

ARTICOLI ORIGINALI

L'autovalutazione delle Competenze degli infermieri di Cure Palliative



Cesarina Prandi¹, Valentina Biagioli¹, Roberta Fida²

(1) Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università "Tor Vergata", Roma

(2) Dipartimento di psicologia, Università "La Sapienza", Roma

Corrispondenza a: Cesarina Prandi; Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università "Tor Vergata", Roma; Mail: prandicesarina@gmail.com

Abstract

L'autovalutazione delle competenze professionali rappresenta un fattore cardine in ambito organizzativo. Per colmare il gap tra la competenza percepita e quella auspicata, vi è innanzitutto la necessità di strumenti validi e affidabili che misurino le convinzioni di competenza degli infermieri di cure palliative. L'obiettivo del presente studio pilota è quello di testare le proprietà psicometriche di una scala per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche in cure palliative. Questa scala misura le 5 competenze più rilevanti associate agli obiettivi formativi del Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative (CCICP). Lo studio si è svolto in modalità on-line e ha previsto due diverse procedure per la raccolta dati. Hanno partecipato all'indagine 175 infermieri. L'analisi fattoriale confermativa mostra l'adeguatezza della soluzione a 5 fattori con un fattore generale di secondo ordine. L'attendibilità della scala è molto elevata (0,984). La competenza totale è correlata positivamente alla soddisfazione per le esigenze formative e di aggiornamento professionale. Questi primi risultati suggeriscono che il questionario "Professional-Competence CCICP" possa essere utilizzato con confidenza per definire il livello di competenza percepita dagli infermieri di cure palliative

Parole chiave: competenza professionale, infermieri

Self-assessment of palliative nurses' competencies: a preliminary study on the validity of the questionnaire Professional Competence of the Core Curriculum in Palliative Care Nursing (CCICP)

It is important to assess, in organizational context, how much nurses believe to be competent in their job. To bridge the gap between the perceived competence and the desired one, there is first the need for valid and reliable instruments measuring nurses' competence beliefs in palliative care. The aim of this pilot study is testing the psychometric properties of a self-report scale measuring nurses' competence in palliative care. This scale measures the 5 most relevant competences associated with the educational objectives of the Core Curriculum in Palliative Nursing (CCPN). The study was conducted on-line, according two different procedures for data collection. The survey included 175 nurses. Confirmatory factor analysis shows the goodness of fit of the 5 factors solution together with a global second order factor. The reliability of the scale is very high (0.984). The total competence is positively related to satisfaction with the training and continuing education needs. These preliminary results suggest that the questionnaire "Professional Competence CCPN" could be used with confidence to define the level of nurses' perceived competence in palliative care.

Key words: nurses, professional competence

Introduzione

Orem definisce la "nursing agency", come la percezione degli infermieri di essere in grado di mettere in atto interventi infermieristici in modo efficace [1]. Questa percezione, assimilabile all'autovalutazione delle competenze professionali, rappresenta un fattore cardine in ambito organizzativo [2]. In cure palliative, gli infermieri, in particolare quelli novizi, non si sentono sufficientemente preparati a erogare cure di fine-vita [3]. Questo è legato, almeno in parte, alla mancanza di conoscenze necessarie e di competenze specialistiche richieste, come una carente abilità nel prendere decisioni cliniche nel fine-vita [4]. Vi è infatti la necessità di implementare una formazione specifica sulle cure palliative sia a livello di laurea che post-laurea [5] [6] [7].

Per colmare il gap tra la competenza percepita e quella auspicata, vi è innanzitutto la necessità di

strumenti validi e affidabili che misurino le convinzioni di competenza degli infermieri di cure palliative. A differenza di quanto accade nel contesto internazionale [8] [9] [10], per quanto a nostra conoscenza, non esistono questionari validati in lingua italiana a tal scopo, forse perché questo presuppone una chiara definizione delle competenze infermieristiche chiave in cure palliative. In effetti, lo stesso concetto di competenza è oggetto di molteplici definizioni, [11] [12] fra cui, quella adottata dall'EAPC (European Association for Palliative Care), è: «un insieme di conoscenze, abilità e atteggiamenti influenti sulla maggior parte del proprio lavoro (ruolo o responsabilità), associati alle prestazioni lavorative, misurabili sulla base di standard ben accetti e migliorabili mediante la formazione e lo sviluppo» [13] [14]. È quindi necessario descrivere precisamente quali siano le competenze infermieristiche in cure palliative più coerenti al contesto italiano, a partire dalle 10 competenze più importanti che ogni professionista sanitario dovrebbe acquisire per assistere una persona nel fine-vita, secondo l'EAPC [14]. In una recente revisione, sono segnalati 11 documenti che definiscono un framework di competenze infermieristiche nelle cure palliative [15]. È perciò cruciale, tralasciando le proposte isolate [16], individuare un framework contestuale, dinamico e che goda di un largo consenso. È con questo obiettivo che una commissione nominata dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP), composta da infermieri esperti di formazione infermieristica, ha definito un Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative (CCICP), costituito da 26 competenze, considerate veri e propri elementi organizzatori del curriculum [17]. Per realizzare il CCICP, la commissione ha analizzato le competenze descritte nei principali core curriculum/competence disponibili in letteratura, le ha declinate secondo la teoria del nursing umanistico

[18] e ha fatto riferimento sia al progetto “Tuning Educational Structure in Europe” (European Commission, 2007) [19] [20] [20] [21] che al codice deontologico degli infermieri [22]. In seguito, la commissione SICP ha avviato un confronto con un gruppo allargato interdisciplinare di esperti in cure palliative (coordinatori regionali SICP, un campione di infermieri palliativisti con almeno 3 anni di esperienza clinica, docenti del Med 45), prevedendo l'inserimento delle competenze descritte nel CCICP in un questionario self-report. Nel questionario si invitava a esprimere un giudizio sulla rilevanza delle 26 Competenze Infermieristiche del Core Curriculum per i livelli di formazione A, B o C (come descritti dall'EAPC), specificando le 5 competenze considerate più importanti in assoluto. Le cinque competenze del CCICP emerse, dai questionari di consenso, come le più importanti per l'infermiere in cure palliative sono riportate nella Tabella 1.

Valutare quanto il professionista infermiere si percepisce competente, almeno nelle cinque aree più rilevanti del CCICP, potrebbe non solo fornire un'iniziale evidenza della preparazione di chi lavora in cure palliative, ma potrebbe anche contribuire a una più precisa definizione delle competenze stesse. Inoltre, visto che esiste una certa difficoltà nel determinare il vero livello di competenza [23] e di performance [24], scale robuste, in grado di misurare le convinzioni di efficacia/competenza degli infermieri di cure palliative, non solo potrebbero costituire un'utile misura dell'outcome di programmi educativi specialistici [25], ma potrebbero anche fungere da predittori affidabili delle azioni e degli stati emotivi dei lavoratori.

A tal proposito, l'obiettivo del presente studio pilota è quello di testare le proprietà psicometriche di una scala per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche in cure palliative.

Tabella 1. Le cinque competenze più importanti per l'infermiere in cure palliative.

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

Materiali e metodi

Partecipanti

Questa indagine trasversale on-line ha coinvolto gli infermieri di cure palliative che lavorano in strutture hospice o domicilio, in organizzazioni pubbliche, no-profit o private. Sono stati coinvolti tutti gli infermieri dei centri di cure palliative aderenti allo studio che rispondevano ai seguenti criteri:

- prestanti assistenza diretta o coordinatori,
- in possesso di un indirizzo e-mail comunicato al referente del centro,
- in grado di leggere e comprendere la lingua italiana,
- in grado di utilizzare un pc connesso a internet,
- disponibili a partecipare allo studio.

Strumenti

Professional-competence. Delle 26 competenze descritte nel CCICP, sono state estrapolate le 5 emerse come più rilevanti in un precedente studio di indagine [17]. Gli obiettivi formativi associati a ciascuna delle 5 competenze essenziali sono stati adattati, come item, in un questionario self-report al fine di valutare quanto gli infermieri di cure palliative si percepiscono competenti nelle diverse aree (competenza 1, item: 20-24; competenza 2, item: 1-9; competenza 3, item: 10-13; competenza 4, item: 17-19; competenza 5, item: 14-16). È stato chiesto a ciascun partecipante quanto si sente competente in ciascuna attività utilizzando una scala auto-ancorante numerata da 0 a 10, con agli estremi i descrittori “per nulla competente” e “del tutto competente” (Figura 2).

Competenza generica. Al fine di valutare il livello globale di competenza professionale percepita, è stato utilizzato un singolo item: “Globalmente, quanto si sente capace nel suo lavoro?” dove 0 indica “per nulla” e 10 “del tutto”.

Soddisfazione per le esigenze formative e di aggiornamento professionale. Al fine di valutare il livello di soddisfazione per la formazione ricevuta, è stato utilizzato un singolo item: “Ritiene che siano accolte e soddisfatte le sue esigenze formative e di aggiornamento professionale?” dove 0 indica “mai” e 10 “sempre”.

Caratteristiche demografiche e lavorative. Per descrivere il campione e valutare le differenze nella percezione delle competenze in cure palliative

sono state raccolte le seguenti informazioni demografiche: età, genere, stato civile, titolo di studio. Le informazioni raccolte riguardanti l'attività lavorativa sono state: ruolo, esperienza clinica generale e in cure palliative, setting lavorativo, tipologia di contratto, orario lavorativo, turnazione, esclusività dell'assistenza in cure palliative, soddisfazione per la formazione professionale (da 0 a 10).

Caratteristiche del centro. Per descrivere il centro di provenienza degli infermieri di cure palliative, sono state raccolte le seguenti informazioni: collocazione geografica, sovvenzionamento, anno di inizio attività, tipologia di assistenza, numero di pazienti assistiti l'anno, supporto del volontariato, numero totale di infermieri che lavorano nel centro, modalità operativa dell'assistenza, presenza di un piano di aggiornamento del personale infermieristico, periodicità delle riunioni d'equipe.

Procedura

Le procedure di raccolta dati sono state due. Nella prima, dalla fine di agosto 2013 alla fine di novembre 2013, i centri sono stati selezionati per conoscenza diretta o in base alla reperibilità del loro indirizzo e-mail sul web, facendo riferimento in particolare al sito della Federazione Italiana di Cure Palliative [26]. Le informazioni sulle caratteristiche di ogni centro sono state raccolte mediante una scheda centro, compilata on-line dal referente del centro, che contestualmente autorizzava e coinvolgeva gli infermieri nello studio. Agli infermieri è stato somministrato un questionario on-line, realizzato con metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) grazie al programma Google Drive, chiedendo di cliccare su un link inviato loro dal referente del centro. Questa prima procedura ha previsto 3 fasi. Il primo contatto con il referente del centro è avvenuto per e-mail, con l'intento di invitare il centro a collaborare allo studio. I referenti che si sono mostrati disponibili a collaborare allo studio sono stati ricontattati per e-mail, inviando loro una scheda centro on-line per raccogliere le informazioni sul centro. Il terzo contatto con il referente è avvenuto dopo 2 giorni lavorativi mediante una e-mail contenente il link al questionario on-line. Al referente è stato quindi chiesto di inoltrare per e-mail tale link a tutti gli infermieri che lavoravano presso il suo centro.

Nella seconda procedura, dal marzo 2014 fino alla fine di maggio 2014, gli infermieri di cure palliative sono stati informati dello studio mediante an-

nuncio sulle newsletter n. 3 e 4 della SICP [27] [28] e sono stati invitati a compilare il questionario on-line indipendentemente dal centro di appartenenza.

Analisi statistiche

Le informazioni della scheda centro sono state analizzate mediante statistiche descrittive, una volta stabilita la codifica dei campi a spazio libero.

Per nulla competente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Del tutto competente
1. Identificare gli interventi appropriati per i diversi tipi di dolore.												
2. Utilizzare in équipe strategie non farmacologiche per il controllo del dolore.												
3. Gestire in équipe il processo assistenziale e i farmaci necessari alla sedazione palliativa.												
4. Utilizzare interventi personalizzati, appropriati ed efficaci per la gestione collaborativa dei principali problemi della persona assistita in Cure Palliative.												
5. Utilizzare, in équipe, interventi personalizzati, appropriati ed efficaci per la gestione delle risposte alla malattia, ai sintomi, ai trattamenti, al processo del morire e al lutto.												
6. Attivare strategie non farmacologiche per la gestione della persona assistita.												
7. Riconoscere le condizioni cliniche che rendono opportuni i seguenti trattamenti: antibiotico-terapia, trasfusioni di emoderivati, dialisi, nutrizione artificiale, idratazione, paracentesi e toracentesi e gestirli in équipe.												
8. Utilizzare gli strumenti clinico-organizzativi per la migliore gestione degli ultimi giorni/ore di vita della persona assistita e della sua famiglia.												
9. Preparare la salma, nel rispetto della dignità e della volontà della persona assistita e nel contesto di regolamenti e disposizioni vigenti.												
10. Applicare i principi a tutela della dignità e dell'autonomia di ogni persona.												
11. Favorire la manifestazione dei bisogni.												
12. Valutare la globalità dei bisogni, espressi e non espressi, cogliendo i significati profondi delle narrazioni sulle esperienze di salute/malattia.												
13. Utilizzare risposte di cura personalizzate, valorizzando le proprie capacità e quelle di ogni persona coinvolta nel progetto di cura.												
14. Gestire, personalmente e in équipe, gli stati emotivi che interferiscono con una comunicazione efficace.												
15. Adattare la comunicazione alla cultura, ai valori, ai livelli di consapevolezza, alle emozioni, ai desideri e alle condizioni cliniche e cognitive della persona assistita, della sua famiglia e al contesto assistenziale.												
16. Utilizzare tutti gli interventi e gli strumenti che rendono possibile la comunicazione efficace in relazione al grado di disabilità della persona assistita.												
17. Rispondere appropriatamente, in équipe e in tutti i servizi della Rete di Cure Palliative, alle diversità culturali, etniche, generazionali, di genere e di reazione alla malattia, al processo del morire, alla morte e al lutto.												
18. Tutelare, in équipe e in tutti i servizi della Rete, i diritti della persona assistita.												
19. Tutelare la volontà della persona assistita, tenendo conto della complessità delle decisioni in Cure Palliative.												
20. Applicare i principi etico - deontologici dell'assistenza.												
21. Applicare la normativa in materia di Cure Palliative.												
22. Applicare la filosofia e i valori fondanti del Nursing e delle Cure Palliative.												
23. Affrontare le questioni etico/morali nelle decisioni in Cure Palliative.												
24. Affrontare situazioni cliniche che richiedono di assumere decisioni difficili riguardo l'appropriatezza di alcuni trattamenti in Cure Palliative.												

Figura 2.
Il questionario Professional-Competence CCICP

Per esaminare la relazione tra numerosità dei pazienti assistiti l'anno e il numero di infermieri che lavorano nel centro, si è effettuata la correlazione di Pearson a due code.

Le caratteristiche demografiche e lavorative del campione di infermieri in studio sono state analizzate mediante statistiche descrittive. Per ciascun item della scala delle competenze percepite sono state calcolate: la media, la deviazione standard, il range, l'asimmetria, la curtosi, la correlazione con l'item globale sulla capacità lavorativa (per testare la validità concorrente), la correlazione item-totale corretto (per testare la discriminatività). Inoltre, per ciascun item, sono state calcolate le percentuali degli infermieri con punteggio 0-3 e 8-10.

Per valutare la dimensionalità della scala e la validità di costrutto, è stata effettuata l'analisi fattoriale confermativa (CFA - Figura 1) con metodo robusto (più adeguato per le variabili con distribuzione non normale). Per valutare l'adeguatezza del modello teorico a 5 fattori, sono stati considerati i seguenti indici di fit: chi quadrato (non significativo), RMSEA (<0,06), CFI (>0,95), TLI (>0,95) e

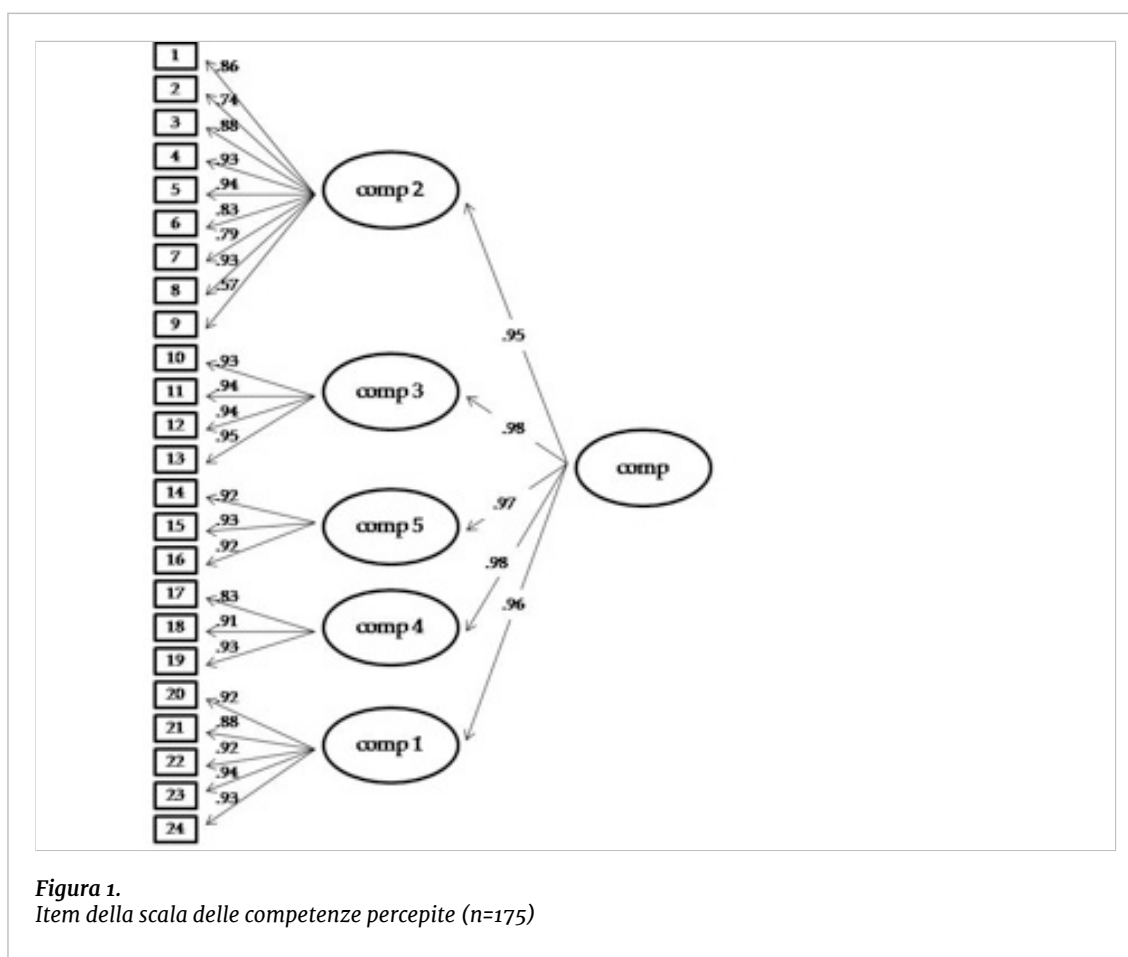
SRMR (<0,08) [29]. Una volta stabilita la dimensionalità della scala, si è valutata l'attendibilità della stessa mediante l'alpha di Cronbach.

Infine è stata analizzata la correlazione con il coefficiente di Pearson tra la competenza percepita e la soddisfazione per le esigenze formative e di aggiornamento professionale.

Risultati

Descrizione dei centri

I centri di cui è stata compilata la "scheda centro on-line" sono stati 25 su 37 contattati (tasso di risposta: 67,6%), per la maggior parte del nord (nord: n=18, 72%; centro: n=2, 8%; sud: n=5, 20%), strutture pubbliche (pubbliche: n=14, 56%; onlus: n=5, 20%; private convenzionate: n=2, 8%; private non convenzionate: n=2, 8%; miste: n=2, 8%), hospice (hospice: n=15, 63%; domicilio: n=2, 8%; entrambi: n=7, 29%), con modalità operativa a rotazione (a rotazione: 19, 79%; primary nursing: 5, 21%), supportati dal volontariato (sì: n=24, 96%; no: n=1, 4%). Mediamente la loro attività è iniziata nel 2003 (mediana 2006); il centro con una mag-



giore tradizione risale al 1987 mentre quello più recente al 2013. In media, vengono assistiti 495 pazienti l'anno per centro (mediana=241; D.S.=497; range=100-2000) con 14 infermieri (mediana=10; D.S.=9; range=6-42). La correlazione tra numero di pazienti assistiti e numero di infermieri risulta direttamente proporzionale e significativa ($r=0,761$; $P<0,001$). In quasi tutti i centri è previsto un piano di aggiornamento del personale infermieristico (23/24; 95,8%). La riunione organizzativa d'equipe è prevista da un minimo di una volta ogni due mesi a un massimo di una volta a settimana, con media 2 volte al mese (mediana=1,6 volte al mese; D.S.=1,4).

Descrizione degli infermieri partecipanti

Gli infermieri che hanno risposto al questionario on-line alla prima indagine sono stati 107, mentre quelli alla seconda indagine 68, costituendo un campione totale di 175 partecipanti (tasso di risposta circa 27%). Le caratteristiche degli infermieri che hanno complessivamente preso parte allo studio sono descritte nella Tabella 2. La loro età media è di 41 anni (D.S.=9,6; range=24-63), mediamente lavorano come infermieri da 17 anni (D.S.=11; range=1-41), nell'ambito delle cure palliative da 7 anni (D.S.= 5, range=0-23), similmente nello specifico centro dichiarato (media=8 anni; D.S.= 6,4; range=0-31). Gli infermieri che lavorano in hospice hanno mediamente una settimana lavorativa di 34 ore (D.S.= 5,7; range=18-43) mentre quelli che lavorano a domicilio effettuano in media 24 accessi a settimana (D.S.= 15,8; range=1-47).

Questionario sulle competenze percepite

I punteggi di ciascun item del questionario sulle competenze percepite sono riportati nella Tabella 3. L'item con la media più bassa risulta il 2, mentre quello con la media più alta il 10. Tra le percentuali di infermieri con punteggio basso (0-3) prevale quella relativa all'item 9, mentre tra le percentuali di infermieri con punteggio alto (8-10) prevale quella dell'item 10.

Le correlazioni item-totale corretto sono tutte sopra il livello di accettabilità ($r=0,30$), la più bassa è per l'item 9 ($r=0,556$). Tutti gli item inoltre correlano in modo significativo con l'item sulla capacità lavorativa globale, la correlazione più bassa è per l'item 9 ($r=0,45$). Ad eccezione dell'item 2 e dell'item 17, gli item hanno un'asimmetria negativa accentuata (<1 ; fino a $-1,74$) e sono leptocurtici (curtosi >1 ; fino a 3,91).

Per quanto riguarda la validità di costruito, poiché gli item sono risultati tutti molto correlati tra loro (la correlazione più bassa è $r=0,37$) così come le 5 dimensioni latenti teorizzate (la correlazione più bassa è $r=0,87$), si è proceduto ad analizzare con la CFA un modello costituito dai 5 fattori teorizzati e un fattore globale di secondo ordine. Tale soluzione è risultata adeguata: chi quadro (247)=346,02 $p<0,001$; CFI=0,93; TLI=0,92; RMSEA=0,05 (IC 90% 0,037-0,062); SRMR=0,03. La scala ha complessivamente un'elevata attendibilità (alpha di Cronbach 0,984). La media del totale è risultata 7,6 (D.S.=1,7; range=1,7-10), che è pari a una competenza complessiva del 76%. Quindi, gli infermieri partecipanti allo studio si ritengono in media discretamente competenti nelle attività lavorative. Per quanto riguarda le singole dimensioni, la media della prima competenza è risultata 7,7 (D.S.= 1,9; range=1,4-10), della seconda competenza è 7,5 (D.S.= 1,7; range=1,7-10), della terza competenza è 8 (D.S.= 1,7; range=1,8-10), della quarta competenza è 7,5 (D.S.= 1,9; range=1,7-10), della quinta competenza è 7,6 (D.S.= 1,7; range=1,7-10).

La correlazione tra la competenza totale percepita e la soddisfazione per le esigenze formative e di aggiornamento professionale è significativa ($r=0,55$; $p<0,001$). D'altra parte non sono emerse differenze significative ($p<0,05$) nel livello di competenza totale riferita sulla base delle caratteristiche socio-demografiche e lavorative.

Discussione

Il presente studio si è svolto con l'obiettivo di testare le proprietà psicometriche di una scala per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche in cure palliative. Tale scala, costituita dagli obiettivi formativi delle 5 competenze più rilevanti del CCICP, è risultata valida e affidabile. I fattori ipotizzati nella teoria sono stati confermati insieme a un fattore globale di secondo ordine.

Disporre di strumenti validati per l'autovalutazione delle competenze degli infermieri di cure palliative è particolarmente utile dal momento che le competenze costituiscono il primo punto del vettore della performance [30]. Pertanto, infermieri che si sentono particolarmente bravi nella gestione del dolore [31] e degli altri sintomi, così come nella comunicazione con i pazienti [32] e i familiari [33], avranno una responsabilità primaria nell'assicurare alle persone, nel fine-vita, una morte serena. Infatti, in accordo con

la teoria condivisa Bandura-Orem [34], è assai rilevante in termini di scelta degli obiettivi, tenacia, stati emotivi e successo, che i professionisti della salute si percepiscano competenti nelle loro attività lavorative.

Nonostante la gestione del paziente sia l'area in cui gli infermieri si ritengono più competenti, così come riportato in letteratura [35], dal presente studio emerge che l'attivazione e l'utilizzo di strategie non farmacologiche rappresentino invece abilità meno sviluppate. Questo potrebbe essere

legato anche alla limitata evidenza disponibile sull'efficacia degli interventi non farmacologici, per esempio nel ridurre il dolore nei pazienti con cancro avanzato [36]. Anche la capacità di rispondere adeguatamente alla diversità culturale sembra non essere posseduta al pari delle altre. Forse gli infermieri di cure palliative non hanno ancora raggiunto il livello ottimale di autoconsapevolezza riflessiva, conoscenza degli altri e competenza nella gestione delle differenze, pre-requisiti per un'assistenza sensibile alla cultura [37].

Tabella 2. Caratteristiche anagrafico-lavorative del campione di infermieri in studio (n=175).

item		FREQUENZA ASSOLUTA	%
sesso (n=152)	uomini	30	19,7
	donne	122	80,3
stato civile (n=152)	celibe/nubile	36	23,7
	coniugato/convivente	104	68,4
	separato/divorziato	10	6,6
	vedovo	2	1,3
ruolo (n=152)	staff	134	88,2
	coordinatore	18	11,8
titolo di studio (n=148)	scuola regionale	40	27,0
	diploma universitario	18	12,2
	laurea triennale	47	31,8
	laurea magistrale	6	4,1
	master in cure palliative	22	14,9
	altro master	13	8,8
contratto (n=148)	altra laurea	2	1,4
	a tempo indeterminato	110	74,3
	a tempo determinato	8	5,4
setting di cura (n=145)	a partita iva	30	20,3
	in hospice	72	49,7
	a domicilio	56	38,6
assistenza in C.P. (n=149)	entrambi	17	11,7
	esclusiva	115	65,7
orario fisso (n=104)	parziale	34	19,4
	sì	45	43,3
	no	32	30,8
rotazione su turno h24 (n=144)	abbastanza	27	26,0
	sì	63	43,8
	no	67	46,5
	a volte	14	9,7

Inoltre, una percentuale cospicua di infermieri non si ritiene competente nella preparazione della salma, a suggerire probabilmente un minor riconoscimento di questa attività tra le pratiche infermieristiche. Per quanto riguarda le convinzioni di competenza comunicativa, ambito particolarmente rilevante per gli infermieri in generale [38] e ancor di più in cure palliative, i punteggi si attestano intorno a livelli medi rispetto alle altre competenze.

Lo studio inoltre ha messo in risalto che infermieri più soddisfatti della formazione professionale ricevuta, soprattutto per quanto riguarda l'aggiornamento, si ritengono più competenti. Questo testimonia l'importanza della formazione

in ambito di cure palliative [39]. I formatori dovrebbero fornire agli infermieri conoscenze approfondite sui problemi associati alla malattia e al lutto [40] e sulla gestione efficace di situazioni dinamiche e complesse come quelle che si presentano nelle cure di fine vita [41] [42]. Tuttavia un sostegno formativo basato solamente sull'acquisizione di conoscenze non è sufficiente per sviluppare un'adeguata competenza professionale in ambito di cure palliative, dove la presenza di atteggiamenti positivi nei confronti della morte, del paziente terminale e della sua famiglia è forse il fattore più importante [43]. Infatti, per gli infermieri è cruciale saper gestire le proprie emozioni e non sentirsi a disagio quando la malattia è

Tabella 3. Item della scala delle competenze percepite (n=175)

ITEM	MEDIA	D.S.	RANGE	% 0-3	% 8-10	r
1 identificazione interventi per il dolore	7,6	1,9	2-10	5,7	69,7	0,73**
2 utilizzo strategie non farmacologiche per il dolore	6,8	2,3	0-10	10,3	47,4	0,58**
3 gestione sedazione palliativa	7,6	2,0	1-10	6,9	68,6	0,67**
4 utilizzo interventi personalizzati per gestione problemi	7,8	1,7	2-10	4,0	73,1	0,68**
5 utilizzo interventi per gestione risposte alla malattia	7,7	1,8	2-10	4,6	70,3	0,71**
6 attivazione strategie non farmacologiche	7,3	2,0	0-10	6,9	57,1	0,63**
7 riconoscimento condizioni cliniche	7,4	1,9	0-10	5,7	59,4	0,60**
8 gestione ultimi giorni/ore di vita	7,8	1,9	2-10	5,7	73,1	0,70**
9 preparazione della salma	7,6	2,7	0-10	11,4	66,9	0,45**
10 tutela della dignità e dell'autonomia di ogni persona	8,3	1,8	2-10	4,0	78,9	0,69**
11 facilitazione della manifestazione dei bisogni	8,2	1,7	2-10	4,0	78,3	0,73**
12 valutazione dei significati delle narrazioni	7,8	1,8	1-10	4,6	68,6	0,73**
13 valorizzazione delle capacità	7,8	1,8	2-10	4,6	66,3	0,69**
14 gestione degli stati emotivi	7,5	1,8	2-10	5,1	58,3	0,73**
15 adattamento della comunicazione	7,7	1,8	1-10	4,6	63,4	0,68**
16 comunicazione efficace	7,7	1,7	2-10	4,0	63,4	0,71**
17 risposta alla diversità culturale	7,0	2,1	1-10	8,6	48,6	0,55**
18 tutela dei diritti della persona assistita	7,8	1,9	1-10	5,1	65,7	0,56**
19 tutela della volontà della persona assistita	7,8	2,0	1-10	5,6	68,9	0,68**
20 applicazione dei principi etico-deontologici	8,1	1,9	1-10	4,6	76,6	0,66**
21 applicazione della normativa in cure palliative	7,6	2,1	0-10	7,4	62,3	0,58**
22 applicazione della filosofia e dei valori	8,0	2,0	0-10	5,1	73,1	0,67**
23 questioni etico/morali nelle decisioni	7,6	2,1	1-10	6,3	64,0	0,68**
24 assunzione di decisioni difficili	7,4	2,1	1-10	8,6	64,0	0,66**

Legenda: D.S.=deviazione standard, r=correlazione con l'item globale sulla capacità lavorativa, % 0-3=percentuali degli infermieri con punteggio tra 0 e 3, % 8-10=percentuali degli infermieri con punteggio tra 8 e 10, **p<0,01

in fase avanzata, in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie a prepararsi serenamente alla morte.

Limiti

L'interpretazione dei risultati preliminari del presente studio richiede la considerazione di alcuni limiti metodologici. Per primo, una più ampia dimensione campionaria avrebbe irrobustito lo studio, sia per quanto riguarda i soggetti richiesti per le analisi (CFA), sia per la rappresentatività del campione, limitata dalla raccolta dati on-line. Comunque, un campione di 175 partecipanti soddisfa il requisito minimo di avere almeno cinque casi per ogni variabile osservata (n=120) [44], ed è rappresentativo di quasi il 10% degli infermieri iscritti alla SICP. Un secondo limite è quello di non aver effettuato un campionamento casuale degli infermieri, con conseguente possibile auto-selezione degli stessi. Un limite relativo alla scala è di contenere tutti item a polarità positiva, elevando il rischio di bias da acquiescenza. Nonostante questi limiti, il presente studio è il primo nel contesto italiano a fornire evidenza dei livelli percepiti di competenza degli infermieri di cure palliative mediante una scala affidabile.

Conclusioni

I risultati di questo studio preliminare suggeriscono che il questionario Professional-Competence CCICP possa essere utilizzato con confidenza per definire i livelli di competenza percepita dagli infermieri di cure palliative. È necessaria ulteriore ricerca per verificare la sensibilità al cambiamento dello strumento, al fine di valutare l'efficacia di programmi educativi in cure palliative. Inoltre, potrebbe essere utile indagare la relazione tra la competenza percepita e quella etero-valutata per esempio da un supervisore.

Augurandoci che la presente ricerca possa trovare applicazione nella pratica e favorire l'implementazione di una rete capillare di progetti formativi volti a promuovere lo sviluppo di competenze infermieristiche specifiche in cure palliative, sosteniamo che questo è possibile solamente in un clima di reciprocità e consapevolezza.

Ringraziamenti

Medici e Infermieri referenti dei centri Hospice e cure palliative domiciliari, aderenti allo studio; tutti gli infermieri di cure palliative che hanno risposto al questionario. La Società Italiana di Cure Palliative per la diffusione della comunicazione dello studio con newsletter.

Bibliografia

[1] Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. Mosby, St. Louis, MO 2001.

[2] Caprara GV. La valutazione dell'autoefficacia: costrutti e strumenti. Erickson, Trento 2001.

[3] Schlairet MC. End-of-life nursing care: statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing* 2009;25(3):170-7.

[4] Brajzman S, Higuchi K, Murray MA. Developing meaningful learning experiences in palliative care nursing education. *International Journal of Palliative Nursing* 2009;15(7):327-31.

[5] Battistoli M, Maccari M, Realdi G. Conoscenza delle cure palliative. Indagine sul personale medico e infermieristico in formazione. *La rivista italiana di cure palliative* 2009;9(3/4):29-38.

[6] Nazzicone G, Turriziani A, Barone C, et al. Formazione in Cure Palliative: Un passo decisivo verso la qualità del fine vita *Medicina e Morale* 2013;62(1):225-34.

[7] De Vlieger M, Gorchs NS, Larkin PJ, et al. Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative in Europa. Associazione europea per le cure palliative, Svizzera 2004.

[8] Slåtten K, Fagerström L, Hatlevik OE. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing* 2010;16(2):80-5.

[9] Desbiens J-F, Fillion L. Development of the Palliative Care Nursing Self-competence Scale. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2011;13(4):230-41.

[10] Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. *Nursing Research and Practice* 2014.

[11] Fernandez N, Dory V, Ste-Marie L-G, et al. Varying conceptions of competence: An analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education* 2012;46(4):357-65.

- [12] Pellerey M. Le competenze individuali e il portfolio. La Nuova Italia, Firenze, 2004.
- [13] Parry S. The quest for competences: competency studies can help you make HR decision, but the results are only as good as the study. *Training* 1996;33:48-56.
- [14] Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education -- part 1. *European Journal of Palliative Care* 2013;20(2):86-91.
- [15] Connolly M, Charnley K, Regan J. A review of palliative care competence frameworks: prepared for the palliative care competency framework development project steering group. 2012.
- [16] Semenzato A, Rossetto B. Competenze infermieristiche nell'ambito delle cure palliative domiciliari. *Nursing Oggi* 2003;8(4):40-6.
- [17] Società Italiana di Cure Palliative. Il core curriculum dell'infermiere in cure palliative. 2013.
- [18] Wu H-L, Volker DL. Humanistic nursing theory: application to hospice and palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(2):471-9.
- [19] Venturini G, Pulimeno A, Colasanti S, et al. Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto tuning educational structures in Europe. *L'infermiere* 2012;56(3):e39-e48.
- [20] European Commission. Tuning educational structures in Europe: introduction to Tuning. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_final_version.pdf (ultimo accesso: novembre 2014)
- [21] European Commission. Tuning educational structures in Europe: Nursing specific competences. <http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html> (ultimo accesso: ottobre 2014)
- [22] Federazione Nazionale Collegi Ispavi. Codice deontologico dell'infermiere. Roma, 2009.
- [23] Frey R, Gott M, Banfield R. What indicators are measured by tools designed to address palliative care competence among 'generalist' palliative care providers? A critical literature review. *Progress in Palliative Care* 2011;19(3):114-24.
- [24] Hamilton KE, Coates V, Kelly B, et al. Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *Journal of Nursing Management* 2007;15(8):773-91.
- [25] Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. *Medical Education* 2004;38(10):1103-10.
- [26] Federazione Cure Palliative Onlus. Hospice in Italia. <http://www.fedcp.org/cure-palliative/hospice-in-italia.html> (ultimo accesso: agosto 2013)
- [27] Società Italiana di Cure Palliative. Newsletter SICP n.3-2014. <http://www.sicp.it/node/101433> (ultimo accesso: marzo 2014)
- [28] Società Italiana di Cure Palliative. Newsletter SICP n.4-2014, pag. 8. <http://www.sicp.it/web/eventi/SICP/docs/Newsletter-SICP-4-2014.pdf> (ultimo accesso: ottobre 2014)
- [29] Hu L-t, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 1999;6(1):1-55.
- [30] Carretta A, Dalziel MM, Mitrani A. Dalle risorse umane alle competenze. FrancoAngeli/Azienda moderna, Milano 2008.
- [31] Bernardi M, Catania G, Tridello G. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nursing* 2007;30(2):E20-E6.
- [32] Li S. Doing criticism in 'symbiotic niceness': a study of palliative care nurses' talk. *Social Science & Medicine* 2005;60(9):1949-59.
- [33] Brazil K, Vohra JU. Identifying educational needs in end-of-life care for staff and families of residents in care facilities. *International Journal of Palliative Nursing* 2005;11(9):475-80.
- [34] Desbiens J-F, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(9):2113-24.
- [35] Brazil K, Kaasalainen S, McAiney C, et al. Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing* 2012;18(2):77-83.
- [36] Hökkä M, Kaakinen P, Pölkki T. A systematic review: non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70(9):1954-69.
- [37] McGee P, Johnson MR. Developing cultural competence in palliative care. *British Journal of Community Nursing* 2014;19(2):91-3.
- [38] Capone V, Petrillo G. Costruzione e validazione della scala di autoefficacia percepita nella comunicazione infermieristica. *Psicologia Sociale* 2011;3:389-402.
- [39] Wen A, Gatchell G, Tachibana Y, et al. A palliative care educational intervention for frontline nursing home staff: the IMPRESS project. *Journal of Gerontological Nursing* 2012;38(10):20-5.
- [40] Ferris FD, Balfour HM, Bowen K. A model to guide hospice palliative care: based on national principles and norms of practice. Canadian Hospice Palliative Care Association, Ottawa ON 2002.
- [41] College of Nurses of Ontario. Guiding decisions about end-of-life care 2009. http://www2.cno.org/global/docs/prac/43001_resuscitation.pdf (ultimo accesso: settembre 2013)
- [42] Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto ON 2011.
- [43] Mastroianni C, Piredda M, Frommelt KHM, et al. Validazione italiana del Frommelt Attitudes Toward Care Of the Dying Scale

form B (FACTOD Form B-I). *International Nursing Perspectives* 2009;9(1):11-6.

[44] Barbaranelli C. *Analisi dei dati: tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale*. LED edizioni universitarie di lettere economia diritto, Milano 2007.