

Cinzia Gradellini

CG, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*
Department of Business Economics, Health and Social Care

Cesarina Prandi

(corresponding author)
CP, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*

Nicola Ramacciati

NR, RN PhD
Università della Calabria / *University of Calabria*

Monica Bianchi

MB, RN PhD
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / *University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland*

Come gli studenti del Master of Science in Cure Infermieristiche descrivono il ruolo dell'*Advanced Practice Nurse* – uno studio qualitativo

How Master of Science Nursing Students See the Advanced Practice Nurse role. A qualitative study

ABSTRACT

Introduzione. Tra gli strumenti di valutazione dell'apprendimento, l'elaborato di tesi è da considerarsi il momento conclusivo del percorso formativo che valuta acquisizione di conoscenze e loro utilizzo, gestione della complessità, pensiero critico, condivisione/divulgazione delle conoscenze acquisite.

Nello specifico dei Master of Science in Cure Infermieristiche, tali elementi sono considerati fondamentali al fine di ricoprire il ruolo di professionista di pratica clinica avanzata.

Obiettivi. Analizzare come gli studenti che hanno completato il percorso di studi del Master of Science in Cure Infermieristiche vedono l'APN al fine di valutare l'acquisizione del modello sul cui si basa l'offerta formativa.

Metodi. Lo studio è di tipo qualitativo, di ricerca osservazionale documentaria sulle tesi degli studenti del Master.

Risultati. Tutti gli elaborati fanno riferimento alle differenti competenze del modello di riferimento, dimostrando piena conoscenza di: 1) pratica clinica avanzata; 2) ricerca; 3) formazione; 4) leadership clinica e specializzata; 5) lavoro in team interdisciplinare; 6) coaching (come professionista esperto); 7) processo presa decisioni etiche; 8) collaborazione allo sviluppo di politiche della salute.



Conclusioni. Se si considera la tesi come indicatore di apprendimento, dagli elaborati dei futuri professionisti APN emerge l'acquisizione delle competenze del modello proposto e la descrizione di un ruolo pronto per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy.

ABSTRACT EN

Introduction. Among the learning evaluation tools, the thesis is to be considered the final moment of the training course which evaluates the acquisition of knowledge and its use, management of complexity, critical thinking, sharing/dissemination of the knowledge acquired. Specifically for the Masters of Science in Nursing, these elements are considered fundamental in order to fulfill the role of advanced clinical practice professional.

Aims. Analyze how students who have completed the Master of Science in Nursing study path see the APN in order to evaluate the acquisition of the model on which the training offer is based.

Method. The study is qualitative, observational documentary research on the Master's students' theses.

Results. All documents refer to the different skills of the reference model, demonstrating full knowledge of: 1) advanced clinical practice; 2) research; 3) training; 4) clinical and specialized leadership; 5) interdisciplinary team work; 6) coaching (as an experienced professional); 7) ethical decision making process; 8) collaboration in the development of health policies.

Conclusions. If we consider the thesis as an indicator of learning, from the works of future APN professionals emerges the acquisition of the skills of the proposed model and the description of a role ready for an all-encompassing turning point that will enable the nurse to respond to the growing multidimensional complexity characterizing health contexts. In fact, the APN is spoken of as the promoter of a new professional culture, not only within the structures, but also in territorial contexts that take responsibility for fragilities, promoting autonomy and health literacy.

Parole chiave: Formazione infermieristica, advance practice nursing, tesi

Key words: Nursing education, Advanced Practice Nursing (APN), thesis

INTRODUZIONE

Gli strumenti di valutazione dell'apprendimento fanno parte delle strategie di ricerca qualitativa di tipo valutativo. Sono classificati in diverse tipologie, secondo criteri differenti (Coggi & Ricchiardi, 2005). Tra questi, l'elaborato di tesi è da considerarsi il momento conclusivo del percorso formativo che richiede uno scritto individuale, al fine di dimostrare acquisizione di conoscenze, capacità di integrare tali conoscenze, gestione della complessità, formulazione di giudizi e pensiero critico, condivisione/divulgazione delle conoscenze acquisite. In specifico dei Master of Science in Cure Infermieristiche, tali elementi sono considerati fondamentali al fine di poter proseguire gli studi e la ricerca (Ariso et al., 2016) oltre che per l'assunzione del ruolo come professionista di pratica clinica avanzata. Tra gli obiettivi correlati al percorso di tesi, emersi in letteratura, si riscontrano la dimostrazione che gli studenti siano in grado di comprendere i contenuti teorici, valutata attraverso: 1) profondità, ampiezza e critica dei contenuti; 2) coerenza teorica con il disegno e la domanda di ricerca; 3) discussione sistematica della teoria. Altri obiettivi considerati nella valutazione dell'elaborato risultano la coerenza di idee, concetti e linguaggio, i collegamenti tra letteratura e risultati con utilizzo sistematico della letteratura, una bibliografia sostanziale e recente (Kindgren et al., 2012). A questi, con particolare riferimento alle tesi di dottorato, si aggiunge la dimostrazione di conoscenze metacognitive, come il pensiero critico autonomo (Hodgson, 2020). Altri studi fanno riferimento al miglioramento delle soft-skill, quali la capacità di pianificare, implementare e riportare un progetto, argomentare con chiarezza espositiva nel momento di presentazione conclusiva, svolgere compiti avanzati, rispettando i tempi (Kindgren et al., 2012). Poiché l'elaborato di tesi richiede lo sviluppo di diverse competenze (Ariso et al., 2016), è riconosciuto come indicatore per la valutazione dell'offerta formativa (Akçay et al., 2018). Dalla letteratura, emergono differenze di valutazione, criteri, percorso, sia tra i singoli paesi, sia nelle diverse discipline (Ibidem), la mancanza di una valutazione sistemica dell'efficacia didattica dei percorsi formativi (Hajira et al., 2022; Hao et al., 2022; Nowell et al., 2022; Smith et al., 2022; Marcellus et al., 2021) e il suggerimento per l'utilizzo di strumenti specifici (Marcellus et al., 2021), tra cui la valutazione degli elaborati di tesi (Akçay et al., 2018). Nei Master of Science in Nursing, in coerenza con quanto in offerta formativa, si richiede anche che tale elaborato faccia riferimento alle competenze professionali avanzate proprie dell'Advanced Practice Nurse (APN) (Barca et al., 2021). L'APN è descritto come un professionista

con conoscenze e competenze avanzate, acquisite con percorso specifico, e descritte con il Modello di Hamric & Hanson (Tracy & O'Grady, 2019). Secondo questo modello, tali competenze riguardano: 1) pratica clinica avanzata; 2) ricerca; 3) formazione; 4) leadership clinica e specializzata; 5) lavoro in team interdisciplinare; 6) coaching (come professionista esperto); 7) processo presa decisioni etiche; 8) collaborazione allo sviluppo di politiche della salute (Barca et al., 2021; Tracy & O'Grady, 2019). Queste competenze rispondono all'evoluzione continua del contesto salute che richiede il coinvolgimento attivo degli infermieri nei ruoli di esperto, coach e leader: 1) nella clinica, con la definizione di nuovi paradigmi della cura e la promozione di qualità nei processi assistenziali; 2) nella formazione; 3) nella ricerca; 4) nella pianificazione strategica delle politiche della salute (Barca et al., 2021). Il ruolo dell'APN è riconosciuto e utilizzato in circa cinquanta paesi per rispondere al miglioramento dell'accesso alle cure, al miglioramento degli esiti di salute, alla riduzione dei tempi di attesa, alla presa in carico di gruppi specifici e fragili della popolazione, ma anche al contenimento dei costi. I paesi che investono particolarmente su tale figura sono: Australia, Corea, Hong Kong, Nuova Zelanda, Regno Unito, Stati Uniti e Taiwan. I paesi con più difficoltà sono caratterizzati da programmi di formazione infermieristica post-laurea poco sviluppati, oltre che da un basso numero di infermieri in relazione alla popolazione di riferimento (Parolisi, 2022). Al fine dell'inserimento dell'APN nei contesti, diventano necessari interventi normativi che ne riconoscano le competenze e la spendibilità. Tali elementi descrivono la professione infermieristica e, specificatamente, il ruolo dell'APN, come altamente qualificati che richiedono competenze avanzate e una relativa offerta formativa in grado di consentire agli infermieri di lavorare in piena autonomia, investendo nella pratica infermieristica avanzata (ICN, 2024).

OBIETTIVI

Il Corso di Master of Sciences in Cure Infermieristiche della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana è fortemente orientato al modello APN nella progettazione del piano di studi e nell'erogazione dei moduli didattici (Barca et al., 2021). Con il fine di valutare come gli studenti vedono l'APN, sul cui modello si basa l'offerta formativa, si sono analizzate le tesi della prima coorte di studenti che hanno completato il percorso di studi.



METODI

La metodologia dello studio viene descritta seguendo lo *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* (O'Brien et al., 2014).

Approccio qualitativo e paradigma di ricerca

Il metodo utilizzato per questo studio di tipo qualitativo è la ricerca osservazionale documentaria che permette di raccogliere materiale senza interferire con i dati e che implica un basso coinvolgimento del ricercatore responsabile della scelta di quali informazioni trattenere (Coggi & Ricchiardi, 2005).

Caratteristiche del ricercatore e riflessività

I ricercatori coinvolti sono docenti infermieri con esperienza pluriennale nel loro ambito di competenza; tutti hanno seguito un corso specifico di metodologia della ricerca qualitativa.

Strategia di campionamento

Il campione scelto è di convenienza, con analisi di tutti gli elaborati di tesi della I coorte di Studenti del Master in Cure Infermieristiche che hanno concluso il percorso (ottobre 2022).

Questioni etiche

Per questo studio è stata chiesta consulenza al Comitato Etico del Canton Ticino che si è espresso su una non necessità di valutazione specifica (non considerato human research). Tutti gli ex-studenti hanno rilasciato il consenso all'utilizzo degli elaborati ai fini della ricerca.

Metodi di raccolta e analisi dei dati

Il processo di analisi dei dati raccolti ha richiesto: (1) la familiarizzazione con i dati attraverso la lettura e rilettura dei materiali raccolti; (2) l'attribuzione di macro-temi iniziali per i quali si fa riferimento agli elementi del modello di Hamric & Hanson; (3) la ricerca di temi ricorrenti e significativi trasversali (Braun & Clarke, 2006).

Tecniche per migliorare l'attendibilità

Considerando la soggettività del metodo utilizzato in cui il ricercatore risulta unico responsabile della scelta di quali informazioni utilizzare, l'analisi tematica è stata svolta in modo indipendente da due ricercatori (Unal & Benzer, 2021). Al termine di questa fase, quattro tesi, selezionate in modo random, sono state analizzate da due valutatori esterni alla ricerca e confrontate con le analisi precedenti.

RISULTATI

Sono state analizzate integralmente le 19 tesi di tutti gli studenti della I coorte di Master of Science (SUPSI). Tutti gli elaborati trattano diverse competenze del modello di Hamric & Hanson e descrivono la figura di un professionista con competenze avanzate, certificate da percorsi di formazione. Di seguito si riportano i risultati raggruppati in codici semantici, insieme a un'ulteriore categoria che riguarda la descrizione specifica dell'APN.

Pratica Clinica

Molti sono gli aspetti riferiti alla pratica clinica avanzata che pongono il focus dell'assistenza sugli obiettivi, in applicazione della progettazione assistenziale (T1, T3, T5, T10, T11, T17), proponendo strumenti e/o modelli specifici di presa in carico (T1, T3, T5, T6, T7, T9, T10, T14), non sempre disponibili (T3). Viene riportata, infatti, *"l'importanza di avere modelli e strumenti condivisi per conoscere e affrontare la situazione clinico assistenziale del paziente"* (T3). Tra gli strumenti, si fa riferimento alla cartella informatizzata (T6, T7, T11, T18): *"descritta come un continuum in cui ogni singolo dato clinico può essere utilizzato in funzione dei bisogni dei vari operatori coinvolti"* (T11).

La promozione di un'assistenza di qualità risulta elemento cardine (T1, T2, T3, T9, T10, T11, T17), con attenzione alla valutazione congruente del processo assistenziale e degli esiti di salute (T1, T3, T5, T10, T18, T19), pur evidenziando una mancanza di strumenti di valutazione specifici (T3): l'infermiere con competenze avanzate diventa *"elemento favorente nel processo di presa a carico e condivisione dell'assistenza"* (T1) al paziente (T1, T2, T3, T9, T10), alla famiglia (T2, T3, T9, 10), alla comunità, lavorando con *"uno scopo condiviso volto al raggiungimento di un obiettivo comune che riguarda il paziente, il quale è al centro di una presa a carico globale"* (T1, ripreso da T2). L'approccio multidimensionale viene spesso menzionato come fondamentale (T3, T7, T11, T12), considerando competenze di assessment avanzate (T2, T10, T18) al fine di erogare un'assistenza appropriata, volta al recupero delle autonomie (T11) e alla garanzia di una continuità nelle cure (T5, T9, T10). Altri elementi riferiti sono l'applicazione delle evidenze scientifiche alla pratica clinica, intesa come *modus operandi* (T2, T7, T8, T10, T12, T15, T18), insieme alla consulenza infermieristica *"erogata dall'infermiere di pratica avanzata, mettendo in evidenza un processo bidirezionale nel dare e ricevere aiuto (...) che favorisce l'assunzione di responsabilità nel problem solving"* (T8, T9). Emerge, inoltre, l'attenzione alla sicurezza, con prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nella pratica clinica (T6, T9, T10, T16, T17). Ultimo, ma non per importanza, è quanto riferito a competenze avanzate nella comunicazione/relazione che accompagnano ogni aspetto di pratica infermieristica (T1, T2, T3, T6, T8, T9, T10, T14): *"L'ascolto e la relazione sono considerati come elementi importanti, che in alcuni momenti possono diventare anche terapeutici per il paziente"* (T3).

Ricerca

Con meno frequenza, ma comunque presenti, sono i riferimenti alla ricerca infermieristica (T2, T7, T8, T9, T10, T12, T15, T16, T17, T18), anche se tutti gli elaborati dimostrano l'attenzione e l'acquisizione delle competenze specifiche, in quanto progetti di ricerca coerenti e completi. Nello specifico di quanto riconosciuto all'APN, in tale ambito, viene riportata la capacità di promuovere/utilizzare *"strategie assistenziali basate sull'evidenza scientifica e sulla ricerca"* (T11), concetto ripreso in altre tesi (T2, T7, T8, T16, T18). Inoltre, l'APN *"può contribuire nell'implementazione della ricerca (...) anche a livello macro, coordinando progetti che mirano al miglioramento dell'assistenza, alla sicurezza dei residenti e alla prevenzione di eventi indesiderabili"* (T12, ripreso da T9, T16). Un elaborato riflette sul fatto che *"i professionisti coinvolti nella ricerca, riconoscono l'importanza di conciliare le diverse esigenze dei collaboratori coinvolti, nel rispetto delle rispettive competenze che devono essere ben note"* (T16), considerando un impatto della ricerca anche sul benessere del gruppo di lavoro (T16).

Formazione e Coaching

La formazione è un altro elemento molto frequente (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T14, T15, T16, T17). Essa è considerata come *"strumento per garantire la continuità delle cure (...), per raggiungere un obiettivo comune, per guidare gli interventi di tutti i professionisti coinvolti"* (T1) e per l'aggiornamento delle competenze, in linea con il cambiamento del contesto di salute. Tra gli obiettivi preposti alla formazione si fa riferimento al sostegno del cambiamento culturale (T14, T15) *"da un approccio didattico frontale e basato su concetti pedagogici a un approccio basato sull'esperienza di malattia del paziente (...) attraverso il lavoro in gruppi multidisciplinari"* (T14), utilizzando e promuovendo l'Evidence Based Practice (EBP) (T2, T7, T8, T10, T15). La formazione, base e post-base *"permette l'acquisizione di specifiche conoscenze che promuovono l'applicazione del processo di EBP nei contesti clinici"* (T15). Alcuni lavori fanno riferimento alla necessità di una formazione specifica (T3, T9), nelle diverse aree cliniche (T14), come la geriatria (T11), l'oncologia (T2), le cure intense (T16). Si fa, inoltre, riferimento al Master of Sciences (T2, T6, T9, T10), o al dottorato come percorsi di studio necessari alla formazione dell'infermiere con competenze avanzate (T6, T9). Un aspetto suggerito nei percorsi universitari è la promozione di offerte didattiche interprofessionali che possano supportare tale approccio (T2, T6). Spesso è riportato il ruolo di APN come formatore (T2, T9, T11, T12) e come coach (T2, T7, T8, T9, T12), a garanzia dell'aggiornamento delle competenze, con *"ruolo di mentore, di tutor e di supervisore degli altri colleghi"* (T2). Un elaborato propone una riflessione sull'attività di coaching: *"la competenza a volte è racchiusa nel sapere tacito che è tipica del professionista esperto e che non è facile esplicitare. Il professionista esperto non riesce sempre da esplicitare tutto il processo che lo ha portato a identificare una situazione e ad affrontarla (...) il suo procedere, utilizzando anche l'intuito che poggia sulla enorme esperienza, rende difficile, a volte, la narrazione che invece sarebbe utilissima ai colleghi meno esperti"* (T3). Inoltre, esperienza e competenze avanzate *"permettono di perfezionare teorie o concetti precostituiti, aggiungendo sfumature o gradi di differenza alla teoria stessa (...). È proprio il dialogo clinico con la teoria che rende i perfezionamenti possibili, all'infermiere esperto"* (T3). Altro aspetto suggerito nell'attività di coaching è l'importanza di *"condividere i propri vissuti e sentimenti, soprattutto essere affiancati da persone e leader trasformativi sensibili capaci di cogliere disagi, prendersi cura dell'altro, motivandolo e valorizzandone i risultati"* (T8). Insieme alla formazione di competenze avanzate occorre considerare anche la valutazione di processo educativo, contesto e metodiche didattiche, ma soprattutto delle competenze acquisite, creando la possibilità per il discente di auto-valutare e monitorare, con strumenti specifici, le competenze maturate in formazione (T14).

Leadership

Sono presenti molteplici riferimenti alla leadership (T1, T4, T7, T9, T10, T11, T16, T17, T19), considerata elemento cardine, a garanzia di collaborazione interprofessionale (T1, T16), comunicazione efficace e di disponibilità delle risorse necessarie (T1, T16).

Il leader viene descritto come *"figura super partes che ha tra i suoi obiettivi l'elevazione della cultura infermieristica"* (T16), oltre che *"un ruolo cardine in tutte le diverse fasi del percorso di implementazione della figura dell'APN, a partire da un mandato istituzionale forte"* (T16, ripreso da T9). Tra le funzioni riconosciute al leader, emergono *"la produttività, il sostegno al cambiamento, la creazione di nuovi ruoli e l'approvazione di altri, il coinvolgimento dei collaboratori (...) nell'ottica della valorizzazione dei talenti"* (T4). Con una visione più ampia di funzioni e responsabilità del leader, si parla di: 1) sostegno al cambiamento (T4, T6, T7, T8, T9, T19); 2) confronto e accessibilità del leader *"scavalcando le gerarchie"* (T4, T6, T8); 3) valorizzazione delle persone/team, creando *"ambienti nei quali le persone possono essere riconosciute"* (T4, T6, T9); 4) capacità empatica *"il leader si interessa al gruppo sia nel momento del bisogno, sia per celebrare i successi, è attento al benessere"* (T4, T6); 5) gestione dei conflitti (T4, T6, T19); 6) cultura del feedback; 7) valutazione della performance del team (T4, T6, T19); 8) consolidamento dei modelli di governance (T4, T8); 9) condivisione delle informazioni (T4, T6, T9, T17); 10) approccio etico (T4); 11) promozione *"dell'impegno lavorativo come espressione della personalità del singolo"* (T4, T8, T9); 12) sviluppo e integrazione di conoscenze (T4, T6, T7, T8, T9); 13) costruzione di mission/vision e presa di decisioni condivise *"in linea con la caratteristica dell'adaptive leader che coinvolge, che ha una visione sistemica e condivisa bottom up e con il leader trasformativo che dà feedback e condivide visione e valori"* (T4, ripreso da T6, T8, T9). Ultimi elementi, ma non per importanza, risultano autoriflessione e autogestione che promuovono consapevolezza (organizzativa e del sé) e autocontrollo nel leader (T4). *"Devono accompagnare i collaboratori verso il raggiungimento degli obiettivi e ciò richiede una visione molto chiara; devono illuminare le persone sul motivo del cambiamento; devono ascoltare, sfidare, influenzare e affermare come si vuole riorganizzare l'istituzione nel futuro. Difatti l'intento di questo elemento del modello non è più solo quello di risolvere i vari problemi, correggere i sistemi danneggiati e responsabilizzare il personale, ma in realtà lo stile dovrebbe trasformare le organizzazioni"* (T9). *"La percezione prevalente è dunque quella*

che il leader metta in atto degli standard elevati di performance lavorativa sia per il gruppo dei quadri infermieristici sia tra pari, lavorando duramente ed essendo un esempio" (T4).

Team Interdisciplinare

Spesso, negli elaborati, si fa riferimento a obiettivi, esiti di salute e qualità nelle cure condivisi con il team interdisciplinare (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T12, T13, T14, T16, T17), aprendo a questo altro elemento del modello, in cui *"il team di professionisti (ognuno per il suo ambito di competenza)" (T1)*, insieme al paziente (T3, T6), collaborano all'intero processo assistenziale, inteso come *"il processo standardizzato interdisciplinare per lo sviluppo del piano di cura" (T1)*. *"Vi è la necessità di integrare, come parte attiva e principale, il paziente, la famiglia o la comunità come membro/i esperto/i delle cure che necessita/necessitano di ricevere, in tal senso il coinvolgimento diventa parte integrante della collaborazione interprofessionale" (T6, ripreso da T17).*

Viene riconosciuto che *"la collaborazione interprofessionale ha degli esiti positivi nella cura del paziente "quando eseguita in modo ottimale, perché permette di avere una visione più completa dei bisogni e una valutazione clinica più ampia data da più professionisti" (T6)*, nonostante si riconosca ancora un importante imprinting medico-centrico (T6, T8, T9). Inoltre, il lavoro interdisciplinare diminuisce *"le complicità, la durata della degenza, le riammissioni in ospedale, gli errori clinici e il tasso di mortalità" (T6).*

Il lavoro in team interdisciplinare viene considerato anche in relazione a contesti specifici di elevata fragilità (anziano, domicilio) (T5, T10, T11, T17) e/o complessità (Cure intense/T16, T18; Oncologia e Cure Palliative/T2-T3; chirurgia specialistica/T6). *"La collaborazione interprofessionale è riconosciuta già da un decennio quale strumento per migliorare l'assistenza sanitaria a diversi livelli, migliorando l'efficienza, riducendo i costi, favorendo un approccio olistico alle cure, gli esiti di cura e la soddisfazione tra pazienti e operatori sanitari" (T2).* Da più elaborati emerge che, per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente menzionati, è fondamentale che i gruppi di lavoro abbiano una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità (T3, T6, T8, T9, T10), *"un orientamento al coinvolgimento e al benessere del paziente e dei suoi familiari, un buon funzionamento del team (regole, comunicazione, leadership) e valori condivisi" (T3, T10).*



Oltre a ciò, emerge che *"esperienza e competenza dell'infermiere sono un primo fattore che può modificare l'esercizio e la percezione del suo ruolo all'interno del gruppo interprofessionale" (T3).* Inoltre, viene riportato che *"malgrado i ruoli clinici siano presenti da diversi anni (...), ad oggi vi è ancora confusione rispetto ai campi d'azione e al contributo che tali figure possono fornire nella cura del paziente" (T8).* Più in generale, parlando di team, si pone l'attenzione alla cura del gruppo di lavoro (T3, T6, T8, T12), considerando *"un team sano come un team felice" (T13).* L'aspetto delle competenze relazionali costituisce senza dubbio un ponte tra tutte le categorie precedentemente esplorate, riflettendo anche su specifiche interessanti come la self-compassion che *"permette di sentire il dolore, proprio e degli altri, senza esserne sopraffatti. Un gruppo di professionisti che promuove sane relazioni sa gestire consapevolmente le proprie diversità, inadeguatezze ed emozioni, è in grado di comunicare i propri bisogni in modo consapevole (...), per costruire sane relazioni è necessario un dialogo aperto e sincero anche nei momenti caratterizzati da stress, da forti emozioni o conflitti" (T13).* *"Lavorare insieme per il benessere del paziente (...), l'importanza della collaborazione sulla qualità delle cure, la sicurezza del paziente e gli outcome" (T16, ripreso da T9).* Si fa riferimento a un *"rapporto di tipo diadico in cui la cura del paziente migliora, grazie una consolidata relazione collaborativa interprofessionale, nel rispetto reciproco per i ruoli e le responsabilità di ciascuno" (T16).* I benefici attesi sul singolo membro dell'equipe hanno azione positiva su tutto il team (T16). *"Un clima di lavoro positivo deriva da come le persone si relazionano e si prendono a vicenda, dando vita ad una sintonia tra curanti con un conseguente impatto positivo sulle qualità delle cure prestate ai pazienti" (T8).* Un elaborato esprime una riflessione sulla teoria dell'adattamento decisionale dinamico che parte dai concetti di identità professionale e adatta-

mento reciproco: *"in un sistema complesso e multifattoriale, con una chiara e consapevole identità professionale, l'infermiere avrà più possibilità di precisare il proprio contributo professionale all'interno dell'équipe multi-professionale, così come gli esiti della sua azione verso i pazienti e i loro familiari. Con una identità poco chiara e consapevole, al contrario, vi saranno minori probabilità di precisare il proprio specifico contributo professionale nel team interprofessionale"* (T3). Sempre in considerazione dell'identità professionale, il rischio di poca consapevolezza in merito *"porta gli infermieri a formulare proposte di sviluppo professionale unicamente con carattere di trasversalità, quali la capacità di saper stringere alleanze e il poter lavorare in un clima organizzativo positivo, con una reale fiducia reciproca fra tutti i professionisti coinvolti"*, ma a scapito dell'utilizzo a pieno delle competenze specifiche (T3). Come precedentemente riportato, la comunicazione riveste un ruolo fondamentale anche in termini di lavoro in team (T4, T6, T8, T9, T10) ed è, infatti, riportata tra gli elementi che influenzano la collaborazione interprofessionale: *"la comunicazione diviene una competenza fondamentale (...) tra i professionisti e tra il paziente e la sua famiglia"* (T6), ma risulta essere punto di debolezza *"in quanto vi sono difficoltà nel passaggio di informazioni, tra i vari professionisti nell'esprimere la propria opinione e nell'accogliere l'opinione degli altri"* (T8). *"Instaurare una relazione professionale basata sulla fiducia e sulla trasparenza favorisce altresì una collaborazione efficace a livello interprofessionale"* (T8).

Processo presa di decisioni etiche

Alcuni elaborati fanno riferimento al processo etico di decision making (T1, T2, T3, T14) con attenzione a erogare le migliori cure possibili, ma anche con attenzione al coinvolgimento della persona e della famiglia nella presa di decisioni (T1, T2, T3, T5, T6, T14, T19): *"dando la possibilità al paziente di gestire la propria documentazione e di strutturarla secondo le sue esigenze e i suoi bisogni, consente al paziente di vivere l'esperienza non come una costrizione, ma piuttosto come l'opportunità assumere il controllo del proprio stato di salute"* (T14). *"Il paziente e la sua famiglia dovrebbero avere un ruolo attivo all'interno del sistema sanitario ed essere dunque partecipi nelle decisioni che riguardano la propria salute"* (T6). Altro aspetto che può essere considerato nella dimensione etica è l'advocacy (T2, T3, T8) che emerge in una logica di *"farsi portavoce delle preferenze del paziente, condividendo con gli altri professionisti la responsabilità nella definizione della proposta terapeutica"* (T2). *"Il paziente necessita di sviluppare competenze, consapevolezza rispetto al suo stato di salute e acquisire conoscenze per poter essere parte attiva del suo processo di cura"* (T6).



Sviluppo di politiche della salute

Meno frequente è l'aspetto correlato alla collaborazione allo sviluppo delle politiche della salute (T1, T4, T17) *"per contribuire alla costruzione di un sistema sanitario in cui è possibile osservare un miglioramento dei risultati"* (T1) e per coerenza con gli obiettivi di salute nazionali, in linea con le molte variabili che li caratterizzano (T4). *"Negli ultimi anni la professione infermieristica e l'evoluzione dei sistemi sanitari hanno avuto un grande sviluppo, conseguente all'invecchiamento della popolazione e alla definizione di nuovi bisogni assistenziali. Queste motivazioni hanno portato alla necessità dello sviluppo di nuovi ruoli in ambito infermieristico. In Ticino, così come in altri cantoni della Svizzera, sono stati sviluppati modelli di assistenza basati sul coordinamento e la continuità delle cure, e il supporto all'autogestione e la collaborazione interprofessionale"* (T8). L'aspetto della continuità è ripreso nei termini di: *"supportare la transizione in corso del sistema sanitario dalle cure acute al continuum delle cure"* (T9). Sempre in termini di attenzione globale al contesto di salute si auspica *"l'introduzione di ruoli APN per i cambiamenti socio demografici che il nostro paese attraversa: l'invecchiamento della popolazione, la necessità di una migliore promozione della salute, la prevenzione e gestione delle malattie croniche, la riforma dell'assistenza sanitaria primaria, la carenza di personale sanitario e l'aumento dei costi sanitari"* (T9, concetto ripreso in T10, T17). Uno degli aspetti riportati è l'importanza della Health Literacy, al fine di creare competenze della persona e della cittadinanza *"per mantenere una buona qualità di vita"* (T14).

L'APN

Quasi tutti gli elaborati fanno specifico riferimento al ruolo dell'APN (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T16, T17, T18) come *"promotore della collaborazione interprofessionale e come professionista che coordina il team di lavoro, per migliorare i risultati di cura dell'assistito"* (T1). Inoltre, *"l'introduzione dell'APN risponderebbe al futuro sviluppo delle cure, sempre più complesse e in rapida evoluzione e alla necessità di seguire la ricerca, anch'essa sempre in rapido sviluppo"* (T16). L'APN è considerato anche come *"promotore di una nuova cultura professionale all'interno delle strutture sanitarie, centrata sulla cura al paziente anziano e sul miglioramento della qualità delle cure, favorendo, conseguentemente, il riconoscimento del suo ruolo clinico come fondamentale per attuare cure di alta qualità"* (T11). Questo aspetto di crescita ed evoluzione di una cultura infermieristica è riportato in altri elaborati (T17, T16). *"Tra le altre caratteristiche peculiari, affiorano: l'abilità nello spiegare e applicare il teorico, l'empirico, l'etico e i fondamenti esperienziali della pratica infermieristica, le competenze avanzate nella valutazione, nel giudizio e nel prendere decisioni"* (T10). Tale ruolo viene descritto come elemento di *"integrazione della pratica clinica con le responsabilità per l'educazione, la leadership organizzativa, lo sviluppo professionale, la pratica basata sull'evidenza e sulla ricerca"* (T16) e vengono individuati alcuni outcome legati alla sua presenza nelle organizzazioni: *"l'implementazione dell'infermiere di pratica clinica avanzata si traduce in una riduzione della degenza ospedaliera, delle riammissioni e delle visite in regime di urgenza, quindi una diminuzione dei costi"* (T9). Un elaborato fa, inoltre, riferimento a un incremento *"della soddisfazione da parte del paziente e della famiglia quando vi è una presa in carico da parte dell'infermiere APN"* (T9). Considerando l'ambito dell'innovazione e ricerca, l'APN è descritto come l'infermiere che *"possiede competenze nel fare ricerca e nell'esaminarla criticamente, adottando tecniche di mobilitazione della conoscenza, ai fini di promuovere/implementare pratiche infermieristiche aggiornate alle più recenti teorie, identificando e guidando processi di miglioramento della qualità, collegato anche ad una leadership influente e, alla capacità di gestire il cambiamento con lo scopo di migliorare i risultati degli assistiti, dell'organizzazione e del sistema"* (T10). Nello suo ruolo di leader, l'APN viene riferito allo stile che implica: *"la guida e il coaching; la collaborazione; un approccio etico e di presa di decisioni condivisa; l'implementazione di una pratica clinica basata sulle evidenze; gli aspetti di politica sanitaria e di business coerenti alla missione, alla visione dell'azienda e alla legislazione di Cantone e Confederazione; la valutazione delle proprie performance, quelle dei collaboratori e gli outcome su pazienti e familiari"* (T4). Un elaborato fa riferimento alle caratteristiche individuali dell'APN: *"dev'essere una persona umile, capace di confrontarsi, che ha voglia di imparare e che possiede delle soft skills adeguate alla presa in carico dei pazienti"* (T9). Nonostante l'importanza riconosciuta viene segnalato che nei contesti di riferimento *"non sono presenti infermieri che posseggono tali requisiti"* (T2) confermato da T3). Per tale ragione, alcuni elaborati (T2, T9, T17) ipotizzano strategie di inserimento e di implementazione di questa figura all'interno dei contesti di salute, con analisi degli elementi favorenti e ostacolanti il processo stesso: *"L'aspetto che è stato ritenuto prioritario per agevolare l'inserimento è quello di chiarire a livello delle Direzioni il ruolo, le competenze, i possibili ambiti di applicazione e le possibili responsabilità che l'APN è in grado di assumere (...) per mitigare aspetti quali l'ambiguità del ruolo. (...). Per tutelare l'operato sono necessari un mandato chiaro, la descrizione di funzione (...), un piano di sviluppo formativo"* (T2). La chiara definizione di ruoli e responsabilità è un elemento emerso in altri elaborati (T2, T3, T9, T10, T16, T17), insieme alla necessità di uno *"sviluppo del ruolo infermieristico attraverso un ampliamento delle conoscenze/competenze dell'infermiere in senso disciplinare"* (T3). Pur evidenziando che *"non esiste un modello di riferimento per l'introduzione dell'infermiere APN"* (T9), la necessità di un chiaro progetto di implementazione, gestita dal coordinatore del contesto di riferimento, è ripresa in più elaborati (T2, T3, T9, T10, T16, T17), con consapevolezza che *"una mancanza di progetto e una pianificazione inadeguata porta a modelli di APN insoddisfacenti"* (T9). Inoltre, nel lavoro su tale progetto, *"è auspicabile avere dati informativi che permettono di confrontarsi con realtà che hanno già sperimentato la figura (...), dati fondamentali per lo sviluppo di un approccio ponderato e strategico ai nuovi sistemi di erogazione delle cure"* (T9), a partire da un'analisi del contesto e dei costi, gestita con approccio interdisciplinare (T9). Si evidenziano barriere all'implementazione di tale figura nei servizi di salute, come la scarsa accettazione da parte del team (T9, T10) *"alcuni membri risultano riluttanti o addirittura rifiutano di lavorare in collaborazione con l'APN, evitando la condivisione di informazioni utili per la presa in carico dei pazienti"* (T9) e la mancanza di una regolamentazione nazionale del ruolo specifica e univoca (T9, T10), *"fondamentale per l'identità, la struttura e il tipo di prestazioni che può offrire"* (T9). In considerazione delle difficoltà di inserimento del ruolo nei contesti di salute, viene proposto un coinvolgimento delle politiche nazionali *"al fine di sensibilizzare quanto attiene alle decisioni e alla pianificazione dei ruoli, alle funzioni, ai modelli di utilizzo e ai percorsi di carriera, è di fondamentale importanza fornire dei dati concreti su questa categoria di professionisti sanitari"* (T10). Le aree cliniche in cui viene riferita la specifica necessità dell'APN sono la geriatria (T11), oncologia (T2, T17) cure palliative (T3), territorio/domicilio (T5, T7), cure intense (T16), psichiatria (T18).

DISCUSSIONE

Tutti gli elaborati fanno riferimento alle competenze del modello di Hamric & Hanson (alcuni in modo completo) oltre che alla figura dell'APN (Barca et al., 2021; Tracy & O'Grady, 2019). Il ruolo e le competenze di questa figura appaiono molto chiare in tutti gli elementi che li caratterizzano, a partire dalla leadership che vede l'APN promotore della collaborazione interprofessionale e coinvolto, oltre che trainante, i risultati di cura dell'assistito. Nonostante coordinamento e leadership appaiono come elementi fondanti, a promozione della formazione continua e della ricerca, resta una forte attenzione alla clinica, sulla persona e sulla comunità. Se nella dimensione della clinica viene sottolineata l'imprescindibilità di un'assistenza basata sui risultati di ricerca e su una progettazione volta al raggiungimento di obiettivi che diventano esiti di salute, l'attenzione alla persona vede l'APN nel suo più nobile ruolo di advocacy. Tale elemento risulta principio fondamentale per l'assistenza e implica il farsi garante della persona al fine di renderla autonoma in scelte di salute consapevoli, supportando i suoi diritti e promuovendo l'etica della professione (Herion et al., 2019). Dagli elaborati dei (possibili) futuri professionisti APN emergono elementi che descrivono senza dubbio la professione come pronta per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy. Dalle tesi emerge un'attenzione imprescindibile alla qualità di vita e di assistenza, con coinvolgimento degli infermieri nella programmazione sanitaria e nella presa di decisioni in ambito di politiche della salute, proprio perché diretto responsabile dell'assistenza. Se, come riportato in letteratura, l'elaborato di tesi risulta indicatore di apprendimento e dell'offerta formativa erogata (Kindgren et al., 2012), i risultati dello studio dimostrano un elevato livello di conoscenza e di capacità di elaborazione critica di quanto acquisito nel percorso formativo. Gli elaborati dimostrano comprensione degli elementi teorici al punto di riuscire a rielaborarli (Akçay et al., 2018) e a pensarli/applicarli a contesti specifici di clinica, formazione e ricerca.

LIMITI

Anche se si è considerata come raggiunta la saturazione dei dati per ricchezza degli elementi emersi, in riferimento al modello di Hamric & Hanson, un numero più ampio di elaborati potrebbe portare valore aggiunto ai risultati. Considerando l'approccio qualitativo, si potrebbe pensare a un ampliamento della ricerca con analisi della coorte successiva di studenti del Master. I risultati non possono essere considerati generalizzabili, ma possono essere suggerimento per altri contesti didattici, in una logica di sistematizzazione dei processi di valutazione delle offerte formative.

CONCLUSIONI

Le tesi analizzate dimostrano un elevato livello di conoscenza delle competenze dell'APN, indicate dal Modello di Hamric & Hanson, su cui si basa l'offerta formativa del Master of Science in Cure Infermieristiche, contesto della ricerca. Da tutti gli elaborati emerge coerenza al modello proposto, con capacità di elaborazione e utilizzo dei concetti stessi a specifici contesti professionali. L'APN viene descritto come figura altamente qualificata che richiede competenze avanzate e un percorso di formazione che sia all'altezza dell'atteso. Considerando come la figura dell'APN viene descritta e considerata in possibili scenari futuri di sviluppo della professione, l'offerta formativa sembra rispondere pienamente a quanto proposto dal piano di studi. Se si considera la tesi come indicatore di apprendimento, dagli elaborati dei (possibili) futuri professionisti APN emergono elementi che descrivono l'acquisizione delle competenze del modello proposto e descrivono un ruolo pronto per una svolta totalizzante che metterà l'infermiere in grado di rispondere alla crescente complessità multidimensionale caratterizzante i contesti di salute. Si parla, infatti dell'APN come del promotore di una nuova cultura professionale, non solo all'interno delle strutture, ma anche in contesti territoriali che si fanno carico delle fragilità, promuovendo autonomia e health literacy. Sviluppi futuri saranno quelli di orientare i sistemi sanitari verso l'integrazione di questa figura in tutti i contesti di salute, considerando che i processi di implementazione del ruolo rispondono alle esigenze dei servizi e delle persone.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it