



DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

A.A. 2024/2025

Progetto di Tesi di Chiara Bertoletti

Competenze e bisogni formativi nelle cure palliative di base: percezioni dei professionisti sanitari e socio-sanitari generalisti

Introduzione

Le cure palliative di base, o Primary Palliative Care, rappresentano il primo livello di risposta ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, progressive o non guaribili. Comprendono competenze essenziali che i professionisti generalisti dovrebbero poter integrare nella pratica ordinaria, tra cui il riconoscimento precoce dei bisogni palliativi, la gestione dei sintomi più comuni, la comunicazione con la persona assistita e la famiglia, la collaborazione interprofessionale e il supporto nei processi decisionali (Quill & Abernethy, 2013; World Health Organization, 2020).

Nonostante il crescente riconoscimento delle cure palliative come componente trasversale dell'assistenza, la letteratura evidenzia una preparazione spesso disomogenea e frammentata nei professionisti non specialisti. Gli studi disponibili tendono inoltre a concentrarsi su singole professioni o su specifiche dimensioni, senza esplorare congiuntamente le competenze percepite, le esperienze professionali e i bisogni formativi di una popolazione multiprofessionale (Gamondi et al., 2013a, 2013b; Società Italiana di Cure Palliative, 2018).

In Italia, la Legge 15 marzo 2010, n. 38 e la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 rafforzano la necessità di competenze diffuse in materia di cure palliative, terapia del dolore, consenso informato, proporzionalità dei trattamenti e rispetto delle volontà della persona assistita. A partire da tali premesse è stato sviluppato un questionario originale rivolto a professionisti sanitari e socio-sanitari generalisti operanti in contesti non specialistici.

Obiettivo generale

Descrivere le competenze percepite, le esperienze professionali e i bisogni formativi nelle cure palliative di base dei professionisti sanitari e socio-sanitari generalisti, al fine di individuare aree di miglioramento utili alla progettazione di futuri interventi formativi.

Background e gap nella letteratura

La revisione narrativa della letteratura ha evidenziato tre criticità principali:

- la formazione in cure palliative di base risulta disomogenea e frequentemente subordinata a percorsi specialistici o a iniziative locali;
- le dimensioni etiche, comunicative, interprofessionali, di advocacy e di gestione della sofferenza sono spesso indagate separatamente;

- non è stato individuato uno strumento validato capace di esplorare congiuntamente tali dimensioni in una popolazione multiprofessionale italiana di professionisti generalisti.

Obiettivi specifici

- Descrivere il livello percepito di competenza complessivo e nei sei ambiti individuati: formazione e competenze di base; etica clinica e decisionale; advocacy e tutela dei diritti; lavoro in équipe e interprofessionalità; comunicazione con pazienti e famiglie; gestione del dolore e dei sintomi psicologici.
- Descrivere la frequenza delle esperienze professionali rilevanti riferite agli ultimi dodici mesi.
- Identificare le aree nelle quali i partecipanti percepiscono un maggiore bisogno di approfondimento formativo.
- Esplorare eventuali differenze nei punteggi aggregati tra macro-aree professionali e in relazione alle principali caratteristiche formative e lavorative, con finalità esclusivamente esplorativa.
- Formulare indicazioni utili alla progettazione di futuri interventi educativi rivolti ai professionisti generalisti.

Metodologia proposta

Disegno dello studio. Il progetto prevede uno studio osservazionale e trasversale, a impianto prevalentemente descrittivo ed esplorativo, condotto mediante un questionario online autosomministrato. Non sono previsti interventi clinici, modifiche dei percorsi assistenziali o raccolta di dati relativi ai pazienti.

Popolazione target. Lo studio è rivolto a infermieri, medici, operatori socio-sanitari, psicologi, fisioterapisti, ostetriche, assistenti sanitari e altre figure sanitarie o socio-sanitarie che operano in contesti non specialistici e assistono persone con patologie croniche, progressive o non guaribili, compresi i contesti materno-infantili e perinatali. Sono inclusi i professionisti con almeno un anno di esperienza lavorativa complessiva e con precedente esperienza di assistenza alla popolazione indicata. Sono esclusi coloro che hanno conseguito una formazione specialistica in cure palliative o che lavorano, o hanno lavorato nei dodici mesi precedenti, in hospice, unità di cure palliative o servizi domiciliari specialistici.

Sviluppo dello strumento. Il questionario è stato costruito sulla base del quadro teorico e dei risultati della revisione narrativa della letteratura. La versione preliminare è stata sottoposta, il 30 giugno 2026, a una valutazione qualitativa mediante focus group multiprofessionale con sette partecipanti appartenenti a differenti profili e ambiti clinici. La fase ha riguardato la comprensibilità, la pertinenza, la completezza e l'applicabilità degli item ai diversi ruoli professionali e non ha avuto finalità di validazione psicometrica. Le osservazioni raccolte hanno portato a modifiche circoscritte dell'introduzione, delle istruzioni e di due item dell'area etica.

Struttura del questionario. Lo strumento definitivo comprende 51 item, richiede circa 10-15 minuti ed è articolato in cinque sezioni: domande filtro; dati socio-demografici e lavorativi; competenze percepite; esperienze professionali; bisogni formativi. La sezione sulle competenze comprende sei domini tematici e utilizza, insieme alla sezione sui bisogni formativi, scale Likert a cinque punti; la sezione sulle esperienze rileva invece la frequenza delle situazioni assistenziali considerate.

Reclutamento e numerosità. La somministrazione avviene mediante Google Moduli e il reclutamento segue un campionamento non probabilistico di convenienza, attraverso ordini e albi professionali, associazioni, strutture sanitarie e socio-sanitarie, reti aziendali e contatti istituzionali o professionali. Il numero effettivo di partecipanti dipenderà dall'adesione volontaria e dalla fattibilità della distribuzione. A fini orientativi, una stima a priori effettuata con G*Power 3.1.9.7, assumendo un'ANOVA a una via tra quattro gruppi, un effetto medio ($f = 0,25$), $\alpha = 0,05$ e una potenza dell'80%, ha indicato una numerosità complessiva di 180 partecipanti (Faul et al., 2007). Tale valore non costituisce una soglia vincolante né garantisce la rappresentatività del campione.

Analisi dei dati. Le analisi saranno condotte mediante il software jamovi. Saranno descritte le caratteristiche del campione e le risposte ai singoli item; dopo la ricodifica degli item formulati negativamente saranno

calcolati punteggi aggregati complessivi e per dominio. La coerenza interna dei domini sarà valutata in modo preliminare, mentre gli eventuali confronti tra macro-aree professionali avranno carattere secondario ed esclusivamente esplorativo.

Aspetti etici e protezione dei dati. La partecipazione è volontaria e anonima. Il modulo è configurato in modo da non raccogliere indirizzi e-mail, nomi, recapiti o altri identificativi diretti e non richiede dati clinici o sanitari personali dei partecipanti. I dati saranno analizzati e presentati esclusivamente in forma aggregata. Prima dell'avvio della raccolta è stato effettuato un colloquio con il Clinical Trial Center dell'ASST Spedali Civili di Brescia, durante il quale è stato indicato che, considerate la natura anonima, volontaria e non interventistica dello studio e l'assenza di dati sanitari personali, non risultava necessaria la sottoposizione al Comitato Etico. Il focus group è stato condotto previa acquisizione del consenso scritto alla partecipazione e, separatamente, alla registrazione audio.

Tempistica. La revisione della letteratura, la costruzione del questionario, il focus group e la revisione dello strumento sono conclusi. La raccolta dei dati è prevista da luglio fino alla fine di settembre 2026; la pulizia e l'analisi dei dati saranno svolte nel mese di ottobre, seguite dalla redazione dei risultati e della discussione della tesi.

Aspetti chiave da indagare

Formazione e competenze di base: preparazione iniziale, riconoscimento dei bisogni palliativi e capacità di applicare interventi orientati al sollievo e alla qualità di vita, nei limiti del ruolo professionale.

Etica e advocacy: riconoscimento dei dilemmi etici, proporzionalità dei trattamenti, tutela della dignità, dei diritti e delle preferenze della persona assistita.

Lavoro in équipe e comunicazione: collaborazione multiprofessionale, condivisione delle informazioni e gestione delle conversazioni emotivamente impegnative con persone assistite e familiari.

Gestione della sofferenza: riconoscimento e rilevazione del dolore, dei sintomi frequenti nelle fasi avanzate e delle componenti psicologiche, sociali e spirituali della sofferenza.

Impatti attesi

- Contributo conoscitivo: descrivere, in una popolazione multiprofessionale, le aree di maggiore sicurezza percepita e quelle caratterizzate da maggiori bisogni formativi.
- Impatto pratico: fornire indicazioni preliminari per la progettazione di interventi formativi mirati nei contesti sanitari e socio-sanitari non specialistici.

Referenti del progetto

Ricercatrice: Chiara Bertoletti, infermiera e studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Brescia; e-mail: c.bertoletti004@studenti.unibs.it.

Relatrice e referente scientifica: Dott.ssa Silvia Rossini, Università degli Studi di Brescia.

Bibliografia essenziale

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education - Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.

- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013b). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140-145.
- Repubblica Italiana. (2010). Legge 15 marzo 2010, n. 38: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, n. 65 del 19 marzo 2010. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/03/19/010G0056/sg>
- Repubblica Italiana. (2017). Legge 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, n. 12 del 16 gennaio 2018. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/16/18G00006/sg>
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care - Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>
- Società Italiana di Cure Palliative. (2018). *Il Core Competence italiano dell'infermiere in Cure Palliative* (Versione 2018). Milano: SICP. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/14_Core_Comp_Inf_2018_WEB_def.pdf
- World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>