IL CORE CURRICULUM DEL MEDICO PALLIATIVISTA

IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE

SICP
Società Italiana di Cure Palliative

EDITORE ZADIG

SICP
Società Italiana di Cure Palliative

IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE

Il core curriculum del medico palliativista

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE PER LO SVILUPPO DEL *CORE CURRICULUM* DEL MEDICO PALLIATIVISTA

Danila Valenti, vice presidente SICP, coordinatore del Gruppo di lavoro

Esperti

- Adriana Turriziani, presidente SICP
- Giovanni Zaninetta, *past president* SICP
- Gianlorenzo Scaccabarozzi, segretario SICP
- Luciano Orsi, direttore RICP
- Chiara Pecorini, esperta in formazione
- Bruno Andreoni, direttore master
- Elena Bandieri, coordinatore master
- Franca Benini, direttore master
- Guido Biasco, direttore master
- Gianluigi Cetto, direttore master
- Piero La Ciura, coordinatore master
- Franco De Conno, consigliere SICP e direttore onorario EAPC
- Michele Gallucci, direttore SIMPA
- Mauro Marinari, docente master
- Annamaria Marzi, consigliere SICP
- Chiara Mastroianni, infermiera, responsabile Formazione ANTEA
- Carlo Peruselli, consigliere SICP e delegato SICP all'EAPC
- Silvana Selmi, referente Psicologi SICP

Hanno partecipato inoltre alla produzione del *core curriculum* del medico palliativista:

i consiglieri del Direttivo nazionale SICP:

- Roberto Bortolussi
- Maurizio Mannocci Galeotti
- Luca Moroni
- Giorgio Trizzino

i coordinatori delle Sezioni regionali della SICP:

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

Redazione del documento:

- Chiara Pecorini, esperta in formazione
- Danila Valenti, vice presidente SICP

Zadig editore ZADIG EDITORE
via Ampère 59 – 20131 Milano
via Arezzo 21 – 00161 Roma
email: segreteria@zadig.it

direttore: Pietro Dri
progetto grafico e impaginazione: Corinna Guercini

finito di stampare nel mese di luglio 2012
presso GECA SpA, via Magellano 11, 20090 Cesano Boscone (MI)

INDICE

Introduzione 4

Premessa 5

1• LE CURE PALLIATIVE E I NUOVI PARADIGMI DEI SERVIZI SANITARI E DI CURA **8**
Le definizioni di cure palliative 8
Cure palliative e medicina palliativa 8
Il "ritorno" alla medicina di cura 9
La filosofia dell'educazione medica 11

2• CURRICULA MULTIPROFESSIONALI (E TRANSDISCIPLINARI) **13**
Principi generali di training 13

3• RACCOMANDAZIONI E PRINCIPI DI ARCHITETTURA **15**
Strategie educative 15
Metodologie didattiche 16
Il valore della formazione: formazione continua e ricerca 18

4• COMPETENZE E SAPERI **19**
Sistema dei saperi 19
Il *curriculum* formale, informale, nascosto 19
La pratica visibile – la competenza 20

5• LA "MAPPA" DELLE COMPETENZE **21**
1 – Saper valutare i malati e le famiglie per l'accesso alle cure palliative (CP) 22
2 – Saper accogliere un malato e i suoi familiari in un servizio di cure palliative (CP) 23
3 – Saper prendersi cura del malato nei diversi setting *assistenziali* 24
4 – Saper prendersi cura della famiglia nei diversi setting *assistenziali* 31
5 – Saper lavorare in équipe nei diversi setting assistenziali 33
6 – Saper affrontare problematiche etiche e medico legali 35
7 – Saper fare ricerca in cure palliative (CP) 35
8 – Saper attivare e gestire un servizio di cure palliative (domiciliare, hospice, ospedaliero, di rete) 36
9 – Saper formare in cure palliative (CP) 37

6• ARCHITETTURA DEL SISTEMA CURRICULARE E CONDIZIONI DI EFFICACIA **38**
Master 38
Scuola di specializzazione e sub-specialità 38
Il sistema d'offerta 38

APPENDICI **40**
Schede di approfondimento 40
Competenza 40
Sapere o conoscenza 40
Metodologie per l'apprendimento 41
I luoghi di cura come contesti di apprendimento 41
Uno standard per i tirocini 41
Il tirocinio nelle cure palliative 41
Il modello di tirocinio 42
Profilo del tutor 43
La formazione dei tutor 44

BIBLIOGRAFIA **45**
Definizione di cure palliative 45
Competenze e formazione 45
Scenari e tendenze dei sistemi sanitari 46
Politiche comunitarie 46
ECM 46
Approfondimenti su interprofessionalità, servizi integrati, modelli organizzativi e formativi 46
Link 48

INTRODUZIONE

IL CORE CURRICULUM DEL MEDICO PALLIATIVISTA

di Andrea Lenzi
Presidente del Consiglio Universitario Nazionale

Le cure palliative stanno assumendo sempre maggiore rilevanza nella coscienza civile e nel dibattito culturale. La crescita dell'interesse, che equivale alla crescita del bisogno di una assistenza che offra dignità alla sofferenza e al fine vita, non è però ancora accompagnata da una omogeneità di vedute per ciò che riguarda la organizzazione e il profilo di competenza di chi decide di dedicarsi alla cura del paziente affetto da malattia cronica inguaribile e della sua famiglia.
Le cure palliative costituiscono un settore della clinica in cui sono più che altrove enfatizzate la componente umanistica e la necessità di un lavoro comune e integrato fra varie discipline. La definizione delle competenze cliniche attraverso un piano di formazione adeguato ha lo scopo di portare un corpo di professionisti al livello che la disciplina richiede, in modo che questi professionisti, attraverso il profilo acquisito, possano contribuire fattivamente all'affermazione di un corpus dottrinale autonomo nel mondo della medicina.
La Legge n. 38 approvata dal Parlamento italiano il 15 marzo 2010 ha stabilito le norme che danno ordine al sistema di cure palliative e di terapia del dolore nel nostro Paese, comprensivo della sua parte formativa.
Il Consiglio Universitario Nazionale, nell'approvare proprio per questo settore i primi master di alta formazione di area sanitaria normati da una legge, ha inteso rispondere alle esigenze formative di questa area. I master di alta formazione e qualificazione in cure palliative e i master di alta formazione e qualificazione in terapia dolore, di primo e secondo livello, rispettivamente per medici, psicologi e per le professioni sanitarie (infermieri, infermieri pediatrici, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione) rispondono a queste esigenze formative e formano figure professionali con specifiche competenze ed esperienza in terapia del dolore e cure palliative (vedi nota); essi infatti costituiscono il supporto per l'evoluzione di una disciplina che si realizza nei percorsi formativi accademici e nel campo della clinica operativa.
I master, istituiti dalle Facoltà di medicina e chirurgia, operano nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse cliniche e socio-assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti. I corsi prevedono forme integrate di attività teoriche, esperienze di tirocinio e apprendimento individuale.
Il corpo docente del master, che sarà costituito da professori di ruolo di prima e seconda fascia, da ricercatori universitari, da personale operante in strutture non universitarie, appartenenti alla rete formativa del master, e da esperti esterni (docenti a contratto), dovrà essere qualificato e adeguato a questa sfida.
La Società Italiana di Cure Palliative (SICP), nel rispetto del ruolo che le compete ha realizzato questo documento sul core curriculum del settore sostenendo l'impegno delle istituzioni nel creare cultura e formazione stabili in un ambito ancora in evoluzione.

Nota

Titoli dei master

1. Master universitario di alta formazione e qualificazione in cure palliative per medici specialisti
2. Master universitario di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore per medici specialisti
3. Master universitario di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore e cure palliative pediatriche
4. Master universitario di II livello in cure palliative e terapia del dolore per psicologi
5. Master universitario di I livello in cure palliative e terapie del dolore per le professioni panitarie (infermieri, infermieri pediatrici, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione)

PREMESSA

Questo documento ha lo scopo di definire il punto di vista della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) in relazione alla definizione delle competenze e dei percorsi formativi e professionali necessari al consolidamento e allo sviluppo delle cure palliative (CP).
Intende rispondere alle indicazioni della Legge n. 38/2010, la quale chiede di definire le specificità disciplinari e professionali, gli standard e i percorsi formativi capaci di garantire il raggiungimento degli obiettivi e degli standard, al fine di garantire al malato e alla sua famiglia cure palliative di qualità.
È uno strumento rivolto ai decisori e agli operatori affinché possano correttamente progettare le politiche formative e organizzative, assicurando coerenza e condivisione degli obiettivi prioritari e caratterizzanti.
Non intende essere una *summa* enciclopedica ed esaustiva di tutti gli aspetti legati alla formazione in cure palliative (per gli approfondimenti si fa riferimento alla letteratura), ma uno strumento operativo che chiarisce i "fondamentali" e gli elementi distintivi a nostro parere ineludibili e strategici. Si tratta di una base di lavoro che imposta e consente sviluppi progressivi e usi finalizzati.
Con "core curriculum" s'intende l'insieme minimo delle competenze (conoscenze, abilità, comportamenti) che ogni studente deve avere acquisito in maniera adeguata al termine di un percorso formativo specifico e costituiscono il punto di partenza per lo svolgimento della professione e la base per la crescita professionale.
L'analisi delle competenze qui contenuta riguarda in prima istanza il profilo del medico, ma ha un valore più ampio. Ossia contiene il "core" delle competenze delle cure palliative: comprende ciò che deve essere posseduto da tutte le figure che operano in questo àmbito.
Dal presente documento si svilupperà progressivamente il dettaglio per tutti i profili professionali che operano in cure palliative (per alcuni dei quali peraltro esistono già lavori approfonditi).
Questo modo di procedere consente di definire i contenuti effettivi delle competenze che costituiscono l'interprofessionalità e la transdisciplinarità caratterizzanti le cure palliative.
Permette inoltre di:

- definire chiaramente gli obiettivi formativi;
- individuare le metodologie più adeguate ed efficaci;
- progettare la formazione continua;
- sviluppare *curricula* per tutti i livelli e indirizzi;
- "disegnare" l'organizzazione dei servizi e facilitare contesti professionali che facilitino l'apprendimento.

Il primo capitolo definisce l'àmbito delle cure palliative e le ragioni della scelta di porre al centro il processo della cura di cui necessitano il malato e la sua famiglia.
I capitoli due e tre cercano di mettere in evidenza i principi da rispettare per costruire i *curricula* e i percorsi professionali. Sono i fondamenti necessari per la definizione degli scopi e degli obiettivi, i criteri generali di progettazione e le condizioni di efficacia per la formazione in cure palliative.
Il quarto e il quinto capitolo contengono la "griglia" delle competenze, definite in relazione ai percorsi di cura. Sono esse che consentono di definire obiettivi e contenuti della formazione e della professione.
I capitoli successivi definiscono come "costruire" i percorsi di formazione, in ingresso e nella formazione continua.
Nelle appendici si trovano infine alcuni strumenti di approfondimento:

- un glossario e le schede tematiche;
- la bibliografia di riferimento;
- un modello per lo sviluppo dei tirocini, condizione essenziale per la realizzazione del *curriculum*.

Metodologia e piano di lavoro

La Società Italiana di Cure Palliative ha attivato nell'àmbito della Commissione formazione, presieduta dalla presidente Adriana Turriziani e dal *past president* Giovanni Zaninetta, un progetto per la definizione del *core curriculum* del medico palliativista e del *core curriculum* dell'infermiere palliativista.
Nella prima fase i lavori sono concentrati sul *core curriculum* del medico palliativista.
In considerazione della rilevanza che il progetto riveste in questo momento storico di grande sviluppo delle cure palliative nel nostro Paese, si è ritenuto di procedere con una metodologia di lavoro che potesse permettere di raggiungere la massima condivisione dei contenuti all'interno della Società.
In occasione dell'incontro con i coordinatori regionali a Roma del 23 giugno 2011, è stato presentato il progetto.

FASI E *TIMING* DI LAVORO

- 25 maggio 2011, Consiglio direttivo SICP: attivazione del Sottoprogetto *core curriculum* del medico palliativista (SpCCMP) nell'àmbito della Commissione formazione
- giugno 2011: elaborazione di una bozza avanzata da parte di Pecorini-Valenti e definizione dei componenti del SpCCMP
- 23 giugno 2011: presentazione del Progetto in occasione dell'incontro a Roma del Direttivo nazionale con i coordinatori regionali
- 29 giugno 2011: invio di una bozza avanzata ai componenti del SpCCMP e ai componenti del Consiglio direttivo
- 6 luglio 2011: prima discussione del documento interna ai componenti del SpCCMP

- 8 luglio 2011: invio della bozza del CCMP discussa in data 6 luglio e rielaborata a tutti i componenti del SpCCMP, al Consiglio direttivo e a tutti i coordinatori regionali della SICP, con reinvio di proposte di modifica entro 10 giorni (su format)
- 2 luglio-20 luglio 2011: invio via e-mail di proposte di modifica del documento (su format)
- 20 luglio-22 luglio 2011: rielaborazione del documento da parte di Pecorini- Valenti
- 22 luglio 2011: invio della bozza discussa e rielaborata a tutti i componenti del SpCCMP, al Consiglio direttivo e a tutti i coordinatori regionali della SICP, con reinvio di proposte di modifica entro il 10 agosto 2011 (su format)
- 22 luglio-31 agosto 2011: rielaborazione del documento da parte di Pecorini- Valenti
- 2 settembre 2011: invio della bozza del CCMP
- 9 settembre 2011: seconda discussione del documento interna ai componenti del SpCCMP
- 9 settembre-12 settembre 2011: rielaborazione del documento da parte di Pecorini- Valenti
- 12 settembre: invio del documento a tutti i componenti del SpCCMP, ai componenti del Consiglio direttivo e a tutti i coordinatori regionali della SICP
- 13 settembre-20 settembre 2011: raccolta delle ultime osservazioni via e-mail (su format)
- 20-23 settembre 2011: rielaborazione definitiva del CCMP
- 25 settembre 2011: invio del CCMP definitivo a tutti i componenti del SpCCMP, al Consiglio direttivo e a tutti i coordinatori regionali della SICP
- 26-29 ottobre 2011: pubblicazione e presentazione del documento in occasione del Congresso nazionale SICP.

PROGETTI DA SVILUPPARE

Si prevede lo sviluppo dei profili relativi a:

- infermiere;
- operatore socio-sanitario;
- psicologo;
- fisioterapista;
- assistente sociale;
- medico di medicina generale;
- volontario

con la conseguente definizione dei *curricula* di riferimento per la formazione in ingresso.

Si prevede di realizzare il Manuale tirocini (vedi Appendici: Uno standard per i tirocini, pagina 41)

Principi per la formazione continua in cure palliative.

1.
LE CURE PALLIATIVE E I NUOVI PARADIGMI DEI SERVIZI SANITARI E DI CURA

Le definizioni di cure palliative

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha proposto negli anni le seguenti definizioni di cure palliative:

OMS 1990 *"Le cure palliative sono l'assistenza (*care*) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (*cure*). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia".*

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

La European Association of Palliative Care ha proposto a sua volta la seguente definizione:

EACP 1998 *"La cura palliativa è la cura globale attiva dei pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario. La cura palliativa è interdisciplinare nell'approccio e nei suoi scopi comprende il paziente, la famiglia e la comunità. In qualche senso, la cura palliativa è un ritorno all'offerta del concetto fondativo della cura – e dunque provvede ai bisogni del paziente ovunque ne abbia bisogno, in casa come in ospedale. La cura palliativa afferma la vita e considera la morte come un processo normale; non accelera né pospone la morte. E il suo scopo è preservare la migliore qualità di vita possibile. Fino alla fine".*

Parlamento Europeo 2007 Il rapporto tecnico al Parlamento europeo sottolinea che:

"le cure palliative debbano essere un modello di riferimento per le cure sanitarie innovative: a volte la medicina consente alle persone di sopravvivere più a lungo, ma spesso i nuovi trattamenti creano handicap fisici, psichici e sociali di gestione complessa".

Legge n. 38/2010 La legge italiana intende per cure palliative:

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

Cure palliative e medicina palliativa

La medicina palliativa si occupa degli aspetti più strettamente medici delle cure palliative rappresentando un sottoinsieme di fondamentale importanza delle cure palliative (Hallenbeck JL, 2003; Storey P, Knight CF, 1998).

Doyle D, Hanks GWC e MacDonald N nell'introduzione alla seconda edizione dell'*Oxford Textbook of Palliative Medicine* (1998) alla domanda "che cos'è la medicina palliativa" rispondono con la definizione già adottata in Gran Bretagna nel 1987, quando la medicina palliativa è stata riconosciuta una specialità medica: "*La medicina palliativa è lo studio e la gestione del malato con malattia attiva, progressiva in fase avanzata, a prognosi limitata, e ha come obiettivo del* 'care' *la qualità della vita*". Gli autori aggiungono: *"Questa è la definizione per la medicina palliativa: è come dire per la specialità praticata dai medici. Quando descriviamo il* 'care' *offerto dal team di medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, religiosi e volontari è più corretto parlare di cure palliative, secondo la definizione dell'OMS".*

Già nel 1993 James MacLeod studiando la peculiarità della formazione in cure palliative operò una distinzione fra medicina palliativa e cure palliative, fra "*care*" e "*cure*"; identificando alcuni dei cambiamenti che la presa in carico interprofessionale necessariamente comporta. Rod MacLeod e Tony Egan (MacLeod R, Egan T, 2007) riportano le seguenti considerazioni: "*Nelle cure palliative, rispetto alla medicina, il malato e la sua famiglia riacquistano centralità. Che cosa siano le buone cure palliative è ancora oggetto di dibattito, ma si può sostenere che inizino e finiscano nell'àmbito del paziente e del suo contesto (*with the patient in context*). Ne consegue che ciò che interessa in cure palliative non è tanto l'anamnesi clinica del paziente, quanto piuttosto la 'storia' della persona malata nell'àmbito della sua rete di relazioni e rapporti*". Ricostruire la storia della persona malata e della sua rete di relazioni significa avere elementi che ci permettono di comprendere che cosa significhi "stare bene" o "stare il meglio possibile", che cosa significhi "qualità di vita" per quella specifica persona nell'àmbito del suo contesto. Il "benessere" di una specifica persona, sulla base della storia sua e della sua famiglia, può avere significati e connotazioni diverse: può avere una connotazione fisica, emozionale, spirituale, intellettuale o ancora sociale.

Le cure palliative mettono dunque al centro del "*care*", della presa in cura, il concetto di "benessere" e di "qualità di vita" della persona e della sua rete di relazioni.

La medicina palliativa mette a disposizione ciò che di "medico", clinico, è utile per aiutare la persona a raggiungere quel "benessere e quella qualità di vita" che è propria di quella persona, sulla base della sua storia. In cure palliative gli aspetti clinici vengono letti sempre attraverso la lente del malato e della sua rete di relazioni. In cure palliative le priorità vengono definite insieme al malato e alla sua famiglia, sulla base della sua storia, e il rispetto della priorità del malato è un elemento guida nel "*care*".

Estremizzando, consapevoli del rischio di fraintendimento, possiamo affermare che le cure palliative non abbiano come obiettivo cieco, aspecifico, il controllo del dolore. Le cure palliative hanno come obiettivo "anche" il controllo del dolore, se questo è l'obiettivo del malato. La terapia del dolore è infatti parte integrante delle cure palliative, che tuttavia non si esauriscono in questo, esse comprendono anche l'assistenza psicologica, sociale e spirituale e il *nursing*: tutti elementi imprescindibili.

La denominazione stessa della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) sottolinea la scelta di mettere al centro la transdisciplinarità e inserisce gli aspetti medico-clinico-assistenziali in un àmbito più ampio, che comprende nella cura gli aspetti psicologici, sociali, spirituali ed esistenziali. È evidente che l'antropologia, l'etica, la filosofia, la psicologia e la sociologia giocano un ruolo altrettanto essenziale.

Il "ritorno" alla medicina di cura

"Osservare tutto e studiare il paziente più che la malattia".
Ippocrate (460-370 aC)

"C'è una regola generale e ho visto grandi medici operare con quella, ed è che il medico non deve trattare la malattia, ma il paziente che soffre".
Maimonide (1135-1204 dC)

"Il mio metodo è accompagnare per mano i miei studenti nella pratica della medicina, portandoli a vedere ogni giorno i malati nell'ospedale pubblico, affinché possano ascoltare i pazienti e i loro sintomi e valutarne l'esame obiettivo. Poi chiedo ciò che hanno osservato, i loro pensieri e le loro percezioni in merito alle cause della malattia e al loro trattamento".
Jacobus Sylvius (1614-1672 dC)

"Se ascolto dimentico, se vedo capisco, se faccio imparo".
Confucio (551-479 aC)

L'assetto disciplinare delle cure palliative ha il suo "*core*" nella individuazione di obiettivi e pratiche comuni di cura per il migliore benessere possibile del paziente, a partire da approcci e strumenti professionali diversi.

"Come disciplina, la medicina palliativa trova il suo scopo nella pratica, un insieme di training ... La definizione dei confini accademici della medicina palliativa rimane in movimento: la medicina palliativa insegna i principi della cura per i morenti e i cronici... Ed è dimostrato che gran parte di questi principi, applicati precocemente nel percorso della malattia, riducono il dolore e la sofferenza. Una disciplina utile non solo per i morenti ma che vede applicazione nel percorso di tutte le malattie croniche" (Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1999).

Un adeguato sviluppo della formazione disciplinare nelle cure palliative inizia dai corsi di laurea per finire nella specializzazione.
Nei corsi di laurea vanno assicurate a tutti le basi che riguardano soprattutto conoscenze e attitudini necessarie a capire che cosa sono le cure palliative e che cosa significa operare in modo multiprofessionale. La filosofia delle cure palliative ha inoltre rilevanza in molti *setting* clinici e assistenziali: si ritiene dunque debba essere – nei suoi fondamentali – conoscenza costitutiva delle professionalità implicate.
A livello specialistico (post laurea), la formazione sarà multiprofessionale e basata sulle pratiche e le competenze (*skill*).

*"Si può affermare che nella formazione di base (*under graduate*, corrispondente alla laurea breve o al primo ciclo,* ndr*) l'enfasi va posta sui concetti e le attitudini e che la formazione specialistica (*post graduate*) in cure palliative sarà interattiva, multiprofessionale e più organizzativa che teorica"* (Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1999).

"Molte specialità sono basate su organi (cardiologia, neurologia, etc), o su tipi di patologie (infettive, oncologiche, etc) altre specialità sono definite in relazione a particolari gruppi di pazienti (pediatria, ostetricia, etc), la specialità in medicina palliativa è vicina all'ultima tipologia... La medicina palliativa è lo studio e la gestione di pazienti con malattie attive, progressive; la cui prognosi è limitata e il centro della cura è costituito dalla qualità di vita. La medicina palliativa riguarda il controllo complessivo dei sintomi e il supporto, attraverso il team di cure pallative, per i disturbi che limitano la vita del malato e della famiglia. La medicina palliativa ha le competenze cliniche specifiche, basate sulle migliori evidenze, per la gestione del dolore e degli altri sintomi, che non riguardano solo gli aspetti fisiologici, ma anche i problemi psicologici, sociali e spirituali. La medicina palliativa include il supporto alla famiglia. Possiede specifiche competenze per la gestione delle relazioni in situazioni complesse di fine vita

e capacità di comunicazione di primaria importanza" (Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine Curriculum post-graduate, 2009).

La filosofia dell'educazione medica

In sintesi, come sostiene l'*Oxford Textbook of Palliative Medicine* in premessa: *"Nel passato la filosofia dominante nella formazione medica si è opposta allo stimolo proveniente dalla medicina*

QUALE CAMBIAMENTO DI PARADIGMA PER LA SANITÀ FUTURA

Da più parti (governi, organismi internazionali, organizzazioni economiche) si auspica un cambiamento radicale della concezione e dell'organizzazione dei sistemi sanitari per ragioni sociali e demografiche, ma anche economiche. Paradossalmente è proprio l'enorme progresso delle tecniche, che consente l'allungamento della vita, a richiedere una revisione di alcune concezioni di base: prima fra tutte la prevalenza dell'attenzione ai pazienti acuti, sproporzionata rispetto ai bisogni effettivi della popolazione.
Si auspica il ritorno a una concezione più ampia e integrata della cura, a un'organizzazione basata su reti di servizi, a una migliore presa in carico del malato.
Abbiamo bisogno di una svolta nella clinica, e non si può non pensare a Kuhn che sottolinea la necessità di un cambiamento di paradigmi. Le cure palliative, per approccio, per pratica, per modelli organizzativi professionali, sembrano la medicina più vicina al modello auspicato e possono rappresentare un'occasione di cambiamento per tutta la medicina.
Tornano centrali i temi della cura, della comunicazione, dell'individualità della storia della malattia, della personalizzazione delle terapie, della pratica del dubbio e del confronto, della collaborazione fra medico e paziente, fra operatori, con la famiglia, con la comunità. Una medicina che è fondata sull'opzione etica e organizzativa delle "scelte condivise".
Tutto questo richiede di ripensare la formazione e l'organizzazione: reti organizzative, multiprofessionalità e reti di collaborazione, approcci multidimensionali e pratiche multiprofessionali.
A fronte dei progressi delle tecniche, nei primi decenni del '900 si mise da parte il patrimonio dei saperi multidisciplinari e della ricerca transdisciplinare, che peraltro avevano causato la rivoluzione scientifica degli anni precedenti. Le tecniche, l'approccio organicista e biologico avevano modificato il concetto di cura, la professione e l'organizzazione clinica.
Ma quanto più la tecnica è potente tanto più servono potenti mezzi cognitivi e professionali (tecnici, umani, etici) per gestirla. Le competenze cosiddette umanistiche (che consentono la comprensione, la curiosità e il cambiamento), le capacità critiche e le capacità decisionali assumono un peso maggiore e devono essere maggiormente sviluppate.
L'acquisizione di abilità tecniche è sempre possibile ed è relativamente veloce, mentre l'apprendimento di abilità cognitive è più complesso e deve far parte della "strumentazione" di base, nella fase iniziale, basale, della formazione. L'apprendimento delle abilità cognitive, che comprendono gli strumenti di analisi, connessione, critica e comunicazione, costituiscono la condizione necessaria per apprendimenti successivi.

palliativa. La centralità della diagnosi, dell'indagine e della cura hanno lasciato poco spazio e relegato in un angolo poco dignitoso il problema del sollievo dei sintomi e della sofferenza.
L'iperspecializzazione spesso dà un indebito rilievo a patologie rare, che costituiscono il centro dell'interesse clinico. L'integrazione di sapere clinico e comportamenti e attitudini, che nutre la relazione medico-paziente, è stata soffocata dalle procedure tecnologiche.
Per fortuna nell'ultimo decennio sembra di assistere a una svolta nella filosofia di alcune scuole mediche.
I vecchi curricula, basati su letture che pretenderebbero di trasmettere le conoscenze, cominciano a cambiare e a essere impostati su gruppi di apprendimento, che adottano metodologie basate sulla centralità del discente e strategie attive problem based.
Progressivamente il luogo di apprendimento si è spostato verso la comunità, mentre le alte tecnologie e le cure terziarie perdono enfasi: si ridimensionano.
Le scuole mediche iniziano ad avvicinarsi di più alla domanda sociale, realizzando alleanze con coloro cui devono dare servizi. I pazienti sono considerati come 'docenti' (in quanto fonte di una conoscenza che serve), i docenti e l'ospedale sono solo 'un'appendice' all'apprendimento.
Capacità di comunicazione, etica, collaborazione interdisciplinare e i bisogni psicosociali, anche degli operatori, stanno diventando temi centrali. Questi spostamenti significano che la medicina palliativa può diventare cruciale per aiutare le scuole mediche a raggiungere meglio i loro obiettivi".

La Legge n. 38/2010 definisce gli obiettivi, le figure professionali, i modelli organizzativi e i percorsi di qualificazione e formazione continua, in linea con la letteratura e la pratica internazionale riconoscendo le cure palliative come parte integrante e strategica del sistema sanitario e di cura. L'articolo 8 (Formazione e aggiornamento professionale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore) recita: "*... Il ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro della Salute ai sensi dell'Articolo 17... individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici e specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative*".
La SICP auspica che venga in tempi brevi istituita la disciplina in cure palliative.
Le cure palliative richiedono che professionisti e specialisti con diversi *background* (intesi come percorsi formativi e professionali) collaborino e lavorino in maniera integrata.
La multiprofessionalità, anche nel momento formativo, diventa pertanto condizione essenziale.

2.
CURRICULA MULTIPROFESSIONALI (E TRANSDISCIPLINARI)

Caratteristiche delle cure palliative sono l'approccio clinico e di cura e il modello di lavoro. Si tratta di imparare un "modo di fare le cose": come fare le cose per la persona e per la famiglia, a fronte della inguaribilità della malattia, della malattia cronica e del processo del morire. La specificità disciplinare delle cure palliative è determinata dalla capacità di dar voce al bisogno del paziente rispettandone i valori e le volontà, nell'àmbito della relazione d'aiuto malato-équipe:

- il modo in **cui si accoglie** e **si prende in carico** il malato e la famiglia;
- il modo in cui si imposta e **gestisce il percorso di cura**: approccio clinico interdisciplinare e centrato sul malato (*patient centered)* ri-definendo continuamente, in accordo con il malato (medicina delle scelte condivise), i bisogni e gli obiettivi di cura.

Da questo deriva che le competenze centrali, "***core***", sono:

- approccio clinico transdisciplinare e multiprofessionale;
- lavoro interprofessionale e d'équipe: le buone cure palliative dipendono dal buon funzionamento dell'équipe;
- comunicazione con il paziente e la famiglia.

Principi generali di training

"Il training avanzato in medicina palliativa parte da un'ampia esperienza in cure palliative, così come da specifiche esperienze in oncologia e medicina generale. Questo comprende la diagnosi e un adeguato controllo dei sintomi, la farmacologia clinica, la consapevolezza della gamma di problemi farmacologici e non e della cura psicosociale del paziente e della famiglia alla fine della vita. Il training deve riflettere il più possibile il carattere multiprofessionale del team" (EAPC – Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine Curriculum post-graduate, 2009)

Il ***core*** dell'apprendimento in cure palliative sarà quindi:

- comprensione e rispetto dei valori e bisogni del paziente;
- **valutazione multidimensionale**: approccio clinico multidimensionale;
- **équipe multiprofessionale**: condizione e modalità operativa;
- **lavoro interprofessionale-transdisciplinare**
  - coordinamento e integrazione clinica
  - reti di cura
  - condivisione;
- la **comunicazione** con il malato, la famiglia e all'interno dello staff è lo strumento professionale principale. Costituisce il "*core*" strategico delle competenze palliativiste. La comunicazione competente è un fattore distintivo e un elemento di valutazione primario.

"*L'Organizzazione Mondiale della Sanità e i suoi partner riconoscono nella collaborazione interprofessionale, nell'educazione e nella pratica professionale, una strategia innovativa che può giocare un ruolo impor-*

tante nel mitigare la crisi globale degli operatori sanitari.
La formazione interprofessionale avviene quando studenti di due o più professioni imparano ***su, tra e con altri****, così da consentire un'effettiva collaborazione e il miglioramento delle conoscenze e dei risultati.*
La formazione interprofessionale è una condizione necessaria per preparare operatori capaci di pratica collaborativa, ossia meglio pronti a rispondere ai bisogni locali di salute.
La collaborazione avviene quando più operatori con differenti professionalità e background, lavorano insieme con i pazienti, le famiglie, i caregiver *e la comunità per assicurare la migliore qualità di cura" (Health Professions Networks Nursing & Midwifery – Human Resources for Health – "Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice" – OMS, 2010).*

3.
RACCOMANDAZIONI E PRINCIPI DI ARCHITETTURA

Per costruire un curriculum coerente ed efficace si raccomanda di far riferimento ai seguenti principi della didattica attiva e dell'educazione degli adulti.
Recuperare gli obiettivi professionali basati su competenze "trasversali" e non specialistiche: la relazione, l'ascolto, la collaborazione, la capacità critica, la responsabilità, l'empatia.
Si sa bene quanto le "competenze umanistiche" siano determinanti per una buona pratica medica; la nascita della scienza moderna e il Rinascimento ci insegnano come l'innovazione e la forza della scienza derivino proprio dalle discipline di frontiera, dal confronto fra persone che hanno formazione diversa, da coloro che hanno avuto il coraggio di scavalcare le frontiere disciplinari e mischiare i saperi e le tecniche. Fino all'inizio del '900 gli studi di filosofia facevano parte del corso di medicina.

Il pensiero pedagogico e sociologico degli ultimi cinquant'anni ha definito cosa significhi una formazione che educhi a competenze eccellenti: la pedagogia da Dewey alla Montessori, alla didattica attiva, fino all'educazione degli adulti e alle scienze organizzative, ci dicono quanto il possesso di strumenti di analisi, comunicazione e critica consentano di operare con competenza e acquisire qualunque tecnica.

Strategie educative

La metodologia didattica deve essere coerente con gli obiettivi formativi e la pratica professionale. L'integrazione orizzontale e verticale deve essere visibile anche durante gli studi.
Servono pertanto metodologie conseguenti: se le competenze da acquisire più che conoscenze,

UN CAMBIAMENTO DI METODO

La formazione in cure palliative non richiede semplicemente di rivedere il mix di discipline mediche, o addirittura di aumentarle. Richiede un cambiamento di metodo.
L'insegnamento disciplinare ha un limite nell'aumento stesso delle conoscenze: diventa infinito, richiede aggiornamento continuo, è incontenibile. Tuttavia è a questa impostazione che prevalentemente fa riferimento il sistema formativo attuale, dalla scuola media inferiore alla formazione post universitaria. Il focus sulle discipline infatti non riguarda solo i percorsi specialistici.
La soluzione non è aumentare i contenuti (che devono comunque essere acquisiti secondo le specifiche priorità dei singoli profili professionali), ma spostare il focus: centro dell'apprendimento dovranno tornare a essere i processi, i metodi, i fondamenti della capacità di analisi, indagine e sintesi. La modalità d'apprendimento basata sui processi attiva un sistema virtuoso che stimola l'approfondimento e la ricerca di nuovi contenuti.

sono *skill* e modalità operative, è necessario che l'impianto disciplinare e metodologico tenga conto degli stessi principi che sono alla base del lavoro d'équipe in cure palliative:

- **multidimensionalità**: superare il modello biologico di gestione dei sintomi e della cura favorendo la valutazione delle diverse dimensioni dei sintomi e delle situazioni cliniche. *"... L'adozione del modello biologico della malattia da parte dei medici ha avuto come conseguenza l'incapacità di riconoscere la malattia come un problema, problema anche della famiglia e della comunità e con un diffuso impatto sulle dimensioni psicosociali e spirituali"* (Oxford Textbook of Palliative medicine, 1999);
- **interprofessionalità**: prevedere più professionisti e competenze che affrontano un problema;
- **transdisciplinarità**: presenza di più professionalità e competenze diverse che lavorano insieme su un problema o un àmbito cognitivo, con l'effetto di "contaminazione sinergica", che permette di andare oltre le discipline consolidate, verso nuovi saperi. Le metodologie didattiche devono favorire una effettiva transdisciplinarità per permettere di imparare l'integrazione interprofessionale.

Metodologie didattiche

È evidente che la scelta delle metodologie didattiche deve essere coerente con gli obiettivi formativi. In particolare andranno valorizzati i metodi che consentono apprendimenti interdisciplinari, lo sviluppo di capacità di lavoro integrato e di gruppo e un forte legame con la pratica clinica.
L'**EAPC** raccomanda l'adozione di metodologie attive e *problem based*, anche nelle parti curriculari di tipo cognitivo o teorico, e le classifica come in tabella sotto.

OBIETTIVI	METODI
Cognitivi – conoscenze	*Problem based learning* – casi clinici Lavoro in piccoli gruppi Studio Giochi di ruolo
***Skill* – Competenze**	Esperienza clinica: supervisione continua Simulazioni – revisione delle *skill* (*audio-visual*)
Attitudini	Esperienza, esposizione e discussione Modelli di ruolo – *role playing* Supervisione di gruppo e individuale

(EAPC – *Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine Curriculum post-graduate, 2009*)

La formazione sul campo

L'apprendimento dall'esperienza, da sempre il più efficace e storicamente il più praticato per tutte le arti e le pratiche, sostituito nei secoli da una istruzione passiva, sta ora recuperando valore e significato.
La necessità di partire dall'esperienza concreta per creare contesti di apprendimento efficaci è riconosciuta anche per la formazione degli adulti e la formazione permanente: è evidente come questo acquisti senso di fronte agli obiettivi della formazione clinica e delle competenze transdisciplinari.

Il nuovo sistema ECM (Educazione continua in medicina)

I nuovi assetti della formazione continua per gli operatori sanitari, operativi dal 2010 a seguito dell'accordo Stato-Regioni, danno molto spazio alle metodologie transdisciplinari e alla formazione sul campo.
La Commissione Nazionale ECM nell'ambito della formazione sul campo ha stabilito di accreditare le seguenti tipologie di apprendimento:

- attività di *training* individualizzato (con la presenza indispensabile di un tutor nel rapporto 1:1 o 1:2);
- partecipazione a gruppi di lavoro, di studio, di miglioramento e a commissioni o comitati;
- partecipazione a ricerche e studi clinici;
- audit clinici e/o assistenziali.

Si auspica inoltre che i contesti organizzativi e di lavoro siano valorizzati come luoghi di apprendimento.
(Per approfondimenti e normativa: http://ape.agenas.it/homeEsterno.aspx)

LE LINEE GUIDA EUROPEE

I programmi di accreditamento professionale fanno ormai riferimento a standard internazionali, che a livello europeo sono definiti dall'UEMS (*Union Européenne des Medicines Specialistes*).
Commissioni governative e/o ordini professionali svolgono una funzione di regolazione e controllo, sulla base di criteri condivisi.
Dopo l'esame di stato, mediamente ogni 3-5 anni, ogni professionista deve essere rivalutato e deve dimostrare quantità e qualità dell'attività svolta in base ai seguenti indicatori:

- attività clinica e di cura svolta;
- formazione acquisita;
- docenze e tutoring;
- attività di ricerca.

Il mix ha pesi diversi secondo i settori assistenziali in cui il professionista opera.
Vi sono visite periodiche di accertamento.
Spesso la valutazione intreccia la performance del singolo con quella della propria unità operativa, anche per incentivare le organizzazioni a mettere i professionisti in condizione di migliorare.
L'Italia non si è ancora adeguata: vi sono proposte di legge in discussione.
In tutti i paesi OCSE è in vigore il principio che ogni professionista deve svolgere quota parte del suo monte-ore in attività di formazione e ricerca. Lo standard minimo europeo è di 4 ore a settimana.

Per approfondimenti: ***UEMS – Union Européenne des Medicine Specialistes***
http://www.uems.net/ *– Accreditamento professionale – curricula.*

La formazione "*on work*" per specializzazione e aggiornamento professionale di alto livello richiede una forte strutturazione e una gestione coerente.
È indispensabile che la formazione dei tutor interni alle unità operative sia coerente, riconosciuta e valorizzata nell'organizzazione del lavoro.
È necessario inoltre dotarsi, come in molte realtà già avviene, di standard minimi di progettazione, gestione e valutazione dei tirocini *(per approfondimenti vedi Appendice)*.

Il valore della formazione: formazione continua e ricerca

La formazione e la ricerca costituiscono parte integrante della competenza e della funzione professionale degli operatori e sono strumento di miglioramento della qualità dei processi, di sviluppo dei saperi e governo del *burn-out*.
Se si vuole realizzare la formazione di qualità qui descritta è necessario che le unità professionali siano in grado di accogliere e formare i nuovi operatori, nonché fornire docenti, casi ed elementi di ricerca al sistema accademico.
Il professionista nelle cure palliative deve avere riconosciuto il tempo dedicato alla formazione per sé, alla formazione e al tutoring per i colleghi, in misura significativa. È opportuno prevedere forme di facilitazione e di incentivazione.
L'ordine di grandezza proposto è il seguente:
medici (38 ore contrattuali):

- 6/8 all'assistenza (28,5 ore a settimana);
- 1/8 dedicato alla ricerca (4,75 ore a settimana – mezzo turno – compresi i processi di audit);
- 1/8 alla formazione (4,75 ore a settimana).

4.
COMPETENZE E SAPERI

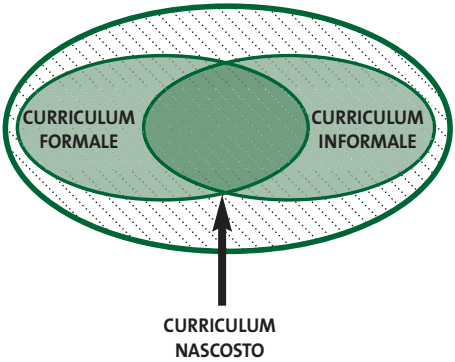
Sistema dei saperi

Le competenze cliniche nelle cure palliative sono un mix sintetizzabile come in figura:

Vale la pena di ricordare che le competenze effettivamente agite e significative non sono mai solo quelle codificate, né quelle "visibili".

Il *curriculum* formale, informale, nascosto

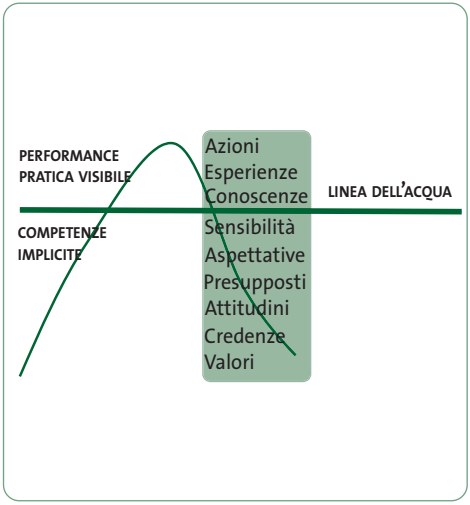
Il sapere professionale è un mix di saperi e competenze, solo in parte frutto di *curricula* formali. L'apprendimento inoltre non avviene in maniera lineare, né solo in contesti strutturati. Anche in contesti strutturati inoltre ciò che apprendiamo è il frutto di un sistema articolato che integra livelli formali, informali e impliciti o nascosti.



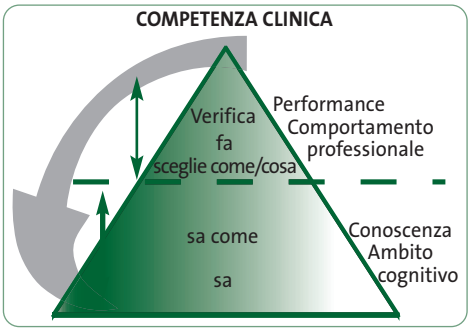
Il *curriculum* informale è l'apprendimento che deriva dalle interazioni del gruppo dei docenti e discenti, dall'ambiente e dal contesto. L'"hidden *curriculum*" comprende il clima culturale, l'organizzazione, il sistema di valori dei docenti, dei discenti e della realtà in cui sono inseriti. Una buona integrazione fra questi tre livelli è condizione per la qualità dell'apprendimento.

LA PRATICA VISIBILE – LA COMPETENZA

La pratica professionale si basa anch'essa su sistemi di competenze estremamente complessi.
Una metafora nota è quella dell'iceberg (Fish D, Cole C, "*Developing professional judgement in health care: learning through the critical appreciation of practice*", Oxford 1998).



Le competenze per le cure palliative sono individuate cercando di unire le evidenze con aspetti più impliciti e "di confine", rispettando la logica illustrata di seguito *(libero adattamento da George A. Miller "The assesment of clinical skills/competence/performance", Acad Med 65 (suppl.9): 63-7)*.



La competenza professionale è dunque data da un insieme di fattori ugualmente influenti e in gran parte determinati dal contesto, dalle relazioni. Si tratta di elementi spesso impliciti, difficili da descrivere, ma sicuramente favoriti da contesti relazionali e organizzativi definiti e analizzabili. La mappa delle competenze che proponiamo con la griglia contenuta nel capitolo successivo è una sintesi delle esperienze di analisi del lavoro e dei processi nei contesti operativi, che tiene conto della complessità dei fattori determinanti e cerca di evidenziare gli aspetti visibili, sottolineando le condizioni in cui possono essere meglio appresi e valorizzati.

5.
LA “MAPPA” DELLE COMPETENZE

La descrizione delle competenze è concepita per favorire la definizione di un curriculum che assicuri ai medici l’acquisizione di un *set* comune di competenze professionali adeguate.
Vengono individuati tre diversi livelli, caratterizzati ciascuno da un colore: nero (livello di base), verde (livello specialistico) e neretto (livello dirigenziale).
Di seguito sono sintetizzate le specifiche di livello:

A Nero - livello base	comprende le competenze che deve acquisire un medico per saper riconoscere un malato terminale, attuare cure palliative di base e rapportarsi con i servizi di cure palliative (medico con competenze in cure palliative). Si intende che il livello A faccia comunque parte della formazione specialistica dei livelli B e C
B Verde - livello specialistico (in verde nelle tabelle successive)	**comprende le competenze che deve possedere lo specialista in cure palliative che dedica più dell’80% della sua attività alle cure palliative (medico palliativista) Si intende che il livello B comprenda il livello A con approfondimenti specialistici**
C Neretto - livello dirigenziale clinico e gestionale (in grassetto nelle tabelle successive)	**comprende le competenze specifiche che deve possedere il medico dirigente specialista in cure palliative che dirige una struttura di cure palliative – domiciliare, hospice, rete (medico palliativista con competenze dirigenziali) Si intende che il livello C comprenda i livelli A e B con approfondimenti specialistici di ruolo**

Le specifiche sulla metodologia d’apprendimento sono un’indicazione relativa al rapporto auspicato fra formazione teorica e formazione sul campo (tirocinio strutturato). La parte teorica, come detto in premessa, dovrà inoltre basarsi il più possibile su metodologie attive: studio di casi, discussioni, role playing*, etc.*

1 - SAPER VALUTARE I MALATI E LE FAMIGLIE PER L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Sapere la definizione di CP	Conoscere le diverse definizioni di CP	Teoriche 80% Discussione 20%	A
Sapere illustrare la filosofia delle CP	Conoscere la filosofia delle CP	Teoriche 80% Discussione 20%	A
Sapere qual è stata l'evoluzione storica delle CP nel mondo e in Italia	Conoscere l'evoluzione storica delle CP nel mondo e in Italia	Teoriche 80% Discussione 20%	A
Sapere quali pazienti sono eleggibili per la presa in carico in CP	Conoscere i criteri di eleggibilità per l'accesso in CP: nazionali, regionali, locali	Teoriche 80% Discussione 20%	A
Sapere distinguere le *supportive care* dalle *simultaneous palliative care*	Conoscere i principi di *supportive care* e di *simultaneous palliative care*	Teoriche 60% Discussione 40%	A
Sapere individuare e riconoscere il malato terminale, affetto da patologia oncologica o da patologia non oncologica	Conoscere gli strumenti che supportano nella definizione di terminalità	Teoriche 80% Discussione 20%	A
Saper utilizzare gli strumenti per valutare la prognosi e saperne riconoscere vantaggi e limiti	**Conoscere le scale di misurazione del *performance status* (secondo Karnofsky, OMS) e altri strumenti di valutazione prognostica**	**Teoriche 70% Discussione 30%**	**B**
Saper valutare la prognosi di un malato con una malattia oncologica e non oncologica	**Conoscere i fattori prognostici della malattia (oncologica e non oncologica)**	**Teoriche 70% Discussione 30%**	**B**
Saper presentare a un malato e a un suo familiare le finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative e/o del ricovero in hospice	**Conoscere le finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative e/o del ricovero in hospice e che cosa comunicare a un malato e/o a un suo familiare al momento del primo colloquio di cure palliative**	**Teoriche 50% Pratiche 50% con partecipazione a colloqui pre-presa in carico (almeno 4 colloqui da osservatore e 4 colloqui da conduttore di cui i primi 3 con supporto del tutor)**	**B**
Saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e del malato relativamente all'inguaribilità della malattia	**Conoscere le domande dirette e indirette che possono in occasione del primo incontro rivelare il livello di consapevolezza della famiglia e del malato relativamente all'inguaribilità e la prognosi della malattia e le resistenze frapposte all'informazione al malato**	**Teoriche 60% Pratiche 40% con partecipazione a colloqui pre-presa in carico (almeno 4 colloqui da osservatore e 4 colloqui da conduttore di cui i primi 3 con supporto del tutor)**	**B**

1 - SAPER VALUTARE I MALATI E LE FAMIGLIE PER L’ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
Sapere quando non è opportuna l’attivazione delle CP (anche se il malato è eleggibile)	**Conoscere gli elementi che non rendono opportuna l’attivazione della rete delle CP (anche se il malato è eleggibile)**	**Teoriche 80% Pratiche 20%**	**B**
Saper attivare tutti i nodi della rete delle CP	Conoscere le modalità dell’attivazione di tutti i servizi e i nodi della rete delle CP	Teoriche 70% Pratiche 30%	A
Sapere quando e come attivare percorsi alternativi alle CP	Conoscere i percorsi alternativi alla rete delle CP	Teoriche 80% Pratiche 20%	A
Saper riconoscere la famiglia complessa/ difficile Saper riconoscere la storia familiare e il contesto in cui vive la famiglia	**Conoscere le basi teoriche e pratiche di comunicazione per gestire un colloquio con un familiare non “compliante” Conoscere le strutture familiari**	**Teoriche 50% Pratiche 50% con partecipazione a colloqui pre-presa in carico (almeno 4 colloqui da osservatore e 4 colloqui da conduttore di cui i primi 3 con supporto del tutor)**	**B**
Saper rapportarsi a un professionista esterno che si oppone all’attivazione delle CP	**Conoscere gli elementi che portano un professionista esterno a opporsi all’attivazione delle CP (clinici, psicologici, economici/conflitti di interesse)**	**Teoriche 80% Pratiche 20% con partecipazione a un colloquio di persona o telefonico con un collega che si oppone all’attivazione delle CP**	**B**

2 - SAPER ACCOGLIERE UN MALATO E I SUOI FAMILIARI IN UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
Saper rapportarsi con i malati e le famiglie di diverse impostazioni culturali	Conoscere le impostazioni culturali più comuni nei confronti della fine della vita	Teoriche 70% Pratiche 30%	A
Saper trasmettere informazioni all’interno delle équipe relativamente alla fase di accoglienza	**Conoscere i meccanismi di trasmissione delle informazioni all’interno dell’équipe**	**Teoriche 70% Pratiche 30% *briefing***	**B**
Saper presentare all’équipe il malato e la famiglia alla presa in carico	**Conoscere le modalità di presentazione del malato e della famiglia alla presa in carico dell’équipe**	**Teoriche 70% Pratiche 30% *briefing***	**B**

2 - SAPER ACCOGLIERE UN MALATO E I SUOI FAMILIARI IN UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Saper valutare e gestire le aspettative di miglioramento della malattia di base	Conoscere le modalità psico-relazionali per affrontare e gestire le paure dei familiari relativamente alla consapevolezza	Teoriche 40% con discussione di casi clinici, 20% *role playing* Pratiche 40% *on work*	A
Saper gestire le richieste dei familiari di negare al malato la verità sulla diagnosi e sulla prognosi della malattia			A
Saper gestire le richieste dei familiari di negare al malato l'evidenza di essere ricoverato in hospice			**B**
Saper gestire la richiesta di ulteriori visite o accertamenti (viaggi della speranza)			**B**
Saper gestire la richiesta di un familiare di negare al malato consapevole informazioni cliniche			A
Saper gestire il familiare ambivalente			**B**
Saper gestire il familiare che nega l'evidente sintomatologia del malato			**B**
Saper gestire il familiare con patologia psicologica	**Conoscere come rapportarsi nell'ambito della rete con le altre figure professionali**	**Teoriche 70% Pratiche 30% *on work***	**B**
Saper gestire il familiare con patologia psichiatrica			**B**
Saper gestire la famiglia con bambini e con ragazzi in età adolescenziale	**Conoscere le dinamiche relazionali dell'infanzia e dell'adolescenza nei confronti della fine vita e della morte**	**Teoriche 70% Pratiche 30% *on work***	**B**

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
A) Saper gestire gli aspetti clinici	Conoscere gli aspetti clinici dei seguenti sintomi		
Saper: 1. riconoscere 2. diagnosticare 3. valutare in àmbito multidimensionale 4. misurare 5. intervenire 6. trattare 7. valutare l'efficacia dell'intervento 8. rimodulare l'intervento dei seguenti sintomi e situazioni cliniche:	*Conoscere:* 1. le modalità di comparsa 2. la fisiopatologia 3. la multidimensionalità 4. le scale di misurazione 5. gli interventi possibili 6. le opzioni terapeutiche 7. le modalità di valutazione dell'intervento 8. la rimodulazione dell'intervento	Teoriche 50% con discussione di casi clinici Pratiche 50% *on work*	A

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Dolore	Conoscere il dolore	Teoriche 50% con discussione di casi clinici Pratiche 50% *on work*	A
	Conoscere le differenze fra dolore acuto, cronico, nocicettivo, neuropatico, misto		A
	Conoscere gli interventi appropriati per i diversi tipi di dolore		A
	Conoscere il ruolo della radioterapia, della chemioterapia, delle procedure interventistiche e della chirurgia nella gestione del dolore		**B**
	Conoscere la scala analgesica dell’OMS		A
	Conoscere i farmaci del primo gradino e i loro effetti collaterali		A
	Conoscere i farmaci adiuvanti		A
	Conoscere le vie di somministrazione dei farmaci		A
	Conoscere gli oppiacei e gli effetti collaterali		A
	Conoscere le barriere culturali e l’oppiofobia		A
	Conoscere la modalità di comunicare l’inizio della terapia con oppiacei		A
	Conoscere la titolazione degli oppiacei		A
	Conoscere la rotazione degli oppiacei		A
	Conoscere le scale di conversione degli oppiacei		A
	Conoscere le strategie non farmacologiche per il controllo del dolore		**B**
	Conoscere le situazioni di dolore complesse che richiedono l’intervento di un livello superiore		**B**
	Capire e facilitare il ruolo della famiglia nella gestione del dolore		**B**
	DOLORE TOTALE Conoscere la definizione e le modalità di descrizione del dolore totale		A
	DOLORE TOTALE Conoscere le modalità di gestione in équipe del dolore totale		**B**

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Anoressia Ansia Ascite Astenia Cachessia Depressione Diarrea Disfagia Dispnea Edemi Edema polmonare acuto Emoftoe Emorragia massiva Fistolizzazioni Ittero Mucositi Nausea Ostruzione delle vie aeree Occlusione intestinale Ostruzione urinaria Prurito Rantolo terminale Sindrome mediastinica Singhiozzo Stipsi Tenesmo Tosse Versamento pericardico Versamento pleurico Vomito	*Conoscere:* 1. le modalità di comparsa 2. la fisiopatologia 3. la multidimensionalità 4. le scale di misurazione 5. gli interventi possibili 6. le opzioni terapeutiche 7. le modalità di valutazione dell'intervento 8. la rimodulazione dell'intervento	Teoriche 50% con discussione di casi clinici Pratiche 50% *on work*	A
Saper valutare l'opportunità di riabilitazione e attività diversionali **Saper attivare i trattamenti fisioterapici** **Saper riconoscere e modificare gli obiettivi durante il corso della malattia** **Saper trattare con il malato e con la famiglia** **la realizzazione d'obiettivi raggiungibili e chiarire i limiti invalicabili**	**Conoscere i principi di fisioterapia legati alla malattia e alla disabilità che progredisce con l'avanzare della malattia** **Conoscere come mantenere certe funzioni attraverso l'esercizio e le terapie** **Conoscere e utilizzare le tecniche e gli strumenti che possano facilitare la quotidianità** **Conoscere le specifiche attitudini professionali di fisioterapisti e terapisti occupazionali** **Conoscere il linfedema del malato avanzato e le tecniche di trattamento**		**B**

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Saper gestire le emergenze in CP: **• ipercalcemia** **• emorragia massiva** **• compressione spinale** **• sindrome della vena cava superiore** **• insufficienza cardio-respiratoria**	**Conoscere la fisiopatologia, la prevenzione e il trattamento delle seguenti emergenze cliniche in CP:** **• ipercalcemia** **• emorragia massiva** **• compressione spinale** **• sindrome della vena cava superiore** **• insufficienza cardio-respiratoria**	Teoriche 40% Pratiche 40% *on work - Role playing* 20%	**B**
Saper valutare nella fase terminale di malattia l’opportunità clinica di: **• antibioticoterapia** **• trasfusioni di emoderivati** **• dialisi** **• nutrizione artificiale** **• idratazione** **• ventilazione meccanica** **• rianimazione cardiopolmonare**	**Conoscere gli elementi clinici che rendono opportune:** **• antibioticoterapia** **• trasfusioni di emoderivati** **• dialisi** **• nutrizione artificiale** **• idratazione** **• ventilazione meccanica** **• rianimazione cardiopolmonare**		**B**
Saper gestire la sedazione palliativa, transitoria e definitiva	Conoscere le problematiche e i farmaci da utilizzare nella sedazione palliativa, transitoria e definitiva		A
<u>B) Saper gestire gli aspetti psico-relazionali</u>			
Saper gestire l’incontro e il dialogo con il paziente: • sapere come presentarsi • sapere come salutare e come riferirsi (lei/tu) • sapere come gestire il contatto fisico • sapere come entrare nelle stanze e nelle case • saper rispondere al telefono al malato e al *caregiver*: - per una informazione - in caso di un sintomo non controllato - in caso di urgenza	Conoscere parametri e strumenti psico-relazionali Conoscere e individuare i riferimenti culturali del malato Conoscere i principi della prossemica Conoscere le metodologie di comunicazione verbale e non verbale	Teoriche 70% *Role playing* 20% Pratiche 10% *on work*	A

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
B) Saper gestire gli aspetti psico-relazionali			
Sapere come valutare i passaggi della consapevolezza della progressione di malattia Sapere come gestire le richieste di riabilitazione intensiva Sapere come comunicare le cattive notizie Saper condurre una conversazione di fine vita Sapere rispondere alle domande difficili Saper gestire un reclamo di un malato Sapere chiedere supporto allo psicologo nella comunicazione complessa Saper creare un rapporto di fiducia Sapere rapportarsi con il malato: consapevole, parzialmente consapevole, non consapevole, ambivalente Sapere rapportarsi con il malato: arrabbiato, ostile, oppositivo Saper rapportarsi al malato depresso, indifferente, compiacente Saper rispondere a un'urgenza con autorevolezza e umanità Sapere indicare una terapia con autorevolezza senza imposizione Saper gestire il rifiuto di una terapia efficace per il controllo del sintomo Saper gestire la comunicazione nei passaggi critici della progressione della malattia e della perdita di autonomia: • riduzione dell'autonomia • riduzione della deambulazione • proposta degli ausili • proposta della rimodulazione delle terapie e vie di somministrazione • sospensione dell'alimentazione per via orale • sospensione dell'alimentazione parenterale	Conoscere gli ostacoli alla conversazione di fine vita Conoscere le fasi di elaborazione della Kubler Ross e altri Conoscere i principi di comunicazione nella malattia in progressione Conoscere le terapie complementari utilizzate in CP (vantaggi e limiti) Conoscere e saper applicare le tecniche più comuni di comunicazione delle cattive notizie Conoscere il lavoro d'équipe e la sua funzione di contenimento e sostegno anche degli operatori	Teoriche 70% *Role playing* 20% Pratiche 10% *on work*	B

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
C) Saper gestire gli aspetti psico-sociali			
Saper riconoscere i bisogni psicosociali del malato e della famiglia	Conoscere gli strumenti (scale di valutazione) per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali	Teoriche 70% Pratiche 30% *on work*	B
Sapere quando e come attivare i servizi sociali	Conoscere la rete dei servizi sociali e le modalità di attivazione		B
D) Saper gestire gli aspetti spirituali			
Saper comprendere le esigenze, i bisogni spirituali e i valori di riferimento del malato	Conoscere la differenza fra bisogno spirituale e bisogno religioso Conoscere le diverse religioni e impostazioni spirituali nei confronti della morte e del morire Conoscere le differenti valenze di speranza e illusione – principi di antropologia	Teoriche 60% Pratiche 40% *on work*	B
Sapere se, quando e come attivare referenti della comunità religiose locali e le altre possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali	Conoscere le diverse religioni Conoscere gli elementi per riconoscere una spiritualità laica Conoscere i diversi referenti della comunità religiose locali		B
E) Saper gestire le cure di fine vita			
Sapere rapportarsi con la morte Sapere valutare i diversi bisogni del malato relativamente alla continuità di cura e all’assiduità di presenza del personale, nelle case, nelle stanze Saper valutare i diversi bisogni del nucleo familiare e del *caregiver*	Conoscere strumenti e procedure cliniche Conoscere gli strumenti clinico-organizzativi per la migliore gestione degli ultimi giorni, ore di vita (*Liverpool Care Pathway*) Conoscere i sintomi più comuni Conoscere la sociologia della morte e del morire nella storia, nel contesto culturale in cui si opera, nelle diverse società e nelle diverse culture Conoscere il significato della morte e del morire Conoscere le prospettive storiche e attitudini nella morte e nel morire Conoscere i rituali della morte nelle diverse culture	Teoriche 40% *Role playing* 10% Pratiche 50% *on work*	B

3 - SAPER PRENDERSI CURA DEL MALATO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
E) Saper gestire le cure di fine vita			
Saper accertare il decesso **Saper proporre la donazione d'organi** **Sapere rispondere alla richiesta di donazione di organi** **Sapere come donare le cornee**	**Conoscere le funzioni del medico necroscopo** **Conoscere gli elementi diagnostici per la constatazione e l'accertamento di morte** **Conoscere il Regolamento di polizia mortuaria e la normativa per la donazione e prelievi d'organi** **Conoscere i criteri per la donazione di organi** **Conoscere i criteri per la donazione delle cornee**	**Teoriche 40%** ***Role playing* 10%** **Pratiche 50%** ***on work***	**B**
F) Saper ricercare la migliore qualità di vita possibile per il malato			
Sapere come valutare la qualità di vita del malato	Conoscere le principali definizioni di qualità di vita in ambito sanitario	Teoriche 70% Pratiche 30% *on work*	A
Saper promuovere come obiettivo prioritario la migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia	**Conoscere le diverse scale per la valutazione della qualità di vita per il malato e i familiari** **Conoscere le principali scale di misurazione quantitativa della qualità di vita del malato e dei familiari (POS, ESAS, etc)** **Conoscere le possibili resistenze dei professionisti all'utilizzo delle scale**		**B**
Sapere riconoscere le diverse concezioni personali di qualità di vita			**B**
G) Saper avere come obiettivo la buona morte secondo la concezione peculiare del malato morente			
Sapere riconoscere le diverse concezioni personali di buona morte	**Conoscere il proprio vissuto della morte** **Conoscere gli strumenti e le modalità per garantire al malato il percorso appropriato**	**Discussione 100%** **Teoriche 80%** **Pratiche 20%** ***on work***	**B** **B**

4 - SAPER PRENDERSI CURA DELLA FAMIGLIA NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
A) Saper gestire gli aspetti psico-relazionali			
Sapere riconoscere la famiglia complessa/difficile	Conoscere i vissuti del malato e della famiglia nel corso della malattia: • senso di colpa • speranza • rabbia • solitudine e isolamento • incertezza • ansia • depressione • paura	Teoriche 40% *Role playing* 20% Pratiche 40% *on work* (*counselling familiare*)	A
Saper gestire un reclamo di un familiare (nelle diverse fasi della presa in carico) Saper rapportarsi al familiare: • arrabbiato • depresso • compiacente • oppositivo	Conoscere le diverse modalità di reazione del familiare	Teoriche 40% *Role playing* 20% Pratiche 40% *on work*	A
Saper gestire la comunicazione con i familiari nei passaggi critici della progressione della malattia e della perdita di autonomia del malato	**Conoscenza degli elementi clinici che determinano:** **• riduzione dell’autonomia** **• riduzione della deambulazione** **• proposta degli ausili** **• proposta della rimodulazione delle terapie e vie di somministrazione** **• sospensione dell’alimentazione per via orale** **• sospensione dell’alimentazione parenterale** **• riduzione dei liquidi** **• decesso imminente**	**Teoriche 40%** ***Role playing* 20%** **Pratiche 40%** ***on work***	**B**
Saper gestire la richiesta di ulteriori consulenze del familiare non rassegnato	Comunicazione e metodologie dei colloqui	Teoriche 80% Pratiche 20% *on work, role playing*	A
Saper gestire un colloquio con un amico/familiare non consapevole **Saper gestire la famiglia allargata**	**Conoscere elementi del diritto di famiglia**	**Teoriche 60%** **Pratiche 40%** ***on work***	**B**

4 - SAPER PRENDERSI CURA DELLA FAMIGLIA NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
B) Saper gestire gli aspetti psico-sociali			
Saper riconoscere i bisogni psicosociali del malato e della famiglia	**Conoscere gli strumenti (scale di valutazione) per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali**	**Teoriche 60% Pratiche 40% *on work***	**B**
Sapere quando e come attivare i servizi sociali	**Conoscere la rete dei servizi sociali e le modalità di attivazione**		**B**
C) Saper gestire le cure di fine vita			
Saper comunicare e accompagnare la famiglia nella fase di morte imminente del malato	**Conoscere le diverse impostazioni culturali relative alla morte e al lutto Conoscere le possibili modalità di risposta del familiare alla fase di morte imminente**	**Teoriche 60% Pratiche 40% *on work***	**B**
D) Sapere come supportare nell'elaborazione del lutto			
	Conoscere le diverse teorie di elaborazione del lutto Conoscere nell'ambito della rete di CP le realtà che offrono supporto strutturato al lutto Conoscere i fattori di rischio del lutto patologico	**Teoriche 80% Pratiche 20% *on work***	**B**

5 - SAPER LAVORARE IN ÉQUIPE NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI:

1. in ambulatorio
2. in consulenza presso i reparti ospedalieri
3. in consulenza presso le strutture protette (RSA, Case protette, Case di riposo)
4. in day hospice
5. al domicilio
6. in hospice
7. nell’ambito della Rete delle CP

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
Sapere essere professionisti • empatici • umani • rispettosi • onesti • delicati Saper ascoltare e trasmettere informazioni all’interno delle équipe (infermieri, medici, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, personale amministrativo e di supporto segretariale, assistente spirituale, volontari) relativamente a tutte le fasi clinico-assistenziali (accoglienza, cura, dimissione, lutto, relazioni con altri servizi) Sapere gestire il proprio bisogno di gratificazione Sapere valutare le proprie capacità e limiti Sapere gestire il senso di impotenza, personale e dell’équipe Sapere comunicare con tutte le figure professionali e rapportarsi con efficacia con tutti i membri dell’équipe attraverso il confronto Sapere rapportarsi con efficacia con tutti i membri della rete delle cure palliative e con tutti i professionisti degli altri *setting* clinico-assistenziali per assicurare una vera continuità assistenziale Saper aiutare e correggere un collega che ha commesso un errore Sapere riconoscere i propri errori e avere spirito critico attraverso il confronto Saper chiedere aiuto nei momenti di difficoltà (clinica, relazionale, emotiva) Saper aiutare un collega in difficoltà, incapace di trovare equilibrio fra lavoro e vita privata	Conoscere gli elementi che rendono efficace la trasmissione d’informazioni, la comunicazione e il coordinamento Conoscere i propri punti di forza e le proprie criticità Conoscere basi filosofiche e psicologiche delle: teorie di stress, impotenza, adattamento, resilienza e *coping*, applicate alle cure palliative Conoscere gli strumenti per evitare di proiettare le proprie credenze e le proprie priorità sui malati e sui familiari Conoscere elementi di prevenzione e gestione del *burn out*	Teoriche 50% con discussione di casi clinici Discussioni in *briefing* 25% *Role playing* 10% Pratiche 15% *on work*	B

5 - SAPER LAVORARE IN ÉQUIPE NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI:

1. in ambulatorio
2. in consulenza presso i reparti ospedalieri
3. in consulenza presso le strutture protette (RSA, Case protette, Case di riposo)
4. in day hospice
5. al domicilio
6. in hospice
7. nell'àmbito della Rete delle CP

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
Saper lavorare in équipe, utilizzando gli strumenti tipici delle CP Saper assicurare la comunicazione corretta attraverso l'ascolto, il confronto e la rielaborazione in équipe	Conoscere finalità, funzione e metodologie del *briefing* Conoscere struttura e modalità di utilizzo della cartella clinica in CP Conoscere gli scopi le modalità di funzionamento delle riunioni di staff Conoscere i principi organizzativi del funzionamento delle équipe professionali, l'organizzazione, i ruoli e le responsabilità	Teoriche 30% Esercitazioni e casi 30% Partecipazione a *briefing* e staff 40%	A
Saper condurre *briefing* e staff **Assicurare l'uso corretto della cartella clinica** **Assicurare il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti**	**Possedere le tecniche di conduzione dell'*équipe*** **Conoscere gli strumenti e le metodologie di controllo e valutazione**	**Teoriche 40%** **Esercitazioni e casi 30%** **Pratiche 30%** ***on work***	**B**
Saper valutare la qualità percepita dai malati e dai familiari	**Conoscere uso, valore e criticità degli strumenti per la valutazione della qualità percepita dai malati e dai familiari (questionari di qualità percepita, *focus group*, etc)** **Conoscere le modalità più efficaci di utilizzo di tali strumenti per il controllo della qualità del "care"**		**B**
Saper affrontare il proprio vissuto di morte	**Conoscere come analizzare le proprie credenze e vissuti**	**Teoriche 50%** **Esercitazioni e casi 50%**	**B**
Saper esercitare la *leadership*	**Conoscere i modelli di *leadership* e quelli efficaci in CP**		**B**
Saper gestire i conflitti	**Conoscere teoria e tecnica di gestione dei conflitti**		**B**
Saper gestire le donazioni individuali	**Conoscere la normativa**	**Teoriche 90%** **Casi 10%**	**C**

6 - SAPER AFFRONTARE PROBLEMATICHE ETICHE E MEDICO LEGALI

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Saper spiegare, discutere e gestire le questioni inerenti alle scelte di fine vita del malato	**Conoscere i principi etici fondanti delle CP** **Conoscere il codice di deontologia medica** **Conoscere i principi e i criteri dell’etica in medicina: beneficenza, non-maleficenza, giustizia, rispetto dell’autonomia, proporzionalità** **Conoscere elementi di diritto e giurisprudenza** **Conoscere le normative e i principi etici relativi al consenso informato, alla limitazione dei trattamenti e alle dichiarazioni anticipate di trattamento** **Conoscere i principi della bioetica di fine vita** **Conoscere la Convenzione di Oviedo e le normative nazionali e internazionali di pertinenza etico-denontologica-legale** **Conoscere le normative dei paesi che autorizzano eutanasia e suicidio assistito** **Conoscere i principi di gestione dei conflitti etici fra malato e famiglia e fra familiari** **Conoscere la normativa sulla *privacy***	**Teoriche con discussione di casi clinici 60%** **Discussioni in *briefing* 25%** ***Role playing* 15 %**	**B**

7 - SAPER FARE RICERCA IN CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	**CONOSCENZE**		
Sapere leggere uno studio e valutarne la qualità	Conoscere i principi generali della ricerca clinica	Teoriche 40% Esercitazioni e lavori di gruppo 60%	A
Sapere risolvere problemi clinici e assistenziali e sapere implementare nella pratica clinica dati reperiti dalla letteratura scientifica	**Conoscere le possibilità e i limiti della ricerca in CP** **Conoscere i livelli di evidenza** **Conoscere la pratica della Medicina Basata sulle evidenze (EBM)**		**B**
Sapere costruire uno strumento di ricerca	**Conoscere i metodi per la definizione e l’uso di strumenti di ricerca**		**B**
Sapere disegnare e condurre uno studio	**Conoscere le modalità di raccolta e analisi dei dati (statistici e non)** **Conoscere e applicare la metodologia della ricerca in équipe multidisciplinari** **Conoscere la ricerca qualitativa** **Conoscere le metodologie di identificazione del contesto e delle componenti istituzionali: gerarchia, regole, comitati etici**		**B**

8 - SAPER ATTIVARE E GESTIRE UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE (domiciliare, hospice, ospedaliero, di rete)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
1) Sapere programmare un servizio di cure palliative	Conoscere gli standard di struttura, processo ed esito, procedure e normative Conoscere gli standard di riferimento per la programmazione dei servizi (normative internazionali, europee, nazionali, locali) Conoscere i dati di epidemiologia delle diverse patologie (neoplastiche, neurologiche, etc) Conoscere l'evoluzione della famiglia nella storia, nelle diverse culture, nel proprio contesto locale Conoscere la mortalità per patologia, nel mondo, in Europa, nella nazione, nella regione e nell'ASL di appartenenza	Teoriche 70% Esercitazioni e lavori di gruppo 30%	B
Saper gestire il rapporto fra il servizio di cure palliative e il territorio	Conoscere elementi di epidemiologia necessari per la programmazione socio-sanitaria	Teoriche 70% Esercitazioni e lavori di gruppo 30%	C
	Conoscere elementi di statistica		C
	Conoscere soggetti, ruoli e competenze		B
	Conoscere metodologie di coinvolgimento, negoziazione, condivisione		C
2) Saper gestire le risorse umane	Possedere metodi e principi di: • selezione del personale • inserimento • approccio motivazionale • valutazione • delega	Teoriche 60% con discussione di casi clinici Pratiche 40% *on work*	C
Saper negoziare un contratto	Conoscere i contratti in vigore della sanità pubblica e della sanità privata	Teoriche 80% con discussione di casi clinici – Pratiche 20% *on work*	C
Saper attuare con efficacia il modello organizzativo multiprofessionale	Conoscere le metodologie: • del lavoro per obiettivi • dell'analisi e del riconoscimento delle competenze • del *risk management*	Teoriche 60% Pratiche 40% *on work*	B
	• dell'impostazione e funzionamento di un sistema premiante adeguato ai principi delle cure palliative • dell'impostazione e gestione di un sistema basato sull'audit e sul miglioramento della qualità Gestire il risk management		C

8 - SAPER ATTIVARE E GESTIRE UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE (domiciliare, hospice, ospedaliero, di rete)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
3) Saper gestire le risorse economiche Saper impostare un *business plan*	Conoscere gli standard di programmazione e gestione economica	Teoriche 60% Pratiche 40% *on work%*	C
4) Saper portare ad accreditamento una struttura della Rete delle CP e una Rete delle CP	Conoscere i sistemi di accreditamento e certificazione	Teoriche 60% Pratiche 40% *on work*	C

9 - SAPER FORMARE IN CURE PALLIATIVE (CP)

OBIETTIVI FORMATIVI		METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO	LIVELLO
COMPETENZE	CONOSCENZE		
Saper trasferire le proprie competenze all’interno del gruppo e a nuovi operatori e colleghi Saper svolgere funzioni di *team-leader* Saper svolgere funzioni di *tutoring* Saper svolgere funzioni di docenza specialistica	Conoscere i principi e gli stili di apprendimento degli adulti Conoscere i metodi didattici e le loro condizioni di efficacia Conoscere gli strumenti operativi Conoscere le metodologie e i principi dell’insegnamento interdisciplinare e multiprofessionale	Teoriche 50% Discussione 15% *Role playing* 15% Esercitazioni 20%	B
Saper assicurare un contesto organizzativo favorevole all’apprendimento	Formazione ed “*empowerment*”: capitalizzazione e moltiplicazione delle competenze	Teoriche 70% Discussione 15% *Role playing* 15%	C
Saper predisporre e attuare piani di formazione continua	Conoscere le strutture di formazione in CP, i percorsi e i sistemi di formazione continua Conoscere i vincoli e le condizioni di qualità Conoscere le principali metodologie di progettazione e valutazione formativa	Teoriche 60% Esercitazioni 40%	C

6.
ARCHITETTURA DEL SISTEMA CURRICULARE E CONDIZIONI DI EFFICACIA

Vale la pena di sottolineare alcuni principi di architettura da tenere presenti nella costruzione del sistema di offerta curriculare, principi che costituiscono le condizioni di efficacia:

- impianto modulare delle unità disciplinari: potranno essere "strutturate" in relazione agli obiettivi, in termini di *skill (competenze/abilità)* e di profili professionali;
- *curricula* integrati: i percorsi specifici dovranno prevedere periodi o moduli comuni a più percorsi e profili professionali e devono essere percorribili con modalità diverse secondo la provenienza e lo sbocco del discente;
- struttura interprofessionale e transdisciplinare. Discenti e corpo docente multidisciplinare e capace di lavorare in maniera transdisciplinare. Se il *team* multiprofessionale è elemento caratterizzante le cure palliative, deve esserlo a cominciare dalla composizione dei discenti e dal corpo docente; che deve provenire in quota significativa (almeno il 70%) dal mondo professionale.

Master

L'istituto del Master, a regime, è da considerarsi come una opportunità rivolta ai professionisti che devono acquisire competenze specialistiche. Superata la fase transitoria di attuazione della legge potranno essere attivati master prioritariamente di 1° livello (interdisciplinari e interprofessionali), per coloro che decidono di dedicarsi alle cure palliative a un certo punto della loro carriera.

Raccomandazioni:

- vanno valorizzati i master che favoriscono l'acquisizione della capacità di lavorare in équipe, requisito fondamentale per assicurare la vera multidisciplinarità e transdisciplinarità;
- gli *stage* devono essere effettuati presso i vari *setting* assistenziali di cure palliative: domicilio, hospice, struttura di rete delle cure palliative;
- almeno il 50% dei docenti titolari di insegnamento dei master dovrà provenire dal mondo professionale delle cure palliative.

Scuola di specializzazione e sub-specialità

La SICP auspica che nel prossimo futuro venga realizzata la specializzazione in cure palliative o la sub-specialità.

Il sistema d'offerta

Per i *curricula* accademici si prevedono percorsi modulari strutturati per aree di competenza e livelli di formazione, attraverso l'introduzione della disciplina specifica, con le seguenti modalità:

I 3 livelli di formazione

Di base prelaurea. Elementi di base nei corsi di laurea di primo livello	Almeno 40/60 ore di teoria con metodologie attive 2-3 crediti	Fondamentali delle cure palliative nei *curricula*. Lauree in: • medicina • psicologia • infermieristica • fisioterapia • scienze del servizio sociale. Corso di laurea in medicina = 120 ore
Laurea specialistica (Diploma)	Almeno 40/60 ore in più – teoria e pratica – in parte multiprofes-sionale. Totale: ca 4-5 crediti	
Le *Medical Humanities*, approccio globale, devono fare parte della cultura professionale degli operatori sanitari. Se nella formazione di base si recuperano competenze interdisciplinari e trasversali, dalla laurea specialistica in poi si possono ampliare tematiche più specifiche		
Specializza-zione dopo una laurea specialistica	Pluriennale e multiprofessionale. Periodi di training obbligatori nei vari *setting* assistenziali di cure palliative	

La multidisciplinarità sarà assicurata:

- per i corsi base, laurea in medicina e lauree triennali: dal mix di docenti, dall'apprendimento sul campo e dai tirocini;
- per la specializzazione: da percorsi integrati, che dovranno coprire almeno il 50% del *curriculum,* della parte sia teorica sia pratica.

APPENDICI

Schede di approfondimento

COMPETENZA

"*Un insieme, riconosciuto e dimostrato, delle rappresentazioni, capacità e dei comportamenti attivati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato... Non è uno stato o una coscienza posseduta. Non è riducibile né a un sapere né a ciò che si è acquisito attraverso la formazione. ...La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità) ma nella capacità di utilizzarle. La competenza è finalizzata e contestualizzata: non può dunque essere separata dalle condizioni del suo esercizio... La competenza è un saper agire riconosciuto"* (G. le Boter "De la competence", Paris les edition d'Organization – 1995).

"Abilità di applicare conoscenze, know-how e capacità operative in situazioni abituali e non" (Cedefop – European Center for the Development of Vocational Training, 2002).

"*Nella competenza professionale, insieme a un sapere cosa (il contenuto del compito) è presente un sapere come (la strategia di fronteggiamento del compito), che ha la proprietà di essere trasferibile su compiti diversi"* (Isfol – Istituto per la formazione e l'orientamento dei lavoratori – 1997).

SAPERE O CONOSCENZA

"Le definizioni di ***knowledge*** *sono innumerevoli. Tuttavia la concezione moderna di conoscenza resta ampiamente fondata su alcune distinzioni di base:*

*(a) Aristotele distingueva tra logica pratica e teorica. In linea con questa distinzione, teorici moderni (Alexander et al., 1991) distinguono conoscenze dichiarative (*theoretical*) da quelle procedurali (operative). Le conoscenze dichiarative includono affermazioni su fatti specifici, fatti e generalizzazioni empiriche, così come i più profondi principi sulla natura della realtà. La conoscenza procedurale comprende l'euristica, i metodi, la pianificazione, le pratiche, le procedure, le routine, le strategie, la tattica, le tecniche e i trucchi (Ohlsson, 1994);*

(b) è possibile differenziare fra le forme di conoscenza che rappresentano differenti modi di apprendimento della realtà. Sono stati fatti molti tentativi di compilare liste, nelle quali le seguenti categorie sono spesso rappresentate:

- *conoscenze oggettive (naturali/scientifiche) definite in base a certezze;*
- *conoscenze soggettive (letterarie/estetiche) definite in relazione all'autenticità;*
- *conoscenze morali (umane/normative) definite in relazione all'accettazione collettiva (diritto/doveri);*
- *conoscenze religiose o sacre, definite in relazione a un'autorità divina (Dio).*

(c) la conoscenza comprende elementi taciti ed espliciti. Le conoscenze tacite (Polanyi, 1966) sono conoscenze che si possiedono e influenzano i processi cognitivi. Tuttavia, esse non richiedono di essere espresse o di esserne coscienti. Le conoscenze esplicite sono quelle che si possono approfondire coscientemente e includono le competenze tacite che si convertono in esplicite diventando 'oggetto del pensiero' (Prawat, 1989)" (Cedefop, 2000).

SKILL

"Le conoscenze ed esperienze necessarie per esercitare uno specifico compito o lavoro" (Cedefop, 2003).

METODOLOGIE PER L'APPRENDIMENTO

In relazione alla necessità di utilizzare metodologie didattiche attive va sottolineato che si tratta di metodi che sono parte integrante della pratica didattica più innovativa. Esistono esperienze significative e ampia letteratura in merito. Nelle università italiane dovranno essere sempre più sviluppate.
Si riporta, a titolo di specifica, quanto auspicato dall'EAPC:

"Si raccomanda che le seguenti metodologie siano valorizzate:

- *prioritario deve essere l'apprendimento sul campo "esperiential learning" (incluso il contatto con le unità operative, i pazienti e le famiglie, il territorio e la comunità). Il de-briefing, come strumento d'apprendimento, deve essere considerato una priorità;*
- *dovrebbero essere utilizzate metodologie attive, più che passive (*problem based learning, *discussioni,* role playing...*);*
- *l'apprendimento multiprofessionale è condizione per diffondere e incoraggiare una migliore cooperazione;*
- *l'integrazione orizzontale: gli specialisti in cure palliative devono diffondere le conoscenze dell'area, insegnando ai colleghi delle altre discipline;*
- *dovranno essere consentite continue occasioni di auto-riflessione e discussione di gruppo sulle situazioni difficili, includendo i problemi della famiglia e del team;*
- *considerazioni etiche e psicosociali andranno integrate in tutti gli aspetti della formazione".* (EAPC – Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education Recommendations – 2007).

I LUOGHI DI CURA COME CONTESTI DI APPRENDIMENTO

Le cure palliative costituiscono uno degli àmbiti professionali a oggi più vicini alla realizzazione dell'organizzazione avanzata dei servizi sanitari.
I principi della qualità organizzativa ci dicono che, quanto più un'organizzazione sa essere aperta, collaborativa, interprofessionale, quanto più essa sarà capace di produrre qualità, innovazione e adattamento all'imprevisto.
I tratti caratteristici – ormai universalmente riconosciuti – delle cure palliative, sono proprio questi:

- interprofessionalità;
- modelli organizzativi integrati e orizzontali;
- modelli di lavoro per processi;
- contesti organizzativi facilitanti l'apprendimento e l'*assessment* continuo.

Si tratta di realtà che da tempo realizzano "l'utopia" delle organizzazioni innovative capaci di apprendere e cambiare. Le cure palliative hanno le ragioni teoriche, gli strumenti professionali e i modelli organizzativi per realizzare e diffondere tutto questo.
L'obiettivo è dunque rafforzare modelli di lavoro che assicurino che le strutture di cura siano anche luoghi di formazione e apprendimento individuale e organizzativo, e che gli operatori siano anche educatori, capaci di trasferire le proprie competenze e di apprendere da/con gli altri: comunità di pratiche capaci di apprendimento continuo, di ricerca, di formazione e autoformazione.

Uno standard per i tirocini

IL TIROCINIO NELLE CURE PALLIATIVE

Le cure palliative sono caratterizzate da un particolare approccio globale, clinico e assistenziale, e da uno specifico modello organizzativo.
Ciò che definisce un "buon agire" in àmbito di cure palliative è in primo luogo un atteggiamen-

to professionale, significativamente diverso da quello tradizionalmente agito in medicina.
Vi sono strumenti clinici e linee guida specifiche, ma la capacità di usarle in maniera efficace e appropriata è dato dall'approccio clinico e dalle competenze comunicative e relazionali più che dalle competenze specialistiche.
L'approccio alla persona e alla famiglia, la necessità di tenere conto di indicatori complessi e trasversali, la condizione essenziale di assoluta individualizzazione del percorso di "*care*", la necessità di una stretta collaborazione multiprofessionale e transdisciplinare, fanno delle cure palliative un àmbito disciplinare e professionale "di frontiera", che richiede e consente una riflessione sulle effettive modalità di acquisizione delle competenze necessarie.
I percorsi di apprendimento e di produzione del sapere che si sono dimostrati sinora efficaci e hanno consentito lo sviluppo delle cure palliative, indicano una strada possibile.
Bisogna garantire che le strutture di cura siano valorizzate come luoghi in grado di assicurare la conoscenza e l'acquisizione di comportamenti e approcci adeguati.
È opportuno e necessario, peraltro, che il sistema accademico riconosca e valorizzi le competenze assurte a dignità di disciplina, collabori nell'ottica di quella contaminazione di saperi (transdisciplinare) da cui discende il vero arricchimento ed è favorita la diffusione della nuova professionalità.
L'Italia sta finalmente superando il ritardo strutturale in merito all'apprendimento sul campo. La cultura professionale dominante, incentrata su percorsi lineari e accademici per lo più di tipo disciplinare e con scarsa attenzione alle effettive condizioni d'uso delle competenze, si va modificando.
Il tirocinio ha il vantaggio di costituire contestualmente momento di apprendimento strutturato e occasione di confronto e crescita fra professionisti. Si ritiene dunque utile definire un modello di tirocinio che ne consenta una effettiva diffusione.

IL MODELLO DI TIROCINIO

Il modello prevede che i tirocini formativi (ossia quelli parte dei percorsi curriculari) vengano svolti presso strutture e unità di cura.
Per assicurare quest'obiettivo è necessario che:

- i tirocini siano molto strutturati, al fine di garantire obiettivi formativi per i diversi *curricula* omogenei a livello nazionale;
- vi siano strumenti e metodologie di progettazione, gestione e valutazione comparabili e condivisi;
- vengano condotti con metodologie capaci di consentire le necessarie flessibilità;
- le strutture siano capaci di accogliere stagisti con un impatto organizzativo sopportabile nel tempo.

Il tirocinio è <u>sempre</u> un progetto individuale: ciò significa che l'articolazione effettiva del singolo tirocinio deve essere definita in relazione alle caratteristiche della persona che vi partecipa, ai suoi scopi specifici e al contesto organizzativo in cui viene svolto.
Nel caso in oggetto, ossia di tirocini che sono parte strutturale di percorsi curriculari, si ritiene necessario predisporre:

a. **percorsi di riferimento** per tirocini standard con specifica delle competenze da acquisire, delle modalità, degli strumenti e degli indicatori di risultato;
b. un **manuale operativo** che consenta la progettazione dei singoli percorsi e fornisca gli strumenti;
c. una **procedura** di progettazione e gestione dei tirocini che renda "fluidi" e costruttivi i rapporti fra sistema formativo e strutture di cura, facilitando la programmazione e la gestione.

Principi generali del disegno dei tirocini sono: a) la multiprofessionalità – il tirocinante dovrà affiancare diverse figure professionali, con approfondimenti mirati a seconda degli obiettivi formativi – e b) una programmazione stringente – il *planning* del tirocinio è un programma di lavoro strutturato e condiviso e costituisce lo strumento del tutor e del discente per lo svilup-

po del percorso. Gli strumenti di valutazione (*in itinere* ed *ex post*), ne fanno parte integrante. Le unità di cura dovranno dunque favorire le condizioni organizzative per l'inserimento di stagisti e avere le figure dei tutor e degli esperti. Ogni unità operativa deve individuare al suo interno le figure professionali in grado di svolgere le funzioni di tutor e di esperti.

In linea di principio, tutti coloro che hanno esperienza nelle strutture di cura da almeno 3 anni, dovrebbero poter svolgere la funzione di tutor. I tutor vanno individuati tra tutte le figure professionali, inclusi OOSS e personale amministrativo e gestionale, al fine di assicurare che i tirocinanti possano affiancare effettivamente professionisti di profilo diverso.

Indice del Manuale tirocini

1. Scopi e finalità dei tirocini
2. Norme e procedure
   a. Valore e durata
   b. Le convenzioni
3. I percorsi
   a. Aree di competenza: unità didattiche, obiettivi formativi e percorsi
   b. Metodologie
   c. Indicatori di risultato
4. La progettazione
   a. la scheda di progetto
   b. le metodologie di progettazione
   c. gli strumenti di monitoraggio
   d. gli strumenti di valutazione
5. Condizioni di efficacia e modalità di sviluppo

PROFILO DEL TUTOR

Il tutor o tutore è la figura centrale di riferimento e il garante del percorso formativo: è **gestore di processo**. Svolge una funzione prevalente di **mediatore e integratore**.
Non sempre ha compiti diretti di trasmissione delle conoscenze, in primo luogo interviene sulle condizioni di apprendimento. Deve essere in grado di "guidare" il percorso di formazione, individuale o collettivo, secondo le fasi e le modalità previste.

Funzione generale

Il tutor:

- esercita una funzione di "animatore" e supporto alla formazione individuale;
- esercita la funzione di raccordo fra i diversi soggetti: formandi, docenti, esperti, organizzazione;
- garantisce nel tempo il mantenimento degli scopi e degli obiettivi.

Ruolo pedagogico

Il tutor:

- pianifica con ogni formando il suo percorso, definisce gli obiettivi, verifica la progressione. Lo aiuta a riflettere sui modi di apprendimento, sulle difficoltà e i successi, sull'inserimento nel gruppo;
- rileva e registra gli elementi di controllo e valutazione del processo.

Ruolo docente

Il tutor:

- collega le aree disciplinari e aiuta nelle connessioni, nello sviluppo degli approfondimenti, nella pianificazione del lavoro individuale.

Ruolo integratore

Il tutor:

- è garante della comunicazione interna al processo di formazione e con l'organizzazione nel suo complesso;
- risolve eventuali problemi organizzativi e comunicativi che si creano.

Capacità – competenze

Il tutor:

- ha padronanza di una competenza specialistica (*è prima di tutto un professionista)*;
- possiede buone capacità di gestione delle relazioni interpersonali e di comunicazione e buone capacità di coordinamento, collaborazione e concertazione con i colleghi;

- è capace di sistematizzare e formalizzare le competenze specialistiche, possiede i metodi per renderle visibili e comprensibili;
- ha propensione al trasferimento e condivisione delle competenze;
- sa utilizzare differenti "metodi" o supporti didattici;
- è in grado di governare contenuti e fasi del processo didattico e di integrare eventuali carenze;
- conosce molto bene il contesto organizzativo;
- ha una conoscenza approfondita del progetto complessivo e ne condivide gli scopi;
- sa pianificare e gestire progetti; analizza le situazioni e prende le decisioni; immagina le soluzioni per adattare i mezzi e i vincoli alle attese;
- sa reperire, animare e mobilitare équipe pluridisciplinari;
- raccoglie e valuta le informazioni provenienti dall'équipe e dal contesto.

LA FORMAZIONE DEI TUTOR

La formazione di tutor dovrà essere promossa dalle strutture di cura di concerto con le aziende. Avrà l'accreditamento ECM e sarà ricorrente nel tempo.

Il programma di formazione dei tutor dovrà comprendere:

- obiettivi e struttura dei tirocini: principi e modelli;
- apprendimento sul campo: principi e metodologie;
- il progetto e il controllo del processo – con esercitazioni;
- il ruolo del tutor.

La durata media sarà di tre giornate.

BIBLIOGRAFIA

Definizione di cure palliative

- World Health Organization (WHO). Technical Report Series 804, Geneva **Cancer Pain Relief and Palliative Care**, (1) 1990.
- World Health Organisation (WHO) Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. **Palliative Care: the World Health Organisation's global perspective**, *Journal of Pain and Symptom Management*, 24:91-96,2002.
- EAPC European Association for Palliative Care: **Definition of Palliative Care** (1998).
- European Parliament - Policy Department Economic and Scientific Policy. **Palliative Care in the European Union**, 2007.
- **Legge 15 marzo 2010, n. 38** pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* 19 marzo 2010, n. 65.
- Hallenbeck, JL. **Palliative Care Perspective**, 2003, Oxford University.
- Storey P, Knight CF. UNIPAC One: **The Hospice/Palliative Medicine Approach to End-of-Life Care**. 1998, Kendall/Hunt: Dubuque, p. 11.
- Doyle D, Hanks GWC, et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine, **Introdution**, 2nd ed. 1999, New York, Oxford University Press, p.3.
- Mac MacLeod R, Egan T. **Interprofessional education** in Bee Wee, Nic Hughes **Education in palliative care, building a culture of learning**. Oxford University Press, February 2007.
- Consiglio d'Europa. **Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull'organizzazione delle cure palliative**. 12 Novembre 2003, 860° seduta.

Competenze e formazione

- EAPC. **Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine**, 2009
- EAPC. **Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education -** Recommendations of the EAPC, 2007 www.eapcnet.org
- World Health Organization - Health Professions Networks Nursing & Midwifery - Human Resources for Health. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**, 2010
- Doyle D, Hanks GWC, et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine, **Introdution**, 2nd ed. 1999, New York, Oxford University Press, Cap 21 **Education and trainig in palliative care**.
- European Parliament. Policy Department Economic and Scientific Policy. **Palliative Care in the European Union**, 2007.
- Consiglio d'Europa – Assemblea parlamentare, **Palliative care: a model for innovative health and social policies - Resolution 1649**, 2009 Assembly debate on 28 January 2009 (6° seduta) (see Doc. 11758, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Wodarg). Testo adottato dall'Assemblea il 28 gennaio 2009 (6° seduta).
- EAPC. **Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative**, Edizione italiana, marzo 2008.
- **The EAPC task-force on educationo for psycologist in palliative care**, European Journal of Palliative Care, 2010/17.

- **Clinical practice guidelines for quality palliative care**, Second edition, USA National Consensus Project, 2009
- WHO. Cancer control: knowledge into action. **WHO guide for effective programmes; Palliative Care**, II Series, 2007
- Bee Wee, Nic Huges. **Education in palliative care, building a culture of learning**, Oxford University Press, 2007.
- www.tuning-medicine.com

Scenari e tendenze dei sistemi sanitari

- **OECD – Health update, *The Newsletter on Health-related Activities of the OECD***, No. 7, luglio 2009; No. 10, dicembre 2010
- IBM Institute for Business Value. **Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation.** ibm.com/healthcare/hc2015
- Commissione delle Comunità europee. **Libro bianco - Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013**, Bruxelles, 2007
- UEMS, Union Européenne des Medicine Specialistes. **Accreditamento professionale – curricula**, http://www.uems.net/

Politiche comunitarie

- http://www.lavoro.gov.it/lavoro/europalavoro/sezioneoperatori/politichecomunitarie/strategialisbona/default.htm
- http://www.lavoro.gov.it/lavoro/europalavoro/sezioneeuropalavoro/utilities/glossario/agendasocialeeuropea
- Delors. **Crescita, competitività, innovazione**, 1993
- http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/pdf/growth_wp_com_93_700_parts_a_b.pdf

ECM

- **Normativa, approfondimenti**: http://ape.agenas.it/homeEsterno.aspx

Approfondimenti su interprofessionalità, servizi integrati, modelli organizzativi e formativi

- Piemonte, Assessorato tutela della salute e sanità. **Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle Organizzazioni sanitarie**, Atti del Convegno, ottobre 2009.
- Dussault G. **Politiche e sviluppo delle risorse umane in sanità**, Master in "Management per le funzioni di direzione dei servizi socio-sanitari", Bologna, 2011
- Barrett J, et al. **Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare**, Canadian Health Services Research Foundation, 2008 http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/Synthesis%20Report_E_FINAL%20%282%29.pdf
- Bertinato L, Boscolo E, Ciato L. **Oversupplying doctors but seeking carers: Italy's demographic challenges and health professional mobility**, in Wismar M, Maier CB, Glinos I. Dussault G, Figueras J (ed.), 2011 Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.
- Buchan J. **What difference does ("good") HRM make? Human Resources for Health**, 2004, 2 (6). (http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf)
- Christianson J, et al. **Financial incentives, healthcare providers and quality improvements** - A review of the evidence, London, 2007, The Health Foundation http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/571/Financial%20incentives.pdf?realName=5GmFYW.pdf

- Dolea C, Adams O. **Motivation of health care workers - review of theories and empirical evidence**, Geneva, World Health Organization, *Cahiers de sociologie et démographie médicales*, 2005 45(1):135-61.
- Dussault G, Dubois CH. **Human resources for health policies: a critical component of health policies** Human Resources for Health, 2003, 1:1. http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1
- Dussault G, Franceschini MC. **Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce"** *Human Resources for Health* 2006, 4:12 http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-12.pdf
- Dussault G, et al. **Scaling up the Stock of Health Workers: a Review**, International Council of Nurses, Geneva, 2009, 48 p. (ISBN:978-92-95065-64-2), http://www.ichrn.com/publications/policy-research/Scaling_up-EN.pdf
- Dussault G, Russo G, Assunção D, Fronteira I. **The nursing labour market in the European Union in transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, 2009 http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Scoping%20Paper_nurses%20in%20EU_FINAL.pdf
- Dussault G, Fronteira I. **Human Resources for Health. National Health Plan 2011-2016 (Portugal)**, Lisbona, 2010, Alto Comissariado da Saúde http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/RHS2.pdf
- Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. **Assessing future health workforce needs**, Bruxelles, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/joint-policy-briefs/published-for-the-belgian-european-union-presidency-ministerial-conference-on-the-european-health-workforce
- European Observatory on Health Systems and Policies. **Planning for a well-skilled nursing and social care workforce in Europe**: case studies from Finland, Germany, Italy, Lithuania and Spain, 2009 http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Background.htm
- European Observatory on Health Systems and Policies **The changing roles and skills of nurses and social care workers for better coordination of care in Europe**: case studies from Denmark, Sweden, Slovenia and the United Kingdom, 2010 http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Background.htm
- MacAdam M. **Frameworks of Integrated Care for the Elderly**: a systematic review, Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2008 http://www.cssnetwork.ca/Resources%20and%20Publications/MacAdam-Frameworks%20for%20Integrated%20Care%20for%20the%20Frail%20Elderly.pdf
- Minkman I, Ahaus K, Huijsman R. **A four phase development model for integrated care services in the Netherlands**, BMC Health Services Research, 2009, 9:42 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/42
- Potter CC, Harries J. **The determinants of policy effectiveness**, *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84 (11): 843.
- Rechel B. et al. **The Health Care Workforce in Europe, Learning from experience**, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf
- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. **The Finnish Health Care System: a Value-Based Perspective**, Sitra, Helsinki, 2009.
- Vujicic M., Zurn P. **The dynamics of the labour health market**, *International Journal of Health Planning and Management*, 2006, 21: 101-115 (http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112652606/PDFSTART)

- World Health Organization. **World Health Report 2006: Working Together for Health**, Geneva, WHO (http://www.who.int/whr/2006/en/)
- World Health Organization, **World Health Report 2008: Primary Health Care. Now More than Ever**, Geneva, WHO (http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf =)

Link

- Capacity plus : www.capacityplus.org/
- Department for International Development (UK), Health Systems Resource Guide, www.eldis.org/healthsystems/dossiers/hr/
- European Observatory on health planning and policies, http://www.euro.who.int/observatory
- Global Health Workforce Alliance, www.ghwa.org
- HRH compendium, www.hrhcompendium.com
- Human Resources for Health (online journal), www.human-resources-health.com
- HRH Global Resource Center, www.hrhresourcecenter.org
- International Center for Human Resources in Nursing, http://www.ichrn.org/
- Management Sciences for Health, Manager's Electronic Resource Center, http://erc.msh.org/
- World Health Organization, Department of human resources for health, http://www.who.int/hrh/en/
- World Health Organization, Department of Health Policy, Development & Services http://www.who.int/management/en/

ر