



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*

Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

**IL RUOLO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO CONSULENTE
IN AMBITO RIABILITATIVO:
UNA PROPOSTA DI VALORIZZAZIONE**

The role of health professional consultant in rehabilitation context:
an enhancement proposal

RELATORE: Prof. Luca Visentin

Correlatore: Dott.ssa Stefania Avoni

LAUREANDA: Dott.ssa Cinzia Scarton

Anno Accademico 2015- 2016

INDICE

Riassunto	3
Abstract	4
Introduzione	5
Inquadramento del problema	
- La figura del Professionista Sanitario Consulente	7
- Il contesto internazionale	7
- Il contesto nazionale	9
- Obiettivi dello studio	10
Aspetti concettuali di riferimento	
- Definizioni	11
- Modelli teorici	11
- Le funzioni “core” del consulente	14
- Le competenze del consulente	15
- Le caratteristiche della consulenza	18
Materiali e metodi	
- Il progetto	19
- Fase 1	21
- Fase 2	22
- Strumento di rilevazione	23
- Collettivo	24
- Modalità di somministrazione	25
- Analisi dei dati	25
- Fase 3	25
- Fasi 4 e 5	26
Risultati	27
Discussione	
- Il Professionista della Riabilitazione Consulente	31
- Requisiti	33
- Competenze	34
- Caratteristiche	35
- Funzioni	35
- Proposte di miglioramento	36
- Profilo del Professionista della Riabilitazione Consulente	37
Conclusioni	
- Prossimi sviluppi del progetto	39
- Sfide per il futuro	39
Bibliografia	42
Allegati	

RIASSUNTO

La figura del Professionista Sanitario Consulente è prevista in alcuni paesi europei; è molto ricca la letteratura relativa all'esperienza del Regno Unito, che ne ha ufficialmente definito ruolo e profilo. In Italia si hanno poche esperienze di formalizzazione di tale figura, tutte di iniziativa locale ed esclusivamente in ambito infermieristico.

L'obiettivo generale del presente lavoro è quello di formulare una proposta per riconoscere e valorizzare l'attività di consulenza intraprofessionale in ambito riabilitativo, un'abitudine nei fatti consolidata, ma che non presenta una sufficiente visibilità, perché spesso legata a rapporti personali tra professionisti che si scambiano consigli, formazione e informazioni.

Si è costituito un Gruppo di Lavoro interdisciplinare, revisionato la letteratura e condiviso la definizione di "consulenza" e di "Professionista Sanitario Consulente".

Si è proceduto con la somministrazione di un'intervista semistrutturata sui bisogni di consulenza in ambito riabilitativo, su un collettivo di 73 Professionisti della Riabilitazione (educatori, fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, ortottisti, terapisti occupazionali) in servizio di ruolo presso l'A.U.L.S.S. 9 di Treviso.

I risultati sono stati la rilevazione dei reali bisogni di consulenza intraprofessionale, delle motivazioni che spingono alla richiesta, delle aree nelle quali si esercita l'intervento, delle modalità utilizzate per attivare la richiesta, dei fattori ostacolanti il processo.

Si sono inoltre individuati i requisiti, le competenze e le caratteristiche che, a parere degli intervistati, un Professionista della Riabilitazione Consulente dovrebbe possedere per poter rispondere ai bisogni dei colleghi.

Infine è stata redatta una proposta di Profilo del Professionista della Riabilitazione Consulente, che andrà ad implementare l'elaborazione della procedura per l'individuazione dei Professionisti che potranno accedere ad una futura "Anagrafe Aziendale dei Professionisti Sanitari Consulenti", e conseguentemente di un'Istruzione Operativa che disciplini le modalità di attivazione delle richieste di consulenza, in modo da rendere visibile tale attività e valorizzare i professionisti che la svolgono.

Parole chiave: Professionista Sanitario Consulente, Riabilitazione, intervista, requisiti, competenze, Profilo

ABSTRACT

Background: the allied health professional consultant role is expected in some European countries; there is a very rich literature on the experience of the United Kingdom which has officially defined role and profile. In Italy there are few experiences of this figure formalization, all local initiative and exclusively in the field of nursing.

Aims and objectives: The overall objective of this study is to formulate a proposal to recognize and value the joint-consulting activities in rehabilitation, habit established in the facts, but that does not have sufficient visibility, because often tied to personal relationships between professionals who exchange advice, training and information.

Design: A qualitative design, using a convenience sample, was adopted.

Methods: It was formed an interdisciplinary working group, reviewed the literature and shared the definitions of “consultancy” and “allied health professional consultant”. It proceeded with the administration of a semistructured interview on consultancy needs in rehabilitation context on a purposive sample of 73 Rehabilitation Professionals (educators, physical therapists, speech and language therapists, childhood neuro and psicomotricity therapists, orthoptists, occupational therapists) in service at the A.U.L.S.S. 9 of Treviso.

Results: The results were the detection of the actual joint-consulting needs, of the reasons behind the request, of the areas in which the intervention is exercised, of the method used to activate the request, of the factors hindering the process. Furthermore requirements, skills, and characteristics that, in the opinion of respondents, a Rehabilitation Professional Consultant should have in order to respond to colleagues' needs have been identified. Finally it was drafted a proposal for Rehabilitation Professional Consultant Profile.

Conclusion: In the future it will be necessary to implement the processing of the procedure for identifying professionals who will have access to a future “allied health professional consultant Registry”, and consequently the operating instruction regulating the activation modes of consultancy requests, in order to enhance the professionals who carry out these activities.

Keywords: allied health professional consultant, Rehabilitation, interview, requirements, skills, profile.

INTRODUZIONE

E' ormai opinione comune e condivisa che le persone costituiscono uno dei più importanti elementi di successo di cui le aziende possono disporre: la possibilità degli individui di esprimere le loro capacità ed il loro potenziale, quando si trovino in accordo con i valori e la cultura dell'organizzazione nella quale sono inseriti, ne influenza fortemente i livelli di efficienza e di competitività.

Il superamento del concetto di "risorsa umana" a favore di quello di "capitale umano" è legato alla consapevolezza che l'intelligenza ed il patrimonio intellettuale possono realmente creare un valore aggiunto dal quale può dipendere il successo dell'azienda; per quanto intangibile, si tratta pur sempre di "capitale" nel senso economico del termine, da gestire e valorizzare attraverso opportune politiche di sviluppo professionale; aspetto che diventa più che mai importante in momenti storici di ridimensionamento, come quello che stiamo attraversando.

Il Piano socio-sanitario regionale del Veneto 2012-2016 va incontro a questo presupposto e dedica l'intero paragrafo 4.3 al tema "Azioni per la valorizzazione delle risorse umane"; vi afferma che "la valorizzazione delle risorse umane e l'investimento che ne consegue rappresentano, infatti una condizione necessaria per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dalla programmazione regionale ed il coinvolgimento nei diversi processi di integrazione (...) di tutti i professionisti operanti nei diversi settori (...) costituisce strumento principe per consentire il raggiungimento di tali obiettivi".

Per creare valore in maniera continuativa e mantenere il vantaggio competitivo le organizzazioni dovrebbero gestire in modo proattivo il loro capitale umano, essere quindi in grado di identificare, selezionare, sviluppare e trattenere le persone capaci di raggiungere obiettivi ambiziosi e di assorbire le conoscenze e i valori dell'azienda (Mancini, 2011), magari perché portatrici di competenze specifiche e avanzate.

Tra le varie attività che i professionisti sanitari svolgono assumendo su di sé tali caratteristiche, abbiamo concentrato la nostra attenzione sull'esercizio della funzione di consulenza.

Il tema della consulenza tra professionisti sanitari rappresenta un argomento suggestivo e complesso, affrontabile da differenti punti di vista, a seconda delle scelte metodologiche che caratterizzano l'intervento e delle possibili opportunità di incontro e costruzione di valore che si sviluppano tra il professionista che richiede la consulenza ed il collega consulente.

La richiesta di consulenza si caratterizza per la temporaneità, la reversibilità e l'unicità delle situazioni e delle soluzioni adottate, è fondata sull'incontro fra esigenze, domande e bisogni di un professionista e le proposte metodologiche di un collega dello stesso profilo professionale considerato "esperto", da cui deriva un percorso di condivisione e partecipazione orientato al conseguimento dei risultati attesi (Foddis, 2011).

L'interesse di chi scrive nei confronti di tale argomento è dovuto principalmente a due desideri: il primo è quello di conoscere in modo più approfondito un evento che fa frequentemente parte dell'esperienza professionale personale, ma che è caratterizzato da un tanto elevato quanto misconosciuto livello di complessità, mai casuale, capace di orientare profondamente i percorsi clinici e gli esiti delle relazioni professionali, terreno partecipato di incontro e costruzione di conoscenza.

Il secondo è quello di porre in risalto l'evenienza e le caratteristiche di tale processo in ambito Riabilitativo, quando è un professionista della Riabilitazione ad avere bisogno di consultare un collega dello stesso profilo considerato "esperto", operante in un'Unità Operativa diversa dalla propria, per rispondere a complessità cliniche o a processi decisionali problematici che richiedono competenze specialistiche.

Questo lavoro fa parte di un più ampio progetto fortemente promosso e sostenuto dal Servizio Programmazione e Valorizzazione delle Professioni Sanitarie dell'Azienda U.L.S.S. 9 di Treviso, chiamato "Implementazione di un modello per la consulenza delle professioni sanitarie", nato per dare rilievo e visibilità alla figura del Professionista sanitario consulente, che verrà descritto nel dettaglio nel capitolo "Materiali e Metodi".

L'apporto personale è stato impiegato principalmente nelle prime tre fasi del progetto, e nello specifico: nella ricerca bibliografica, nella co-conduzione del Gruppo di Lavoro, nella realizzazione delle interviste, nell'analisi dei dati, nella stesura delle proposte documentali.

INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA

La figura del Professionista Sanitario Consulente

I professionisti sanitari hanno il dovere di possedere determinate competenze e, nello stesso tempo, il diritto di avere limiti conoscitivi e livelli di abilità differenziati. Questo dovere e questo diritto hanno tanto più valore quanto più i professionisti si specializzano, come già previsto dai diversi profili professionali, dai rispettivi Codici Deontologici e dalla Legge 43 del 2006.

Su questi limiti inevitabili delle proprie conoscenze e competenze si fonda la necessità, in certe situazioni, della consulenza di colleghi.

E' prassi comune che il professionista sanitario, di fronte ad una problematica clinica, organizzativa o relazionale complessa, in cui ravveda un limite delle proprie competenze o anche delle proprie conoscenze, si rivolga ad un collega dello stesso profilo professionale considerato esperto, ma tale attività di consulenza viene realizzata percorrendo canali informali e senza essere documentata.

Alcuni studi sul ruolo del personale infermieristico (Casati et al., 2011) dimostrano che la funzione di consulenza è senza dubbio quella meno formalizzata e riconosciuta tra le funzioni che i professionisti sanitari svolgono (clinica, organizzativa, formativa, di consulenza, di ricerca) in un ambito di pratica avanzata, ma anche che più di un terzo degli infermieri la svolge a vario titolo.

E' un'attività sempre più richiesta nelle organizzazioni sanitarie, per loro natura complesse, in cui la vulnerabilità dei soggetti assistiti comporta difficili processi decisionali, a forte impatto sull'utenza e ad alto rischio per gli operatori.

Le ragioni per cui vengono sollecitati interventi di consulenza sono varie; tra queste motivi di ordine generale come la consapevolezza dei limiti di ciascun individuo o organizzazione nel gestire situazioni delicate, o di ordine più specifico come il riconoscimento delle competenze specialistiche del consulente, la presenza di aree critiche per l'utenza che richiedono ai professionisti particolare cautela, l'elevata integrazione e condivisione di responsabilità.

Il contesto internazionale

La figura del professionista sanitario consulente è attualmente contemplata da diversi sistemi sanitari (Humphreys et al., 2007); negli Stati Uniti e in Inghilterra l'attività di consulenza è considerata una delle cinque aree principali di competenza riferita

all'assistenza infermieristica avanzata, insieme alle attività clinica, formativa, di ricerca, e di leadership (Dellai M., 2004).

La letteratura internazionale offre ampia visibilità soprattutto all'esperienza del Regno Unito, il cui Department of Health già nel 1999 (Health Service Circular 1999/217) fornì una prima descrizione dell'Infermiere Consulente e ne definì il profilo.

Tre anni dopo la Chartered Society of Physiotherapy delineò il percorso di carriera che il Fisioterapista Consulente avrebbe dovuto maturare (Fig. 1).

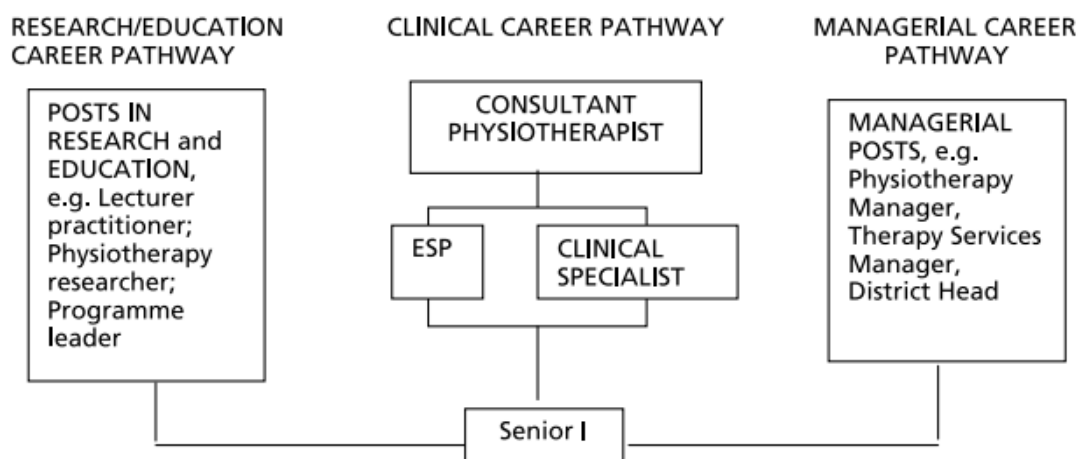


Fig. 1: Tratto da: Vits K.M., 2010

Nel 2003 nacque il primo incarico per Professionista Sanitario Consulente (*Consultant Allied Health Professional*) (Candy E., McCrum C., 2012), ricoperto da un Fisioterapista, con l'obiettivo di migliorare anche in Riabilitazione oltre alla qualità delle prestazioni offerte, anche gli standard di cura, la soddisfazione dell'utente e le opportunità di carriera (Stevenson et al., 2011).

Questo ruolo era stato progettato infatti per permettere anche a professionisti esperti, che volevano continuare ad esercitare esclusivamente in ambito clinico, di poter beneficiare di uno sviluppo del percorso di carriera simile a quello dei colleghi che si occupavano di management o di formazione accademica, e ciò è stato sostenuto da una serie di iniziative nazionali (Chartered Society of Physiotherapy, 2016).

Stevenson et al. (2011) riporta che già 5 anni or sono, a livello nazionale e in ambito riabilitativo, nel Regno Unito operavano con incarico di Consulente ben 55 Fisioterapisti, 11 Terapisti Occupazionali, 4 Logopedisti e 1 Ortottista.

Il contesto nazionale

Il Sistema Sanitario Italiano non ha ancora formalmente previsto tale figura, non ne ha definito i requisiti, le aree di responsabilità, i compiti, il profilo, le conoscenze tecnico professionali, le capacità di comportamento organizzativo, nonostante nella normativa nazionale siano comparsi a più riprese negli anni riferimenti alle competenze specialistiche e alle competenze avanzate.

Già l'articolo 6 della L 43/2006¹ prevedeva l'istituzione della posizione di "professionista specialista", e successivamente il comma 566 della Legge di Stabilità del 2015² dichiarava che "sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità (...) su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie (...) anche attraverso percorsi formativi complementari"; nella realtà tali disposizioni non hanno mai visto compimento.

Anche il Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016³, affrontando il tema della formazione per le professionalità sanitarie e sociali, prevede che essa sia finalizzata "alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (...), sviluppando competenze avanzate clinico-assistenziali e organizzative-gestionali...".

Ancora più recentemente la bozza dell'"Atto di indirizzo per il personale dei livelli"⁴ stilato nel luglio 2016, pur essendo ancor oggi al vaglio del Presidente del Consiglio, del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e del Ministro della Salute, dà largo spazio alla collocazione contrattuale delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie e ne prevede una declaratoria all'interno del prossimo C.C.N.L., precisando che:

- a) la posizione di "professionista specialista" è attribuita al professionista laureato delle professioni sanitarie in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'Università di cui all'art. 6 della Legge n.43/06;
- b) la posizione di "professionista esperto" è attribuita al professionista che ha acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali.

¹ Legge 1 febbraio 2006, n. 43 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali» pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 febbraio 2006, n. 40

² Legge 23 dicembre 2014, n. 190 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)» pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre 2014, n. 300 - Suppl. Ordinario n. 99

³ Piano socio-sanitario regionale del Veneto 2012-2016, Allegato A alla Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 «Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016» pubblicato nel BUR n. 53 del 2012

⁴ Atto di indirizzo per il personale dei livelli - triennio contrattuale 2016/2018" Comitato di Settore del Comparto Regioni e Sanità della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, luglio 2016

In ambito infermieristico sono state avviate alcune esperienze locali con l'obiettivo di attivare il ruolo di Infermiere Consulente, o addirittura la realizzazione di un Servizio di Consulenze Infermieristiche formalmente riconosciuto all'interno dell'azienda (Dellai et al., 2006; Cavazza C., 2011; Finiguerra et al., 2011; Originale C., 2012).

Nella realtà dell'AULSS 9 non sono ancora presenti modalità organizzative per riconoscere e formalizzare l'attività di consulenza intraprofessionale.

Obiettivi dello studio

L'obiettivo generale del presente lavoro è quello di formulare una proposta per riconoscere e valorizzare l'attività di consulenza intraprofessionale in ambito riabilitativo: in un momento storico in cui nelle organizzazioni si passa da un assetto informale a una formalizzazione di procedure, spesso sotto la spinta del processo di accreditamento e degli strumenti della qualità aziendale, tale progetto vorrebbe far emergere, legittimare e valorizzare le funzioni del professionista sanitario consulente, in modo da superare la logica della discrezionalità e delle relazioni interpersonali attualmente esistenti.

Gli obiettivi specifici che ne derivano si declinano in:

1. elaborazione delle definizioni di "Consulenza" e di "Professionista Sanitario Consulente";
2. esplorazione e individuazione del bisogno di consulenza in ambito riabilitativo nell'A.U.L.S.S. 9;
3. rilevazione dell'attività di consulenza attualmente svolta dai Professionisti della Riabilitazione dell'Azienda;
4. definizione delle caratteristiche della consulenza;
5. definizione delle caratteristiche del consulente;
6. elaborazione della proposta di Profilo del Professionista Sanitario Consulente.

ASPETTI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO

Definizioni

L'etimologia di *consulenza* ci fa risalire al verbo latino "consulo", che oltre a consultarsi, riflettere, provvedere, domandare un consiglio a qualcuno, significa anche aver cura, darsi pensiero, venire in aiuto a qualcuno (Calonghi F., 1972).

Per *consulenza* si intende una forma di rapporto interpersonale in cui un individuo che ha un problema, ma non possiede le conoscenze o le capacità per risolverlo, si rivolge ad un altro individuo, il consulente, che grazie alla propria esperienza e preparazione, è in grado di aiutarlo a trovare una soluzione. Il rapporto di consulenza, che è limitato nel tempo e generalmente relativo a uno specifico problema, può assumere differenti forme, a seconda dell'utente a cui si rivolge (Galimberti U., 1992).

Calato in ambito sanitario, si tratta del processo tramite il quale un professionista fornisce informazioni e consigli su metodiche e tecniche professionali nella materia in cui ha sviluppato una particolare competenza (Calamandrei C., Orlando C., 2002).

In qualità di participio presente, il termine *consulente* richiama ai concetti di approfondimento, rigore, motivazione, ponderatezza, equilibrio, ma anche a concretezza, utilità, praticità; si intende quindi "il professionista o la persona di provata capacità tecnica a cui ci si rivolge per avere informazioni e consigli sulla materia di sua competenza"⁵; in altre fonti si intende "il professionista, il tecnico o l'esperto a cui si ricorre per consigli o giudizi"⁶.

Modelli teorici

Secondo **Edgar Schein** (Schein E.H., 1988) la funzione di consulenza si sostanzia nel cercare di migliorare determinate situazioni aziendali per mezzo di un processo che, in senso lato, può essere definito "aiutare a" e si fonda sulla consapevolezza da parte del consulente che svolgere il proprio ruolo significa essenzialmente svolgere un "intervento coadiuvante".

Nel 1978 ipotizzò 3 modelli di consulenza (Schein E.H., 1978): dell'"acquisto di informazioni o competenze", del "medico-paziente" e della "consulenza di processo".

⁵ Definizione tratta da Zingarelli, Vocabolario della lingua italiana, Zanichelli, 1994

⁶ Definizione tratta da Olivetti E., Dizionario Olivetti, online reperibile su: <http://www.dizionario-italiano.it/>, 2003

1. Il modello di consulenza denominata “dell’acquisizione di informazioni o competenze (expertise)”, è quello che meglio può essere calato nella fattispecie della consulenza del professionista sanitario (consulente) al collega (consultante): il consultante individua un bisogno e cerca un consulente in grado di soddisfarlo. Il punto centrale di questo modello consiste nel fatto che al momento della richiesta il consultante ha già individuato e definito il problema, ha già definito il tipo di intervento necessario, sa già a chi deve rivolgersi per ottenere aiuto, e accetta le potenziali conseguenze derivanti dall’ottenimento delle informazioni o del servizio richiesto.

E’ adottabile con successo solo nel caso in cui il consultante abbia:

- eseguito una diagnosi corretta del problema,
- comunicato correttamente il problema e la natura dell’esperienza o dell’informazione da acquisire,
- riflettuto e accettato le potenziali conseguenze derivanti dall’ottenimento delle informazioni o del servizio richiesto.

Il fattore distintivo di questo modello è che l’esperienza e la competenza vengono attribuite al consulente mentre in realtà il ruolo più critico ricade sul consultante, il quale deve agire nel modo corretto al fine di giungere alla soluzione del problema.

2. Il modello di consulenza “medico-paziente”: il consultante avverte delle difficoltà, oppure rileva la presenza di sintomi di qualche disfunzione organizzativa, sa dove è localizzata la disfunzione, ma non sa individuare precisamente di che si tratta, né sa come porvi rimedio. Viene quindi chiamato un consulente al quale è conferito il compito di effettuare una diagnosi del problema e di indicare le informazioni e le competenze necessarie a risolverlo.

Affinché sia efficace è necessario che il consultante:

- interpreti correttamente i sintomi del problema e localizzi l’area critica sulla quale è necessario intervenire,
- fornisca le informazioni pertinenti e necessarie per definire e inquadrare il problema,
- comprenda e interpreti correttamente quanto riscontrato dal consulente e si attenga alle sue indicazioni.

Il punto sostanziale di questo modello è che il consultante delega al consulente non solo l’incarico di trovare un rimedio ma anche e, soprattutto, il compito di “diagnosticare il problema”.

3. Il modello di consulenza “di processo”: il consultante incontra degli ostacoli, ma non sa qual è il problema né che tipo di aiuto cercare. Viene quindi chiamato un

consulente che collabora con il consultante al fine di pervenire, attraverso un processo di diagnosi congiunta, all'individuazione del problema e alla formulazione del rimedio.

Le condizioni che ne permettono l'applicabilità sono che il consultante:

- non conosca l'origine del problema e non sappia come risolverlo,
- possa trarre beneficio dalla partecipazione alle fasi di individuazione del problema stesso,
- sia motivato da obiettivi e valori, sia disponibile ad instaurare un rapporto di collaborazione con il consulente,
- sia in grado di imparare ad individuare e risolvere i problemi della sua organizzazione.

Il punto centrale di questo modello è che il consultante partecipa attivamente alle fasi diagnostiche e alla "formulazione" dei rimedi sviluppando una capacità di autodiagnosi, che lo renderà capace di interpretare i segnali di debolezza del proprio ambiente professionale e di individuare autonomamente il rimedio più adeguato alla situazione particolare e allo specifico bisogno.

	modello		
	ACQUIS. COMPETENZE	MEDICO PAZIENTE	DI PROCESSO
definisce il problema	consultante	consulente	consultante con consulente
suggerisce un intervento	consultante	consulente	consultante con consulente
maggior responsabilità nell'attività di consulenza	consulente	consulente	consultante
il consultante acquisisce una strategia di problem solving	no	no	sì

Tab. 1: Schein E.H., 1978, Adatt.

Nei primi due ruoli il consulente utilizza soprattutto le sue competenze e conoscenze di esperto clinico, nel terzo ruolo invece sfrutta soprattutto competenze di metodo e relazionali, pone domande, porta in superficie informazioni che possono chiarire il problema e che non sono ancora evidenti, collega i dati e li restituisce organizzati all'interlocutore, lo aiuta ad analizzare i pro e i contro delle possibili soluzioni.

Gerald Caplan (Caplan G., 1995) entra nel merito dell'ambito sanitario, e definisce un modello che individua quattro tipologie di consulenza sanitaria, distinte in base al destinatario della consulenza:

- 1) **la consulenza relativa al caso** centrata sull'**utente**: prevista quando è richiesto di approfondire un tema in relazione ai problemi dell'utente per cui si chiede la consulenza, in genere con problematiche cliniche complesse;
- 2) **la consulenza relativa al caso** centrata sul **consultante**: è improntata sulle difficoltà del consultante, singolo professionista o team, che chiede al consulente indicazioni o raccomandazioni non legate ad uno specifico utente, ma ad esempio ad una categoria di utenti. L'incontro è dedicato ad analizzare i problemi e le esigenze poste dal consultante, senza approfondire l'argomento della consultazione e le sue dimensioni, bensì entrando in relazione con il punto di vista del consultante, i suoi problemi nell'affrontare il tema o l'evento specifico;
- 3) **la consulenza organizzativa** centrata sui **programmi** (processi): non si focalizza sul bisogno clinico, ma esegue un'analisi dei bisogni e fornisce un impianto metodologico; il consulente ha il ruolo di propositore ed è chiamato ad esprimere un parere in merito alla coerenza interna del processo, alla pertinenza e alla fattibilità;
- 4) **la consulenza organizzativa** centrata sul **consultante**: l'oggetto della consulenza sono i professionisti che formano l'organizzazione; essa si focalizza sulle caratteristiche del gruppo, sulla leadership, sui modelli di autorità e di comunicazione, sui ruoli.

Più recentemente (Cavazza C., 2011) sono stati rivisitati e semplificati i tre modelli di Schein:

- al primo modello è stato associata la *consulenza informativa*, quella in cui il consulente offre competenze e formazione ai colleghi,
- al secondo la *consulenza clinica*, quella in cui il consulente offre la sua opera direttamente al paziente,
- al terzo la *consulenza di processo*, definita come una particolare tecnica dell'attività di aiuto a persone, gruppi, organizzazioni e comunità.

Le funzioni “core” del consulente

Già nel 1999 la Health Service Circular 1999/217 definì in modo dettagliato le quattro funzioni core del professionista sanitario consulente, le stesse che vengono richiamate

anche nella letteratura recente e recentissima (Chartered Society of Physiotherapy, 2016):

- 1) **esperienza nella pratica clinica:** per consentire ai professionisti consulenti di mantenere elevata la propria competenza professionale e di sostenere l'autorità della propria esperienza, dalla quale dipendono anche le altre funzioni core, è raccomandato che almeno il 50% del tempo prestato in servizio sia dedicato alla pratica clinica e a prestazioni fornite direttamente all'utente o ai familiari; il rimanente 50% del tempo va suddiviso in attività di pianificazione e supervisione dello staff, sviluppo di protocolli Evidence Based, ecc.;
- 2) **leadership professionale:** il professionista sanitario consulente è un modello per i colleghi, fornire loro supporto e stimoli permette di migliorare gli standard e la qualità delle loro prestazioni; questa funzione prevede di guidare un team, di negoziare, di risolvere i conflitti, di ricoprire spesso il ruolo di punto di riferimento per il collega nella risoluzione di specifici problemi, di promuovere processi di cambiamento; in vari contesti quindi è necessario saper prendere decisioni avanzate;
- 3) **educazione, formazione e sviluppo professionale:** condividendo le sue conoscenze e competenze professionali il consulente fornisce opportunità di apprendimento e contribuisce all'educazione, alla formazione e allo sviluppo dei colleghi; l'efficacia di questa funzione è strettamente correlata alle sue capacità didattiche e di insegnamento; gli viene richiesto di "fare rete", lavorare in collaborazione, comprendere implicazioni non solo di natura clinica, ma anche organizzativa, etica e relazionale;
- 4) **sviluppo organizzativo, ricerca e valutazione:** promuove la pratica basata sulle evidenze, supervisiona setting, standard e revisioni, identifica e favorisce le misure atte a garantire e valutare il miglioramento della qualità, incoraggia e sostiene la ricerca della best evidence riguardante uno specifico problema clinico (Stevenson K., 2011).

Le competenze del consulente

Secondo Benner (Benner P., 2003) l'attività di consulenza può essere riconosciuta solo al professionista sanitario esperto, cioè a colui che abbia raggiunto il grado più elevato tra i cinque livelli di competenza (novizio, principiante avanzato, competente avanzato, abile, esperto), che "ha enorme esperienza, una comprensione totale e intuitiva della situazione e può concentrarsi su una parte precisa del problema. Le sue prestazioni sono fluide, flessibili ed abili. Il focus è sull'appropriatezza; questa specifica competenza

deriva dalla valorizzazione dell'esperienza professionale pregressa che l'esperto mette in campo.”

Si presume quindi (Pennini A., 2015) che il professionista sanitario consulente abbia maturato un certo livello di:

- **conoscenza**, non intesa solo come memoria di fatti e argomenti, ma anche come capacità di reperire informazioni o di condurre una discussione sul tema, che permette di migliorare la comprensione dei problemi e le capacità di individuare i fattori che li possono determinare o da cui possono essere determinati;

- **esperienza**, intesa come processo attivo di revisione e affinamento delle nozioni teoriche di ciò che si è visto e vissuto in un determinato ambito clinico e non; con l'esperienza si acquisisce il “know how” ovvero il sapere pratico, che va oltre le formulazioni scientifiche, il perfezionamento di nozioni e teorie precostituite; è dall'incontro con molte situazioni reali che si affinano e si aggiungono sfumature e gradi di differenza alla teoria;

- **competenza**, intesa come capacità di sapersi orientare in un determinato settore specifico o in un'attività; è la capacità di chi è in grado di conoscere e di applicare una tecnica ad una situazione problematica, è la flessibilità di adattarsi in un ambito, muovendosi con perizia e con impegno verso la soluzione del problema, dimostrando altresì di esercitare un comportamento di responsabilità nell'assumere le decisioni che permettono di uscire dalla difficoltà.

Nell'ambito professionale agire con competenza significa saper risolvere problemi, vale a dire avere la capacità di identificare lo scarto tra osservato e atteso di un fenomeno, pensare ad una strategia di soluzione, attuarla e valutarne i risultati.

In questo senso la competenza di un professionista sanitario esperto, come ad esempio colui che assume il ruolo di consulente, comprende:

- lo sviluppo di conoscenze approfondite,
- abilità tecniche maturate con lunga esperienza
- spiccate capacità di natura comunicativa e relazionale.

Per la Chartered Society of Physiotherapy (2016) al ruolo di consulente si accede solo dopo aver maturato tutti i precedenti step di pratica clinica avanzata (Fig. 2):

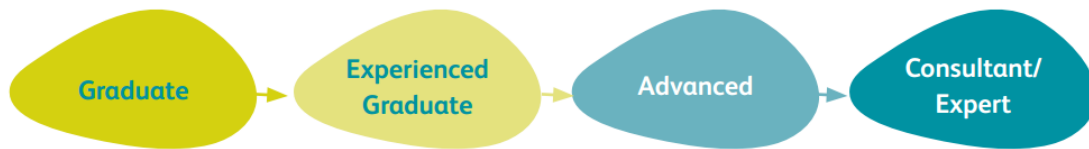


Fig. 2: tratto da Chartered Society of Physiotherapy, 2016

Allo step “*Graduate*” appartengono i professionisti con competenze di base riconosciute come prerequisiti e imprescindibili per l’esercizio efficace della pratica professionale (*novizio* per Benner).

All’”*Experience graduate*” appartengono i professionisti che hanno già maturato una certa esperienza in ambito clinico (*principiante avanzato* per Benner).

Dell’”*Advanced*” fanno parte i professionisti che dimostrano buona capacità di inquadramento delle situazioni da affrontare, riconoscendone analogie e differenze con esperienze pregresse, e che dimostrano buona capacità di affrontare una strategia operativa (*competente avanzato* per Benner).

All’ultimo step “*Consultant/Expert*” ritroviamo i professionisti che a fronte di situazioni complesse, non solo utilizzano le proprie esperienze pregresse, ma anche identificano, progettano, negoziano e realizzano nuove strategie operative (*esperto* per Benner).

Giunto a tale livello il professionista sanitario consulente è in grado di agire in contesti complessi, imprevedibili e specialistici, promuovendo un lavoro impegnativo e innovativo che può comportare l’estensione dei limiti attuali della conoscenza.

Il suo apporto è previsto sia in ambito clinico che manageriale, in qualità di esperto nella realizzazione di progetti, nello sviluppo di percorsi clinici, nell’implementazione di servizi o leader di team di professionisti sanitari.

Per il consulente la pratica clinica esperta si realizza quindi anche in altri quattro ambiti (Fig. 3).



Fig. 3: tratto da Chartered Society of Physiotherapy, 2016

Le caratteristiche della consulenza

La richiesta di consulenza ad un collega dello stesso profilo professionale ritenuto esperto, con conoscenze e/o capacità maggiori o più specialistiche, mette in luce due caratteristiche fondamentali di tale processo di interazione: la prima è quella di essere legata al concetto di “complessità clinica” (Dellai M., 2006), nel senso che si configura tale solo se in risposta ad un problema complesso, che non è possibile procedurizzare, che presenta la compresenza di diverse variabili contemporaneamente, che va al di là delle competenze di base. Il ricorso alla consulenza intraprofessionale permette così di evidenziare la complessità in alcune aree operative ad elevato impegno clinico.

La seconda caratteristica di questa attività, se volta a fornire informazioni e consigli su metodiche e tecniche nella materia di competenza tramite un confronto di professionalità, è quella di avere come obiettivo il miglioramento della prestazione sanitaria e del guadagno in termini di salute dell'utente (Fascio V., 2007).

MATERIALI E METODI

Il progetto

Per la realizzazione del progetto è stato attivato nel marzo 2016 un gruppo di lavoro temporaneo (GdL) composto da 9 professionisti sanitari in servizio presso l'A.U.L.S.S. 9 di Treviso; la sua costituzione è stata messa in atto dal Servizio Programmazione e Valorizzazione delle Professioni Sanitarie (SPVPS) garantendo:

1. la rappresentatività dell'area infermieristica, dell'area tecnica e dell'area della riabilitazione;
2. la rappresentatività dell'ambito ospedaliero e dell'ambito territoriale;
3. il reclutamento di personale che avesse manifestato interesse e conoscenza dell'argomento.

Nello specifico hanno fatto parte del GdL:

- 2 infermieri coordinatori rappresentanti del SPVPS
- 1 educatore professionale territoriale
- 1 fisioterapista coordinatore ospedaliero
- 2 infermieri coordinatori ospedalieri
- 1 logopedista ospedaliero
- 1 tecnico della prevenzione territoriale
- 1 tecnico sanitario coordinatore ospedaliero

L'**obiettivo generale** del GdL, enucleato fin dal momento della costituzione dello stesso, era quello di formulare una proposta per riconoscere e formalizzare l'attività di consulenza delle professioni sanitarie.

Ciò andava declinato nei seguenti **obiettivi specifici**:

1. rilevare il bisogno di consulenza tra i professionisti operanti all'interno dell'Azienda;

2. individuare le caratteristiche personali, professionali e le competenze che deve possedere il consulente;
3. individuare le modalità per selezionare i professionisti che, in possesso delle caratteristiche definite, possano svolgere attività di consulenza;
4. individuare le modalità organizzative implementabili nel contesto aziendale che permettano la richiesta formale dell'attività di consulenza e il suo riconoscimento.

Uno dei due rappresentanti del SPVPS e il logopedista, entrambi formati ed esperti in gestione di gruppi e sviluppo di progetti, hanno assunto il ruolo di facilitatori, e hanno proposto tempi e modalità di attivazione (Allegato 1).

Gli stessi hanno proceduto quindi ad una revisione della letteratura relativa al tema della consulenza tra professionisti sanitari che è stata svolta attraverso le banche dati Medline, PubMed e Clinical.

La ricerca si è ulteriormente sviluppata attraverso il reperimento di articoli e testi individuati dalla bibliografia degli articoli selezionati precedentemente.

Tutto il materiale, le risorse e le informazioni sono stati condivisi con i membri del GdL circa un mese prima della convocazione del primo incontro, in modo da fornire a ciascuno il tempo utile alla propria preparazione.

Per raggiungere gli obiettivi stabiliti il GdL ha proceduto alla delineazione di un percorso operativo suddiviso in 5 fasi, individuando per ciascuna:

- gli obiettivi specifici,
- gli strumenti e le modalità utilizzati per il loro raggiungimento, specificati per ogni singola fase (Tab. 3):

	OBIETTIVI SPECIFICI	ATTIVITA'
fase 1	elaborazione delle definizioni di “Consulenza” e di “Professionista Sanitario Consulente”	revisione della letteratura
fase 2	<p>esplorazione e individuazione del bisogno di consulenza in ambito riabilitativo</p> <p>rilevazione dell’attività di consulenza attualmente svolta dai Professionisti della Riabilitazione</p> <p>definizione delle caratteristiche della consulenza</p> <p>definizione delle caratteristiche del consulente</p>	<p>intervista semistrutturata sui bisogni riabilitativi per i quali necessita consulenza</p> <p>analisi delle interviste</p> <p>revisione della letteratura</p>
fase 3	elaborazione della proposta di Profilo del Professionista Sanitario Consulente	confronto del GdL
fase 4	realizzazione di strumenti operativi	<p>elaborazione di una procedura sulla gestione delle consulenze</p> <p>proposta di un format documentale</p> <p>proposta di un sistema di monitoraggio dell’attività svolta</p>
fase 5	valorizzazione dei professionisti consulenti	<p>individuazione dei consulenti</p> <p>promozione dell’attività</p> <p>proposta di un sistema di benefit</p>

Tabella 3: Obiettivi di ogni fase del Progetto

Fase 1

Già durante il primo incontro il GdL ha preso in esame le definizioni di “Consulenza” e di “Consulente” presenti nella letteratura nazionale ed internazionale (Woodward et al. 2005; Dellai, 2006; Fascio, 2007; Finiguerra et al., 2011; Schein, 2012; C.S.P., 2016), ne ha confrontato i contenuti, ed è venuto a delineare una nuova definizione in riferimento al contesto delle professioni sanitarie:

“La **consulenza intraprofessionale** è un processo di interazione che, tramite un confronto tra professionisti sanitari dello stesso profilo, supporta nella realizzazione di attività specifiche, fornisce informazioni e da consigli su metodiche o tecniche cliniche, organizzative o relazionali, per specifiche aree di competenza, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti e, dove possibile, l’outcome clinico”.

L’attività di consulenza viene esercitata nelle situazioni:

- complesse, nelle quali è necessario che il professionista esperto valuti contemporaneamente tutti gli elementi clinici, sociali e di contesto per poter esprimere un giudizio e proporre soluzioni,

- non routinarie, nelle quali sono necessarie conoscenze e competenze specifiche.

E' quindi un'attività esercitata su richiesta ed a favore di professionisti appartenenti al medesimo profilo per problemi inerenti l'attività esercitata dal *professional*, e può essere svolta attraverso cinque diversi strumenti (Fascio V., 2007):

- a. prestazione tecnica
- b. addestramento sul campo del collega
- c. educazione e formazione dell'utente e/o del care giver
- d. valutazione del processo
- e. supervisione del processo

“Il **professionista sanitario consulente** è competente in relazione ad una determinata situazione specialistica, in termini di conoscenze, capacità, abilità ed esperienza, al punto tale da essere in grado di assumere comportamenti volti a:

- determinare un miglioramento delle prestazioni sanitarie nei confronti dell'utente,
- favorire la condivisione delle conoscenze e abilità con i colleghi.

Si tratta quindi di un esperto altamente qualificato e leader riconosciuto a livello aziendale; la sua attività influisce direttamente non solo sull'efficacia e l'efficienza della prestazione offerta all'utente, ma anche sulla qualità percepita dall'utente stesso, sulla formazione degli operatori sanitari, sullo sviluppo di progetti, e in alcuni casi sulla ricerca clinica (Chartered Society of Physiotherapy, 2016).

Fase 2

Per raggiungere gli obiettivi specifici e definiti per la seconda fase del progetto si è ritenuto appropriato raccogliere i dati attraverso un'indagine che andasse al di là del GdL, coinvolgendo un maggior numero di professionisti sanitari in servizio nell'A.U.L.S.S. 9.

Dato che l'argomento in oggetto è ancora poco definito, presenta un apparato concettuale non pienamente sviluppato, che potremmo definire “non maturo”, si è ritenuto utile, ai fini della formulazione di ipotesi, l'approccio della ricerca qualitativa (Corposanto C., 2002).

Strumento di rilevazione

Lo strumento individuato per la rilevazione dei dati utili allo studio è stata l'intervista semistrutturata che si orienta, attraverso uno sguardo analitico, alle diverse sfaccettature dell'esperienza individuale; risulta particolarmente adatta per capire come i soggetti studiati vedono il mondo, per fornire una cornice entro la quale gli intervistati possano esprimere il loro proprio modo di sentire con le loro stesse parole (Patton M., 1990).

L'indagine ha avuto finalità di tipo conoscitivo, si è posta l'obiettivo di comprendere una realtà finora inesplorata, per tale motivo alla rappresentatività statistica si è preferita la rappresentatività sostantiva, e un approccio centrato sul soggetto piuttosto che un approccio centrato sulle variabili.

Il vantaggio di questa metodica, quando come in questo caso il numero di argomenti è molto ridotto, è la possibilità di ottenere informazioni complete e spesso di far emergere elementi importanti inizialmente non previsti⁷.

Si è proceduto quindi all'elaborazione di una traccia degli argomenti da trattare nel corso dell'intervista che si è concretizzata in una sequenza di domande, dirette e indirette, sia riferite al soggetto che ad altri, a carattere generale e particolare (Allegato 2), con lo scopo di mettere in luce il bisogno e l'attività di consulenza attualmente svolta in maniera informale all'interno dell'Azienda.

Il testo dell'intervista è stato stilato nel rispetto dei requisiti concettuali, metodologici e procedurali al fine di garantire la capacità dello strumento di studiare effettivamente l'argomento di interesse (Fideli R., Marradi A., 1996), e comprende domande che fanno emergere e vanno ad indagare 5 tematiche:

1. Situazione professionale: considerazioni generali sulla struttura e sul profilo professionale di appartenenza, sui titoli di studio conseguiti post base
2. Consulenza: rilevazione del fabbisogno di consulenza, della tipologia della stessa, degli ambiti per i quali è stata richiesta, della frequenza con la quale è stato avvertito il bisogno, del livello di rispondenza rispetto alle aspettative;
3. Consulente: riflessioni in merito alle caratteristiche proprie della figura del consulente e alle modalità più appropriate per fornire la consulenza;
4. Modalità operative: rilevazione delle modalità operative utilizzate per la richiesta di consulenza, analisi dell'efficacia, proposte di miglioramento;

⁷ AA.VV., L'intervista qualitativa, reperibile online su: www.rimini.unibo.it/scienzeformazione/metodologia_della_ricerca_sociale/corso/lezioni2006-2007/7.intervista_qualitativa.pdf, 2007

5. Offerta di consulenza: rilevazione delle risorse umane presenti nella propria U.O. che già si attivano in qualità di consulenti.

L'obiettivo di questa modalità di approccio è quello di evidenziare e prendere in considerazione le specificità e i singoli punti di vista che provengono da soggetti significativi.

Collettivo

Per esigenze di tipo organizzativo il GdL ha ritenuto di procedere, in questo primo momento progettuale, con le interviste nel solo ambito Riabilitativo.

Non essendo materialmente possibile eseguire una rilevazione sull'intera popolazione dei 176 professionisti della riabilitazione in servizio in ruolo con contratto a tempo indeterminato in A.U.L.S.S. 9, è stato definito un campione non probabilistico a scelta ragionata, nel quale le unità sono state scelte in modo da somigliare nell'insieme alla popolazione da cui sono tratte, in modo non casuale e sulla base di informazioni preliminari (Corposanto C., 2002):

- rappresentatività dei 4 profili professionali della riabilitazione presenti in Azienda (educatori, fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, ortottisti, terapisti occupazionali),
- rappresentatività delle aree di appartenenza (ospedale e territorio).

Il campione rappresenta più del 40% della totalità dei professionisti della riabilitazione operanti in Azienda.

Il collettivo è stato così composto:

Profilo	Setting	n.	area	tot.	
EDUCATORE	CD 1	3	T	16	LEGENDA: T.N.P.E.E. Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva
	CD 2	5	T		
	CD 3	5	T		
	CD 4	3	T		
FISIOTERAPISTA	DMR	10	O	41	CD Centro Diurno DMR Degenza Medicina Riabilitativa MFR Medicina Fisica Riabilitativa NAP Nucleo Assistenza Protesica
	MFR	23	O		
	NAP	8	T		
LOGOPEDISTA	DMR	4	O	9	OCL Oculistica SDIEE Servizio Distrettuale Integrato Età Evolutiva
	SDIEE 1	5	T		
T.N.P.E.E.	SDIEE 1	2	T	2	
ORTOTTISTA	OCL	4	O	4	T area territoriale
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	DMR	1	O	1	O area ospedaliera
TOT.				73	

Tab. 4: Composizione del collettivo di studio

Modalità di somministrazione

A seguito dell'invio della richiesta di autorizzazione formale alla realizzazione delle interviste agli organi dirigenziali preposti in Azienda, e del ricevimento del nulla osta da parte degli stessi, sono stati contattati i coordinatori dei 73 professionisti componenti del collettivo. Dopo aver illustrato loro obiettivi e modalità del progetto è stato inviato loro il testo della traccia dell'intervista, e concordato l'appuntamento per la stessa, in modo tale da permettere loro di condividerne i contenuti e raccogliere le riflessioni in merito.

Nei mesi di aprile e maggio 2016 il logopedista membro del GdL ha assunto il ruolo di intervistatore unico e ha somministrato tutte le interviste presso le sedi di servizio degli intervistati.

Analisi dei dati

Le risposte sono state raccolte per iscritto su apposito modulo precedentemente strutturato, classificate per tipologia all'interno di una griglia di sintesi, e presentate al GdL per la successiva discussione.

Fase 3

Dopo un'attenta disamina della letteratura disponibile sul tema del profilo del professionista sanitario consulente (Health Service Circular 1999/217; Finiguerra et al., 2011; Originale C., 2012; Redwood et al., 2006; Stevenson et al. 2011; Vits K.M., 2010; Woodward et al., 2005) e delle indicazioni ricavate dall'analisi delle risposte ottenute dalle interviste, attraverso un confronto tra i diversi componenti, il GdL ha provveduto alla costruzione della struttura del Profilo del professionista sanitario consulente⁸, stabilendo che all'interno dello stesso devono essere esplicitati:

1. La denominazione del profilo
2. Le finalità del profilo
3. Le funzioni del profilo
4. I requisiti fondamentali e complementari
5. Le competenze specifiche
6. Le aree di intervento

⁸ Definizione di Profilo professionale: Insieme di conoscenze, competenze ed atteggiamenti che un operatore deve avere per compiere il proprio lavoro. Fonte : <http://www.medil.it/glossario.doc>

Fase 4 e Fase 5

Dal mese di ottobre 2016 sono previsti ulteriori incontri del GdL per andare ad implementare le ulteriori fasi del progetto fino a vederne il completamento per la fine dell'anno (vedi Tab. 2).

RISULTATI

Tra i 73 Professionisti della riabilitazione oggetto dello studio, ad esclusione dei Coordinatori, sono presenti 20 **titoli post base** (Tab.5) così ripartiti:

TITOLO POST BASE	CORSO	N.
Laurea Triennale ulteriore	Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva	1
Laurea Specialistica	Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative	4
Master Clinico	Riabilitazione Respiratoria	2
	Gravi Cerebrolesioni Acquisite	
Master Organizzativo	Coordinamento delle Professioni Sanitarie	2
	Valutazione della Qualità dei Servizi Socio Sanitari	
Corso di Perfezionamento	Disturbi Neuropsicologici dell'adulto	4
	Ricerca bibliografica	
	Comunicazione Alternativa Aumentativa	
Formazione Avanzata	Metodi riabilitativi	7
	Riabilitazione della spalla	
	Tecniche di Counselling	
	Sessualità nella disabilità	
TOT.		20

Tab. 5: Rilevazione dei titoli di formazione post base conseguiti dai Professionisti oggetto di studio

Dato che il tema in oggetto è un ambito per ora assolutamente inesplorato nella nostra realtà, l'indagine ha voluto verificare l'esistenza di **reali bisogni di consulenza** intraprofessionale da parte dei Professionisti della Riabilitazione: tutti gli intervistati hanno riferito di essersi trovati in situazioni problematiche durante l'attività professionale e di avere avuto la necessità di richiedere il supporto di un collega con una competenza specifica in quel particolare ambito; la frequenza con la quale ricorre questa evenienza è molto alta, le risposte vanno da un minimo di 2/3 volte l'anno ad un massimo di 1 volta alla settimana.

Durante l'intervista sono emersi anche riferimenti alle **motivazioni** che hanno spinto alla richiesta di consulenza; si possono suddividere in due grandi filoni: le motivazioni legate al miglioramento della prestazione offerta all'utente ("perché l'intervento riabilitativo potesse essere più qualificato", o "più efficace", o "più sicuro") e quelle legate al miglioramento delle competenze del consultante, sia esso un singolo professionista o un team ("per diffondere competenze all'interno del team", "per

uniformare la pratica dei colleghi ad un gold standard”, “per sviluppare le conoscenze, le esperienze o il metodo già in possesso al consultante”).

Gli intervistati hanno elencato le **aree di intervento** per le quali nei loro servizi sono state avviate richieste di consulenza, e quelle per le quali professionisti del loro servizio hanno offerto consulenza, le caratteristiche di tale attività, gli strumenti utilizzati per la loro realizzazione (Fascio, 2007); ciò ha reso possibile il raggruppamento dei tipi di consulenze richieste secondo i 3 modelli di Schein (Schein E.H., 1978) (Tab. 6).

AREE DI INTERVENTO OGGETTO DI CONSULENZA	STRUMENTI	TIPO DI CONSULENZA
<ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione respiratoria - riabilitazione uro ginecologica - inquadramento e riabilitazione disturbi di apprendimento - inquadramento e riabilitazione disturbi neuropsicologici dell'adulto - comunicazione alternativa aumentativa - attività motoria per disabili - I.C.F. - musicoterapia - tecniche contatto corporeo 	<ul style="list-style-type: none"> - didattica teorica - addestramento sul campo - valutazione - supervisione 	1° modello di Schein o <i>consulenza informativa</i>
<ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione respiratoria - valutazione della disfagia - piedi torti - spalla - educazione alla sessualità 	<ul style="list-style-type: none"> - prestazione tecnica - educazione dell'utente e/o del care giver - valutazione - supervisione 	2° modello di Schein o <i>consulenza clinica</i>
<ul style="list-style-type: none"> - valutazione ambientale - identificazione degli ausili - ricerca bibliografica - percorso ospedale-territorio e rete servizi - approccio all'utente autistico - comunicazione alternativa aumentativa - laboratorio del legno - laboratorio di ceramica - teatro danza 	<ul style="list-style-type: none"> - didattica teorica - prestazione tecnica - addestramento sul campo - valutazione - supervisione 	3° modello di Schein o <i>consulenza di processo</i>

Tab. 6: Tipologie di consulenza richieste e fornite, e relative aree di intervento

La **modalità utilizzata** per attivare la richiesta di consulenza è sempre stata la chiamata telefonica, in taluni casi al consulente stesso, in altri al suo coordinatore; non è mai stata prevista una procedura standardizzata di attivazione, né tuttavia è risultata un'esigenza da parte dei consultanti stessi, ad eccezione di un solo intervistato.

I **fattori ostacolanti nel processo** sono emersi invece in modo rilevante entrando nel merito delle peculiarità della figura del consulente e, in modo piuttosto imprevisto, del consultante: secondo gli intervistati l'attività spesso non arriva al suo compimento se il consulente è poco disponibile a condividere le proprie conoscenze o se rivendica il

riconoscimento da parte dei colleghi, ovvero se il consultante è poco disponibile all'apprendimento e all'autocritica; sono state rilevate anche delle criticità di ordine organizzativo e gestionale, quali la difficoltà dei servizi a riconoscere ai consulenti la prestazione in orario di servizio e la mancanza di una sorta di anagrafe aziendale dei consulenti, da utilizzare in caso di assenza del consulente abituale.

L'**impressione complessiva** relativamente alle esperienze di consulenza da parte di tutti gli intervistati è globalmente molto positiva, nella misura in cui si ritengono ampiamente soddisfatti dei risultati ottenuti e ritengono di volersene avvalere anche in futuro; in sintesi riferiscono che tale attività sia:

1. Efficace, risponde correttamente alle esigenze
2. Veloce, fornisce soluzioni immediate
3. Economica, raggiunge l'obiettivo a costo zero
4. Educativa, permette importanti ricadute formative sul consultante
5. Necessaria, in alcune situazioni è l'unica soluzione a cui può ricorrere il professionista in difficoltà

Per un intervistato risulta difficoltosa quando la risposta non è reperibile all'interno dell'Azienda.

Facendo riferimento alla loro esperienza, e immaginando una figura di consulente ideale, gli intervistati hanno elencato i **requisiti** e le **caratteristiche** che un professionista sanitario esperto dovrebbe possedere per poter rispondere ai bisogni dei colleghi o aiutarli a gestire situazioni problematiche; le risposte più frequenti sono state:

- Competenze approfondite
- Esperienza maturata sul campo
- Aggiornamento costante
- Capacità didattiche
- Disponibilità a condividere tempo e conoscenze
- Riconoscimento da parte dei colleghi
- Accoglimento e accettazione
- Flessibilità e capacità di adattamento alle situazioni e alle domande
- Capacità di ascolto
- Capacità di autocritica
- Umiltà

Il requisito che non trova d'accordo l'intero collettivo è quello relativo al possesso del **titolo formativo**: il 30% circa degli intervistati afferma che un professionista sanitario può essere considerato consulente sulla base della sua comprovata esperienza, anche se

non possiede alcun titolo (Laurea Magistrale, diploma di Master Universitario, diploma di Corso di Perfezionamento, attestato di Formazione Avanzata) che attesti la sua competenza specialistica; per i rimanenti è invece un requisito necessario.

Dall'indagine sono emerse una serie di **proposte** volte a migliorare la qualità del processo, alcune riferite agli aspetti organizzativi e gestionali, altre a favore della figura del consulente; tra le prime la più frequente è la proposta di creare una procedura strutturata di richiesta di consulenza, che mantenga le caratteristiche di efficienza e di velocità proprie della chiamata telefonica, ma che permetta di evidenziare il bisogno, di tracciare l'attività realmente eseguita e di rilevare l'eventuale mancanza di risposte.

Molte proposte attengono invece al riconoscimento della figura del consulente:

- prevedere un monte ore mensile riconosciuto che il professionista possa dedicare all'attività di consulenza al di fuori della propria sede di servizio,
- garantire annualmente al professionista una formazione specialistica avanzata in regime di comando,
- porre il professionista a capo di un gruppo di Formazione sul Campo che ne riconosca la titolarità,
- contemplare l'elargizione di benefit simbolici quali attestati, targhe, citazioni in documenti aziendali,
- organizzare concorsi interni su progetti di ricerca relativi all'attività di consulenza e proporli nell'ambito di un convegno aziendale.

Nella fase successiva il Gruppo di Lavoro ha preso visione dei risultati dell'indagine e, a seguito di un fruttuoso confronto tra conoscenza ed esperienze diverse, ha stilato la proposta di Profilo del professionista della riabilitazione consulente (vedi Allegato 3).

DISCUSSIONE

Il Professionista della Riabilitazione Consulente

Dalla rilevazione dei **titoli di studio** post base in possesso del collettivo dei professionisti della riabilitazione si evince che molte risorse umane sono in qualche misura sottoutilizzate, nel senso che vi sono ambiti sui quali, pur essendo presenti in Azienda professionisti con formazione specifica, non viene richiesta la consulenza perché non se ne è a conoscenza.

Alcuni professionisti attualmente interpellati in qualità di consulenti non hanno in realtà alcun titolo accademico, ma solo comprovata esperienza; a parere degli intervistati la loro attività è efficace e soddisfacente per il consultante al pari di quella fornita da colleghi titolati; questa evidenza andrebbe a favore di quanti in letteratura sostengono che il titolo di studio post base non sia un requisito necessario (vedi Tab. 7).

L'effettivo **bisogno** dell'attività di consulenza tra i professionisti della riabilitazione è sufficientemente dimostrato dalla totalità delle risposte positive in merito; diversamente, non essendo mai stato realizzato uno strumento di monitoraggio delle attività di consulenza, il dato relativo alla **frequenza delle richieste** è molto approssimativo: la domanda posta per rilevarla ha messo in difficoltà gli intervistati, che hanno dovuto rifarsi a stime soggettive, variabili nel tempo e non documentabili.

Lo studio di Cavazza (2011) in merito a tale aspetto, riporta che laddove le esperienze sono più mature si è riscontrata nel tempo una diminuzione delle richieste di consulenza relativamente allo stesso ambito, proprio a riprova di un'efficacia formativa della stessa.

Dall'analisi delle **motivazioni** che spingono il consultante a richiedere l'intervento del consulente emergono tre condizioni che devono essere soddisfatte affinché la consulenza risponda al bisogno emerso (Ruffini C., 2006): la prima è che il consultante percepisca una reale situazione di difficoltà e che senta un reale desiderio di uscirne; la seconda è che abbia totale fiducia nel consulente, al punto da consegnargli il proprio stato di disagio; la terza è che il consulente abbia una chiara consapevolezza di possedere le capacità tecniche, operative e relazionali per "aiutare il consultante ad aiutarsi".

Pur non potendo definire in modo statisticamente corretto l'incidenza dei **diversi tipi di consulenza** sul totale (Tab. 6), risulta evidente che l'attività di consulenza si sviluppa in tutte le tre modalità, ciò induce a pensare che il consulente non porti con sé solo un bagaglio di conoscenze e competenze di esperto clinico, necessarie per esercitare efficacemente una consulenza informativa (1° modello di Schein), ma anche capacità di

problem solving e di assunzione di responsabilità, intrinseche alla consulenza clinica (2° modello di Schein), oltreché particolari abilità metodologiche e relazionali per realizzare consulenze di processo (3° modello di Schein).

Peraltro si è evidenziato che gli **strumenti** utilizzati dai consulenti nella loro attività non si esauriscono in prestazione tecnica, addestramento sul campo, educazione dell'utente e/o del care giver, valutazione e supervisione, così come presentato in letteratura (Fascio, 2007), ma si avvalgono anche della didattica teorica, una sorta di mini formazione residenziale, ridotta nel tempo e focalizzata esclusivamente sul tema in oggetto e sulle persone che lo hanno fatto emergere.

L'evidenza che l'unica **modalità di attivazione** della consulenza sia la chiamata telefonica, suggerisce una serie di riflessioni:

- si presuppone che a monte i consultanti sappiano già a quale collega rivolgersi ogni qualvolta si presenti una problematica in una particolare area di intervento; ciò implica che molti bisogni di consulenza non verranno soddisfatti, nella fattispecie quando, pur essendo presente in Azienda un collega esperto in grado di rispondere all'esigenza, non sia conosciuto dal consultante; ad esempio l'intero ambito relativo alla consulenza sulla valutazione e il trattamento dei disturbi di apprendimento è rivolto a colleghi che operano extra azienda, senza aver mai verificato la possibilità di una consulenza intra aziendale; un approfondimento molto interessante da implementare sarebbe quello di evidenziare le ricadute di tale modalità organizzativa in termini quantitativi e qualitativi sulle prestazioni offerte ai pazienti;

- in questo modo non è possibile monitorare nessun passaggio del processo: né il numero, né le caratteristiche delle richieste, né i professionisti consultanti, né tantomeno i professionisti richiesti in qualità di consulenti; tale criticità è un nodo essenziale da sciogliere per raggiungere l'obiettivo di valorizzare la loro attività;

- se negli anni la modalità di attivazione su chiamata telefonica è andata consolidandosi, e non si è ancora ravvisata la necessità di realizzare un'istruzione operativa standard, come invece è prevista in Azienda nel caso della consulenza del medico o del mediatore culturale, significa verosimilmente che si tratta di un processo che risponde alle caratteristiche di snellezza, semplicità e velocità.

I **fattori ostacolanti** il processo di consulenza ricalcano in parte quelli rilevati da altri studi (Dellai M., 2006): si rilevano dati concordanti relativamente alle criticità di tipo organizzativo e gestionale, come il mancato riconoscimento del tempo dedicato alla consulenza e l'assenza di progetti aziendali per la formalizzazione del ruolo di professionista sanitario consulente; gli intervistati non hanno invece rilevato problematiche inerenti la scarsa chiarezza del ruolo e degli ambiti di responsabilità del

consulente e l'accettazione della differenziazione delle competenze da parte dei colleghi, così come evidenziato da Dellai.

E' invece un'originalità rispetto agli studi presi in esame l'emergenza di alcune caratteristiche della personalità degli agenti dell'interazione come fattori ostacolanti il processo (vedi pag. 28); ci rimanda all'importanza di definire in modo puntuale i requisiti del consulente, così come si è tentato con la stesura della proposta del Profilo del Professionista della riabilitazione consulente (Allegato 3).

La domanda che ha fornito maggiori spunti e suscitato più interesse è stata quella relativa ai **requisiti** e alle **caratteristiche** che dovrebbe avere il consulente; è evidente che la questione di riconoscere quale professionista sanitario sia accreditabile come esperto della materia è ancora una questione aperta e tutta da approfondire: deve possedere titoli, esperienza clinica o esperienza didattica? Basta uno solo dei requisiti o deve averli tutti? E quanto incidono le caratteristiche della personalità? Una parte della letteratura analizzata per il presente studio si è dedicata al tema dei requisiti previsti per il consulente (Allegato 4).

Requisiti

In accordo con la letteratura, anche nel nostro studio i requisiti necessari e fondamentali per il consulente sono la **pratica clinica avanzata** e le **competenze specialistiche**; non si tratta quindi di un professionista con *competenze di soglia*, quelle richieste per prestazioni di valore medio, di uno standard buono, ma di un *best performer* con *competenze distintive*, che cioè ottiene continuamente risultati superiori alla norma (Pennini, 2015).

Questo dato avvalora maggiormente, qualora ce ne fosse bisogno, la posizione del Department of Health (1999), e ribadito negli anni (Redwood, 2006; Vits, 2010; Stevenson et al., 2011), che impone al professionista sanitario consulente di dedicare almeno il 50% del suo tempo in servizio alla pratica clinica (Fig. 4).

L'impegno ad un **aggiornamento costante** è previsto, oltre che nel nostro, solo negli studi italiani; così come sono richieste solo nel nostro ambito nazionale la conoscenza dell'inglese scientifico, per ovvii motivi, e la conoscenza e l'utilizzo di programmi informatici e di banche dati.

Così come nella ricerca di Stevenson et al. (2011), anche nel nostro studio non c'è accordo sulla necessità del **titolo formativo**, accademico e non.

Gli intervistati non fanno alcun cenno alla necessità di conoscere la metodologia della **ricerca** o di aver partecipato ad esperienze di ricerca quale requisito del consulente,

mentre vari studi internazionali lo prevedono; lo stesso vale per l'opportunità che il professionista abbia maturato esperienza in qualità di docente o di tutor.

Competenze

In accordo con la Commissione della Regione Toscana per la Formazione Sanitaria (2013) si è convenuto che la Competenza è formata da tre componenti:

1. la Conoscenza, cioè l'ambito del sapere concettuale;
2. l'Abilità (o Skill), cioè l'aspetto operativo della competenza, il mettere in atto i principi che appartengono alla conoscenza;
3. il Comportamento (o modo d'agire), cioè la parte relativa al modo di eseguire le attività che incide sui rapporti con gli altri e sull'efficacia della mobilitazione dell'intera competenza stessa.

Queste tre componenti sono strettamente legate tra loro e vanno a costituire gli ambiti complessi del saper agire.

Una delle competenze che è stata proposta con maggior frequenza dal nostro collettivo è stata la **capacità didattica**, intesa come l'abilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze, che tutto sommato potrebbe raccogliere in sé le caratteristiche della capacità di comunicazione e dell'autorevolezza clinica.

Quando nel nostro studio si parla di **riconoscimento** da parte dei colleghi, si fa verosimilmente riferimento alla capacità di leadership così ampiamente descritta in letteratura.

E' inoltre riconosciuta in larga misura l'importanza che le capacità di **accoglimento** e di **accettazione**, di **ascolto** e di **autocritica** assumono nella definizione delle competenze necessarie al consulente, quelle che il Department of Health (1999) e Stevenson et al. (2011) inglobano nel concetto di "intelligenza emozionale".

Allo stesso modo i comportamenti ritenuti fondamentali come la disponibilità a **condividere** le proprie conoscenze, la **flessibilità** e la capacità di **adattamento** possono confluire nella più generica capacità di lavorare in gruppo.

Molta parte delle competenze evidenziate nell'indagine fanno parte di quelle che il modello dell'I.S.F.O.L. (ente pubblico di ricerca sui temi della formazione, delle politiche sociali e del lavoro)⁹ ha definito *competenze trasversali*, cioè capacità non

⁹ Allegato alla Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico

connesse ad una specifica attività, ma applicabili a più ambiti professionali e di vita, risorse della singola persona, importanti per plasmare il suo comportamento professionale.

Caratteristiche

Gli intervistati del nostro studio fanno emergere che l'**umiltà** è una caratteristica della personalità determinante affinché il consulente operi in modo efficace; in letteratura non se ne fa menzione, per contro si evidenziano determinazione e fiducia in sé stessi quali elementi distintivi, dati che ad una certa lettura potrebbero risultare dissonanti.

L'importanza della caratteristica della **motivazione** a proporsi in qualità di consulente è sottolineata esclusivamente da Woodward (2004); a nostro parere, pur non essendo uno degli attributi riferiti dal collettivo, la motivazione assume un valore di imprescindibilità: se mancasse verrebbe meno quel processo strutturato e complesso di forze che attivano e supportano il comportamento per il conseguimento di un obiettivo.

Secondo l'autrice la motivazione ad esercitare il ruolo di consulente si alimenta sulla spinta di:

1. desiderio di cambiamento,
2. approfondimento di aree di interesse che influenzano fortemente la pratica professionale,
3. progressione di carriera,
4. gratificazioni derivanti dal ruolo.

Funzioni

In tutta la letteratura presa in esame, a partire dalla Health Service Circular 1999/217 fino ai giorni nostri, si definiscono 4 “funzioni core” del professionista sanitario consulente (vedi pag. 13):

1. esperto nella pratica clinica
2. leader professionale
3. educatore e formatore
4. referente per lo sviluppo organizzativo, la ricerca e la valutazione

e specifica per ogni funzione l'entità dell'impegno in termini di tempo all'interno dell'orario di servizio:

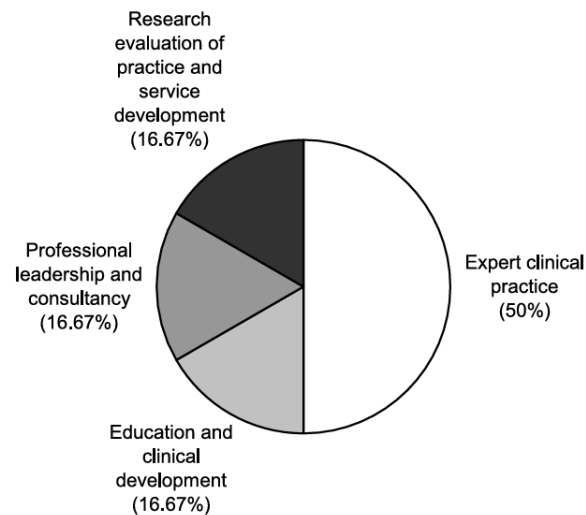


Fig. 4: Distribuzione dell'impegno orario nelle funzioni core, da Vits (2010)

Anche nella nostra realtà possiamo rilevare che i professionisti sanitari consulenti sviluppano le funzioni di esperto clinico, di leader professionale, di educatore e formatore e di referente per la ricerca, ma non vi sono dati che possano confermare la medesima distribuzione temporale: in considerazione del fatto che tutti i professionisti della riabilitazione consulenti sono dei *professional*, è presumibile che ben più del 50% del loro tempo sia dedicato alla pratica clinica, ma non è possibile definire al momento quanta parte di questa possa definirsi “esperta”.

Una parte degli stessi svolge realmente il ruolo di referente per la ricerca, sia in qualità di esperto in metodologia della ricerca piuttosto che in ricerca bibliografica, sia di componente di progetti di ricerca, ma è verosimile che tale attività venga svolta per un tempo di gran lunga inferiore alle 6 ore alla settimana, corrispondenti al 16,67 % del tempo di servizio.

Proposte di miglioramento

Tutte le proposte di miglioramento della qualità dell'attività di consulenza emerse dagli intervistati risultano concrete, ragionevoli e fattibili, ma prima di prendere in considerazione qualsivoglia suggerimento, è necessario identificare i Professionisti della riabilitazione che possiedono i requisiti per essere riconosciuti come consulenti, perché senza questo passaggio non è possibile avviare nessuna azione di valorizzazione.

Ma anche una volta creata l'anagrafe dei professionisti consulenti, premiare le conoscenze specialistiche o le competenze avanzate sarà un compito arduo, perché trovare indicatori per valutare oggetti premiabili di questa natura, come la qualità, il

merito, ed altri aspetti significativi della professionalità, squisitamente qualitativi, è molto difficile, ancorché non impossibile (Falli F., 2015).

Nel nostro studio nessun intervistato ha proposto riconoscimenti di natura retributiva (ad es. un incentivo economico), né di natura gerarchica (ad es. l'attribuzione di una funzione con maggiore potere gestionale), ma piuttosto di natura morale o sociale (il riconoscimento pubblico) e di tipo professionale (la possibilità di svolgere formazione, o di compiere esperienze che amplino le competenze professionali).

Profilo del Professionista della Riabilitazione Consulente

La proposta di Profilo del Professionista della Riabilitazione Consulente (Allegato 3) contiene la descrizione dei requisiti, le competenze e le caratteristiche ritenute rilevanti dal Gruppo di Lavoro, in qualche misura necessari per rivestire in maniera adeguata tale ruolo.

Potrà essere utilizzato in diversi ambiti:

- nella selezione interna per l'individuazione dei consulenti
- nel processo di valutazione del consulente
- nella valutazione dei fabbisogni formativi e nell'eventuale costruzione di un portfolio di competenza.

Si è ritenuto utile suddividere i requisiti in fondamentali e complementari, al fine di individuare tra i primi quelli con carattere di imprescindibilità (esperienza clinica approfondita esercitata almeno negli ultimi 3 anni nell'ambito specifico, esperienza supplementare riconosciuta in attività di docenza o partecipazione a Gruppi di Lavoro sull'ambito specifico, pratica professionale avanzata legata alla gestione globale del fenomeno, aggiornamento continuo delle competenze sul tema oggetto della consulenza), tra i secondi invece quelli auspicati, ma non obbligatori (corsi di formazione di livello avanzato come Master o Corsi di Perfezionamento, conoscenza dell'inglese scientifico, conoscenza informatica e utilizzo delle banche dati accreditate di interesse professionale).

Dall'esperienza e dal confronto all'interno del GdL si è riconosciuto che tanto maggiore è il numero dei requisiti richiesti per entrare a far parte a pieno titolo dei professionisti che possono svolgere funzioni di consulente, tanto più alto può essere il numero di consulenti attualmente operanti che si troverebbero esclusi dalla possibilità di proseguire la propria attività; questa evenienza non è auspicabile né per i professionisti né per l'utenza.

Non si è ritenuto opportuno in questo momento dello studio declinare le competenze specifiche, quelle che attengono ad ogni singola area di intervento, preferendo rimandarne l'approfondimento ad una fase del lavoro più avanzata.

Le caratteristiche personali elencate nella proposta di Profilo scaturiscono da suggerimenti accorati e fortemente motivati da parte del collettivo di studio, tanto da connotarle come requisiti fondamentali e quindi necessari; tuttavia si tratta di dimensioni soggettive, difficilmente misurabili e quantificabili; perché non restino vuote definizioni, ma abbiano la necessaria concretezza, è auspicabile che in un futuro vengano tradotte in comportamenti osservabili nel contesto clinico-organizzativo di riferimento, individuando per ognuna di esse degli indicatori che le rappresentino (Pennini, 2015).

CONCLUSIONI

Prossimi sviluppi del progetto

La consulenza intraprofessionale non è quindi una novità in ambito sanitario, la novità risiede nello strutturare in modo organizzato la prestazione, nella progettualità, nel suo sviluppo e nella valorizzazione del professionista che la esegue.

Quello del professionista sanitario consulente è indubbiamente un ruolo che, qualora riconosciuto, potrebbe contribuire alla modernizzazione dei servizi, dei percorsi di carriera futuri e della maturità professionale.

Il prossimo impegno a cui sarà chiamato il Gruppo di Lavoro sarà quello di elaborare e realizzare delle proposte di strumenti operativi, quali una procedura di gestione delle consulenze, un format documentale e un sistema di monitoraggio, da sottoporre al vaglio della Direzione Aziendale.

Nel contempo è previsto anche l'avvio della fase che prevede la realizzazione di una serie di attività finalizzate alla valorizzazione della figura del Professionista Sanitario Consulente: il percorso per l'individuazione dei consulenti e la stesura dell'Anagrafe Aziendale, la promozione dell'attività a tutti i livelli, sia attraverso incontri informativi che attraverso il sito Intranet, l'implementazione di un sistema di benefit sulla base delle indicazioni raccolte attraverso il presente studio.

Sfide per il futuro

Le sfide che si possono delineare per il futuro sono:

1. Valutare l'impatto dell'attività del consulente in termini di miglioramento dello stato di salute dell'utente, in altri termini dimostrare l'**efficacia** di tale processo, e il reale valore aggiunto che questo comporta alla sola prestazione del professionista consulente.

Sarà difficile poterlo dimostrare in modo diretto, prima di tutto perché il consulente lavora "attraverso" i colleghi per migliorare prestazioni e processi, e in secondo luogo perché le attività di consulenza sono per ora fortemente diversificate tra loro (Redwood et al., 2006); ma studi in tal senso saranno comunque necessari per valorizzare la figura del consulente e per permettere il suo riconoscimento istituzionale.

2. Indagare sugli **aspetti etici** legati all'attività di consulenza: quando è calato nella realtà il processo dà vita ad una interazione di tipo triadico, vale a dire consulente vs consultante, consulente vs utente, consultante vs utente (Creel, Robinson, 2010).



Fig. 5: La triade relazionale nel processo di consulenza

La responsabilità del consulente non è quindi solo nei confronti del consultante, ma anche dell'utente per il quale la consulenza è stata richiesta; potrebbero verosimilmente crearsi dei dilemmi di tipo etico allorché gli obiettivi individuati nella relazione con il consulente non collimassero con quelli individuati nella relazione con l'utente.

Un altro ambito da gestire con cautela è la consapevolezza da parte del consulente del potere che acquisisce in forza della sua leadership, in quanto molte questioni di carattere etico nascono dal cattivo uso di tale potere, così come dei suoi limiti di competenza, in modo da essere in grado di negare una consulenza per la quale non è preparato.

Potrebbe connotarsi come abuso di potere anche il tentativo di aumentare la dipendenza dei colleghi o degli utenti nei confronti della consulenza, o per riconoscimento personale, o per allungare la durata del processo: molti Autori affermano che uno degli obiettivi di tale attività è proprio diventare via via sempre meno necessario, proprio in virtù dell'efficacia formativa.

Nella veste di consulente al professionista sanitario risulta materialmente più difficoltoso, ma deontologicamente necessario, rispettare il dovere di acquisire il consenso e di mantenere la riservatezza dei dati: nell'esercizio di tale attività il consulente potrebbe venire a conoscenza di più informazioni rispetto a quante gli possano essere necessarie, sia relativamente all'utente verso il quale è rivolta la consulenza, sia relativamente alle competenze e alle abilità del collega consultante, sia relativamente a criticità e mancanze dell'organizzazione presso la quale presta la consulenza.

Infine andrebbe posta particolare attenzione ad evitare che la natura del rapporto tra consultante e consulente, che nella particolarità del nostro studio spesso coincide con una relazione di amicizia o quantomeno di profonda conoscenza professionale maturata negli anni, possa incidere negativamente sulla qualità del processo e sulla ricaduta clinica.

Le soluzioni che si possono proporre al professionista al fine di aiutarlo ad affrontare tali dilemmi in modo eticamente e deontologicamente corretto sono varie e di diversa natura:

- indirizzare sempre il proprio agire alla luce dei robusti principi dell'etica professionale e del codice deontologico, per ora quello relativo al profilo professionale di appartenenza;

- avvalersi del confronto e del conforto dei colleghi con esperienza simile;

- condividere a priori con il consultante e con il cliente le procedure, gli obiettivi e i tempi del processo; anche a tal scopo sarebbe auspicabile che l'organizzazione si avvallesse di una procedura standard per la richiesta e la registrazione delle attività di consulenza;

- aumentare da parte del consulente la consapevolezza del proprio ruolo e la capacità di riflettere e di sviluppare un pensiero critico a posteriori.

3. Andando oltre la consulenza in ambito clinico, questo ruolo potrebbe essere una delle possibilità spendibili per i professionisti sanitari in possesso della **Laurea Magistrale**: possedendo un ampio bagaglio di conoscenze e fruttuose potenzialità in ambito manageriale, oltreché un'abitudine allo sviluppo del pensiero critico, si potrebbero ipotizzare ambiti nei quali il professionista sanitario in possesso di Laurea Magistrale presti la propria opera di consulenza, come la bioetica, l'ambito medico legale, l'ambito organizzativo e la ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- Benner P., L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza, Mc Graw Hill, 2003
- Calamandrei C., Orlando C., La Dirigenza Infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. McGraw-Hill, 479-82, 2002
- Calonghi F., Dizionario Latino Italiano, Rosemberg & Sellier, 1972
- Candy E, McCrum C., UK Physiotherapy Consultants Report: The value and impact of consultant physiotherapy roles prepared for The Chartered Society of Physiotherapy (CSP). London: The Chartered Society of Physiotherapy; 2012
- Caplan G., Types of Mental Health Consultation, Journal of Educational and Psychological Consultation, Vol. 6, 7-21, 1995
- Casati M., Lidani A.M., Capelli C., Galbiati G., Piantoni M., Cesa S., Indagine osservazionale sulle funzioni afferenti al ruolo del personale infermieristico, L'Infermiere N°3 - 2011
- Cavazza C., Consulenze infermieristiche: bilancio di un'esperienza decennale, L'infermiere, Vol. 1, 48-51, 2011
- Chartered Society of Physiotherapy, Advanced practice in physiotherapy. Understanding the contribution of advanced practice in physiotherapy to transforming lives, maximising independence and empowering populations, 2016
- Corposanto C., Il ciclo statistico della ricerca sociale. La rilevazione delle informazioni, 11-42, Franco Angeli, 2002
- Creel E.L., Robinson J.C., Ethics in independent nurse consulting: strategies for avoiding ethical quicksand, Nursing Ethics, 17(6), 769-776, 2010
- Dellai M., La formazione infermieristica avanzata in geriatria: l'esperienza del Master dell'Università di Verona in Trento, G Gerontol, 52:483-489, 2004
- Dellai M., Ruocco M., Roat O., Dallapè F., La consulenza infermieristica. Assistenza infermieristica e ricerca. Management Infermieristico 25 (2), 98-100, 2006
- Dellai M. La consulenza infermieristica, reperibile su:
www.ipasvife.it/wpcontent/.../consulenza_infermieristica_Ferrara06.ppt, 2006
- Falli F., Il sistema premiante, in Manuale di Management per le Professioni Sanitarie, cap. 27, 521-528, Mc Graw Hill, 2015
- Fascio V. Professione infermieristica e professioni sanitarie: consulenza ricerca, formazione. Informazione, comunicazione professionale, utilizzo dell'informatica, reperibile su :
www.ipasvigorizia.it/allegati/allegatiComunicazione/LaConsulenzaInfermieristica.pdf , 2007

- Fideli R., Marradi A., Enciclopedia delle Scienze Sociali. Intervista, vol. V, Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana, 71-82, 1996
- Finiguerra I., Simone P., Fuggetta L., Latona S., Dimichele S., Maina L., Gianino M.M., Progettazione e attivazione di un servizio di consulenza infermieristica formalmente riconosciuto all'interno del presidio ospedaliero San Giovanni Bosco di Torino, Professioni Infermieristiche, Vol. 64 n.4, 219-28, 2011
- Foddis C., La consulenza organizzativa. Modelli di intervento psicosociale nelle organizzazioni, 71-99 Roma, ed Armando, 2011
- Galimberti U., Dizionario di Psicologia, UTET, Torino, 1992
- Humphreys A., Johnson S., Richardson J., Stenhouse E., Watkins M., A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultant. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1792-808, 2007
- Mancini R., La valorizzazione delle risorse umane e politiche di talent management, tesi di laurea Facoltà di Economia, LUISS, reperibile su: tesi.eprints.luiss.it/6644/1/mancini_roberta-tesi-2011.pdf , 2011
- Originale C., La consulenza infermieristica: risultato di un'indagine nei paesi anglosassoni, La parola a noi, Anno XVIII, n. 2, 2012
- Patton M., Qualitative evaluation and research methods (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage, 1990
- Pennini A., Gestione e sviluppo delle competenze degli operatori, in Manuale di Management per le Professioni Sanitarie, cap. 28, 529-539, Mc Graw Hill, 2015
- Redwood S., Lloyd H., Carr E., Hancock H.C., Mc Sherry R., Campbell S., Graham I., Evaluating nurse consultants' work through key informant perceptions. Nursing Standard 21 (17): 35-40, 2006
- Ruffini C., . Consulenza alla persona e counseling: stato dell'arte e prospettiva storica, in Consulenza alla persona e counseling. Ambiti di intervento, approcci, ruolo e competenze del counselor, ISFOL Editore, 13-28, 2006
- Schein E.H., The role of the consultant: content expert or process facilitator?, The Personnel and Guidance Journal, Volume 56, Issue 7, 22-26, 1978
- Schein E.H., Process consultation: its role in organization development, Vol. 1; Reading, MA: Addison-Wesley, 1988
- Servizio Sanitario della Toscana, Commissione regionale per la formazione sanitaria, Le competenze delle Professioni Sanitarie, reperibile su: www.aiditalia.it/wp-content/uploads/2013/05/competenze_ps_I.pdf , 2013
- Stevenson K., Professional development: integrating the consultant physiotherapist role within a musculoskeletal interface service, Musculoskeletal Care, (1) 49-53, 2011
- Stevenson K., Ryan S., Masterson A., Nurse and allied health professional consultants: perceptions and experiences of the role, Journal of Clinical Nursing, 20, 537-544, 2011

- Vits K.M., Consultant physiotherapist: a career goal achieved, Journal of Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, Spring, 106, 25-29, 2010

- Woodward V.A., Webb C., Morag P., Nurse consultants: their characteristics and achievements, Journal of Clinical Nursing, 14, 845-854, 2005

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Department of Health, Nurse, Midwife and Health Visitor Consultants: establishing posts and making appointments, Health Service Circular 1999/217, NHS Executive, Leeds

- Legge 1 febbraio 2006, n. 43 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali» pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 febbraio 2006, n. 40

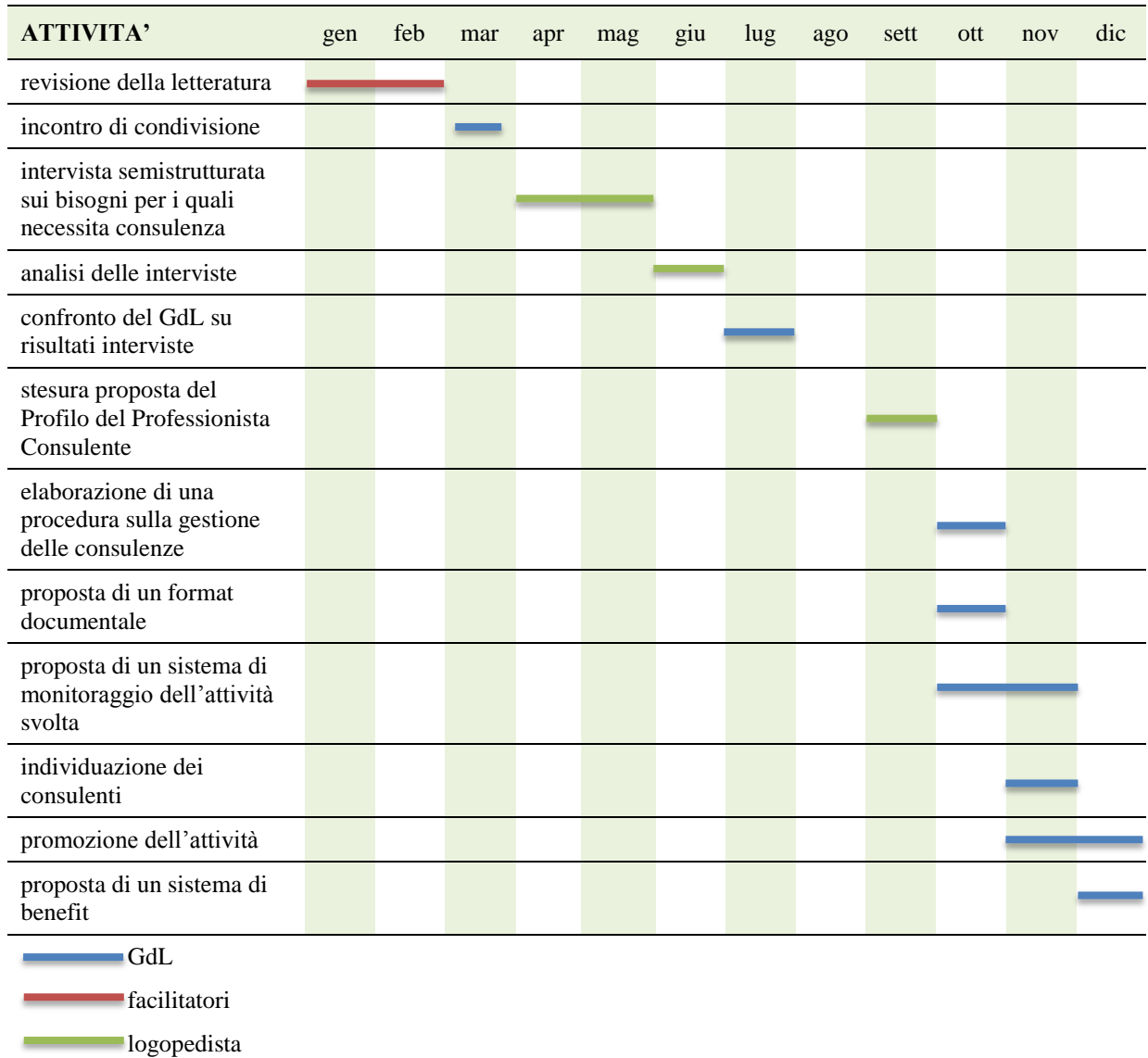
- Piano socio-sanitario regionale del Veneto 2012-2016, Allegato A alla Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 «Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016» pubblicato nel BUR n. 53 del 2012

- Atto di indirizzo per il personale dei livelli - triennio contrattuale 2016/2018, Comitato di Settore del Comparto Regioni e Sanità della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, 13 luglio 2016, reperibile su [www. www.sanita24.ilsole24ore.com](http://www.sanita24.ilsole24ore.com)

I siti sono stati visitati fino al 30.09.2016

Allegato 1

Pianificazione del Progetto



Allegato 2

Lettera di presentazione e traccia per l'intervista

Gentile Coordinatore,

sto realizzando la tesi per il conseguimento della Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie presso l'Università di Padova; lo studio riguarderà la rilevazione dei bisogni di consulenza intraprofessionale in ambito Riabilitativo, e la successiva proposta di un protocollo di attivazione di consulenze.

La letteratura riporta che frequentemente i professionisti sanitari si trovano nella situazione di avere bisogno di consultare un collega dello stesso profilo considerato "esperto", operante in un'Unità Operativa diversa dalla propria, per rispondere a complessità cliniche o a processi decisionali problematici che richiedono competenze specialistiche.

Il progetto vorrebbe far emergere e valorizzare l'attività di consulenza dei professionisti sanitari nei confronti dei colleghi, un'abitudine nei fatti consolidata anche nella nostra Azienda ULSS, ma che non presenta una sufficiente visibilità, perché spesso legata a rapporti personali tra professionisti che si scambiano consigli, formazione e informazioni.

Per realizzare la ricerca ho bisogno del suo aiuto e di pochi minuti del suo tempo; previo appuntamento le chiederò di rispondere alle domande riportate di seguito:

TRACCIA PER L'INTERVISTA

1. Quanti professionisti operano nell'U.O. che Lei coordina?
2. Quali profili professionali sono presenti?
3. Ci sono professionisti con titoli superiori a quello di base? Se presenti, di quali titoli sono in possesso?
4. Nella sua esperienza professionale si sono presentate situazioni problematiche di tipo riabilitativo per le quali è stato necessario richiedere il supporto di un professionista con una competenza specifica?
5. Approssimativamente con che frequenza si sono presentate queste situazioni?
6. In questi casi come avete proceduto per rispondere al bisogno /risolvere il problema?
7. Quali difficoltà avete riscontrato?
8. In che modo il professionista che avete consultato vi ha concretamente aiutato?
9. Avete avuto poi la necessità di richiedere nuovamente il suo contributo?
10. Quali caratteristiche dovrebbe avere, secondo la vostra esperienza, il professionista con competenza specifica, per rispondere ai vostri bisogni o aiutarvi a gestire le situazioni problematiche?
11. Qual è la vostra impressione complessiva relativamente a queste esperienze?
12. A fronte delle difficoltà incontrate/evidenziate, vede delle possibili soluzioni?
13. Nella sua UO ci sono persone con competenze specifiche che vengono interpellate dai colleghi per situazioni particolari o problematiche?
14. Se sì, come gestiscono le richieste di aiuto da parte dei colleghi a livello organizzativo?

La ringrazio anticipatamente per la disponibilità che vorrà offrirmi.

Allegato 3

PROPOSTA DI PROFILO DEL PROFESSIONISTA DELLA RIABILITAZIONE CONSULENTE

DEFINIZIONE	Il Professionista della Riabilitazione Consulente offre la sua attività di consulenza in favore di colleghi in situazioni complesse e non routinarie, al fine di supportarli nella realizzazione della pratica professionale
FINALITA'	Intervenire in una specifica situazione riabilitativa al fine di determinare un miglioramento in termini qualitativi delle prestazioni e dell'outcome clinico Favorire la condivisione della propria competenza con i colleghi al fine di realizzare azioni sistematiche di gestione, valutazione ed educazione nell'ambito della situazione specifica
FUNZIONI CORE	Esperto nella pratica clinica Leader professionale Educatore e formatore Referente per lo sviluppo organizzativo, la ricerca e la valutazione
STRUMENTI	Prestazione tecnica Addestramento sul campo del collega Educazione e formazione del collega Educazione dell'utente e/o del care giver Valutazione e supervisione del percorso clinico
REQUISITI FONDAMENTALI	Esperienza clinica approfondita esercitata almeno negli ultimi 3 anni nell'ambito specifico Esperienza supplementare riconosciuta in attività di docenza o partecipazione a GdL sull'ambito specifico Pratica professionale avanzata legata alla gestione globale del fenomeno Aggiornamento continuo delle competenze sul tema oggetto della consulenza
REQUISITI COMPLEMENTARI	Corsi di formazione di livello avanzato (Master, Corsi di Perfezionamento) Conoscenza dell'inglese scientifico Conoscenza informatica e utilizzo delle banche dati accreditate di interesse professionale
QUALITA' PERSONALI	Capacità didattica Capacità di leadership Autorevolezza clinica Intelligenza emozionale Capacità di lavorare in gruppo
AREE DI INTERVENTO	Identificazione della necessità di cura e riabilitazione Pianificazione e attuazione dell'intervento di cura e riabilitazione Valutazione dei risultati Educazione terapeutica all'utente e al care giver Educazione e formazione ai colleghi Supervisione del processo di cura e riabilitazione

Allegato 4

Requisiti, competenze e caratteristiche del professionista sanitario consulente
(sintesi lett.)

	Department of Health 1999	Woodward 2004	Redwood 2006	Dallai 2006	Viti 2010	Stevenson et al 2011	Finiguerra et al 2011	Nostro studio 2016
REQUISITI								
esperienza specialistica/pratica clinica avanzata	x	x	x	x almeno 3 anni	x	x	x almeno 3 anni	x
aggiornamento annuale delle competenze			x				x	x
corsi di formazione di livello avanzato (Master, CIP)	x	x	x	x	x		x	x
conoscenza dell'inglese scientifico				x			x	
conoscenza e utilizzo di programmi informatici e banche dati			x				x	
conoscenza/esperienza di metodologia della ricerca	x	x	x			x		
esperienza in qualità di docente/tutor	x	x				x		x
COMPETENZE								
capacità di problem solving			x					
capacità di comunicazione	x					x		x
capacità di lavorare in gruppo	x	x				x		x
autorevolezza clinica	x		x			x		x
consapevolezza strategica	x		x			x		
capacità di leadership	x	x	x			x		x
capacità di prendere decisioni avanzate	x		x			x		
intelligenza emozionale	x							x
agente di cambiamento			x			x		
CARATTERISTICHE								
determinazione			x					
fiducia in sé stessi	x							
motivazione			x					
umiltà								x