tanto orgogliosa!

Un grazie è per tutte le persone che ho incontrato nei vari reparti, dentro ai quali si trova la bellezza più assoluta del genere umano, che insieme alle brutture e stranezze, mi fa comprendere come tutti siano degni di una parola di conforto, di un sorriso, di un grazie, e quando serve anche di qualche no.

In ordine di incontro, il mio grazie è per: Carola che con il suo sì, si è affidata e mi ha permesso di poter fare il mio primo prelievo, Luciano, che amava la vita così tanto, da lasciarci pagati pizze e succo al bar, per dirci grazie, a tante persone che per lo stesso motivo ci hanno offerto il caffè, i cioccolatini; quelle carezze e quelle premure non si dimenticano e nemmeno gli occhi celesti di Giuseppe.

A tutti coloro che avevano la voglia di raccontarsi ma anche di ascoltarti.

A chi se n'è andato con il coraggio di dire 'va bene, è ora!' A Marisa, a Fiorenzo, che ci ha fatto fermare i cuori con un pezzo di torta al cioccolato e della musica su un televisore, a Rosa, a Giuseppe e al suo momento sigaretta: improrogabile! A Enrico, che ci sentiva e vedeva poco, ma che ogni mattina sul letto con gli occhiali da sole e la finestra semi-aperta faceva "stretching per le braccia", come lo chiamava lui "perché muoversi fa bene" e "Aaah..." aggiungeva "Che calda mattinata di sole", tutte le mattine; e diventava solo così, una bella giornata.

A Noemi e Caterina che posso dire, con emozione, ho visto nascere gli ultimi giorni di tirocinio in Ostetricia.

Ai curiosi che "Chi sei?", "Come ti chiami?," "Dove abiti?," "Ah ma allora sei figli di?" lo domandavano e lo indovinavano anche.

A Fiorina che il suo grazie e il suo addio ce lo ha detto con un piatto di lasagne.

Porto nel cuore i loro sorrisi, le mani, gli occhi limpidi, i grazie, di alcuni i volti meravigliosi scavati dal tempo e di altri le insicurezze e le arrabbiature perché il compagno di stanza la notte precedente non li aveva fatti dormire. A chi ti chiamava in continuazione perché aveva bisogno di parlare, perché non aveva nessuno e a chi era arrabbiato con il mondo, e quindi anche con te, ma per motivi forse e purtroppo giusti.

A tutti loro che mi hanno aiutato a capire che questo non è solo un lavoro, ma molto di più...

Un grazie va a tutti gli infermieri e infermiere, oss, e medici che si sono fermati e mi hanno regalato un po' della loro esperienza, del loro sapere e della loro umanità; il grazie va anche a chi non lo ha fatto, poiché mi ha aiutato a comprendere che nella vita si può sempre scegliere, e la differenza la si fa con le piccole cose.

Un grazie a Laura, figura importante, che ha solcato in avanguardia la strada e l'ha illuminata un po' di più.

Un grazie alla mia relatrice la Dottoressa Stefania Liberati, che seppur da lontano ha continuato a trasmettere la passione di questa professione nei confronti di noi ragazzi. Senza di lei tutto questo non sarebbe stato possibile. Né la tesi e quindi questo traguardo, né il cammino universitario. Ha avuto sempre una parola di conforto, di bellezza, di verità, che mi ha aiutata a scegliere di essere e non continuare a fare.

Alla mia famiglia, che mi ha supportato e continua a farlo nelle grandi e piccole scelte della vita, sia nella gioia che nel dolore. E mi ha sopportato; soprattutto nei disordini dei fogli prima degli esami, e non solo...

A tutti coloro che, legati da un sottile ma resistente filo rosso, mi hanno aiutato a ricolorare le pagine un po' sbiadite della mia vita, a continuare a sperare nella bellezza dell'altro e hanno voluto partecipare a questo traguardo. È un'immensa gioia per me dividerlo insieme.

Ai compagni di corso, grandi spalle su cui sostenersi dagli esami ai reparti.

A una compagna di viaggio importante, Lucia, con la quale ho imparato che la gioia non ha significato se non condivisa.

Grazie!

Vi voglio bene!

Per sempre grata,

Giorgia