

Utilizzo e percezione della consulenza infermieristica: uno studio osservazionale

Sabrina Panebianco
Infermiera Asl Cn2 Alba-Bra

Corrispondenza: spanebianco@libero.it

INTRODUZIONE

La consulenza è l'attività svolta da un professionista cui si ricorre per consigli su metodiche e tecniche professionali (Calamandrei e Orlando, 2002) o per chiarimenti sulla materia nella quale si sono acquisite particolari competenze (Levati e Saraò, 2007).

È uno degli strumenti introdotti in Sanità per offrire interventi qualitativi, integrazione professionale, sviluppo di conoscenze, attitudini ed esperienze.

Può essere svolta all'interno di uno o più settori: nella pratica clinica, nella formazione/addestramento e nella ricerca (Jokiniemi et al, 2012).

Attualmente la consulenza si distingue in :

- **Informativa:** il richiedente (infermiere o utente/*caregiver*) formula al consulente una richiesta precisa e circoscritta (es. trattamento di una lesione da decubito al II stadio in regione sacrale) (Cavazza, 2011);
- **Clinica:** il richiedente non possiede la competenza per affrontare una particolare situazione e il consulente presta direttamente la sua opera al paziente (es. gestione della relazione assistenziale con i familiari di un anziano con demenza che negano la malattia e reagiscono con aggressività verso l'*équipe*) (Caraceni et al, 2006);
- **Metodologica:** il richiedente viene guidato dal consulente nell'analisi e nell'individuazione di possibili strategie risolutive (es. gestione della relazione tutoriale) (Santoro, 2011).

Le consulenze tra professionista e paziente e tra professionisti possono essere erogate attraverso modalità:

- **Sincroniche:** *vis-à-vis* e comunicazioni telefoniche (Cavazza, 2011);
- **Asincroniche:** *forum* e *newsgroup* (Santoro, 2011).

In un sistema sanitario basato sulla qualità, in cui si tende a formalizzare ogni procedura, è ancora poco diffusa la consulenza infermieristica formalizzata, spesso vincolata a un assetto informale e non è documentata, perché basata su abitudini consolidate e su rapporti interpersonali. Gli infermieri anche se appartenenti a diverse unità di cura, sono soliti scambiarsi consigli e informazioni; in caso, poi, di problematiche assistenziali specialistiche e complesse, si rivolgono a colleghi esperti (Cavazza, 2011).

Tuttavia esistono esperienze di implementazione di servizi di consulenza infermieristica che garantiscono ai professionisti coinvolti un riconoscimento del lavoro svolto, una valorizzazione e una legittimazione della funzione dell'infermiere competente in un'area clinica specifica. Allo stesso tempo, in assenza di norme specifiche in materia, lo tutelano da responsabilità di carattere medico legali (Jokiniemi et al, 2012) (Cavazza, 2011).

I requisiti richiesti o necessari a un infermiere consulente (*nurse consultant*) possono essere di carattere personale (creatività, dinamicità, capacità di adattamento ed empatia), esperienziale (nel Regno Unito attualmente sono riconosciuti tre livelli del *nurse consultant*: *probationary*, *proficient* ed *expert*. Inoltre per essere considerato un consulente *probationary* un infermiere deve esercitare la professione da 8 anni di cui 3 a livello specialistico) e formativo (con almeno 100 ore annuali destinate allo sviluppo professionale.) (Jokiniemi et al, 2012).

Un'indagine condotta nel 2006 nel Regno Unito evidenzia che la maggior parte degli infermieri consulenti sono di genere femminile (85%), ha un'età anagrafica compresa fra i 40-50 anni (il 72%, il 15% tra i 30-40 anni e il 13% oltre i 50 anni di età), un'esperienza lavorativa post qualifica media di 22,8 anni (il 47% con più di 22 anni di esperienza e il 53% con meno di 22 anni di esperienza) e inoltre il 94% risulta in possesso di titoli di *masters* o *doctorate* (Dawson e Mc Ewen, 2006) (Dawson e Coombs, 2008).

Nell'indagine viene evidenziato che gli infermieri consulenti sono particolarmente impegnati nel settore della formazione e della pratica clinica, mentre risultano poco coinvolti nell'ambito della ricerca (Jokiniemi et al, 2012) (Dawson e Coombs, 2008) (Dawson e Mc Ewen, 2006).

A differenza del Regno Unito, le caratteristiche professionali dell'infermiere consulente non sono formalmente riconosciute negli Stati Uniti e in Australia. Spesso, la funzione di consulente infermiere è ricoperta da professionisti con competenza infermieristica avanzata ma, contrariamente a quanto accade in America, dove è richiesto il *master degree level*, in Australia la figura del *clinical nurse consultant* sembra essere maggiormente correlata agli anni di anzianità di servizio più che al livello di istruzione (Jokiniemi et al, 2012).

Attualmente, nel contesto italiano, ci sono esperienze in cui la figura del consulente infermiere non è formalmente riconosciuta. Da quanto proposto in letteratura, si evince che può essere svolta da un infermiere specialista clinico o da un infermiere di provata capacità tecnica (Finiguerra et al, 2011).

In un'azienda nel torinese sono stati definiti i requisiti dell'infermiere consulente per esercitare in quel dato contesto. Si elencano: conoscenza dell'inglese scientifico finalizzato alla ricerca e alla lettura di articoli; esperienza pratica di almeno 3 anni nel settore specifico dove si esercita la professione; conoscenza dei programmi informatici di base nonché delle banche dati internet; obbligo di aggiornamento annuale E.C.M. di almeno 8 ore sul tema in cui verte la consulenza.

Per l'ospedale Careggi di Firenze le ore di formazione specifica sono 20; si richiedono, inoltre, un corso di specializzazione e almeno un'attività tutoriale (Finiguerra et al, 2011).

Due indagini, una condotta nel 2008 presso il Presidio Ospedaliero di S.Giovanni Bosco di Torino e una presso l'Azienda Policlinico di Modena, hanno permesso di individuare i criteri per l'attivazione (attraverso una telefonata il richiedente informa il consulente e successivamente gli invia la richiesta), le modalità (sincroniche) e la priorità di erogazione della consulenza (emergenza: erogazione entro 30 minuti, urgenza: erogazione entro la giornata, ordinaria: erogazione programmata) (Cavazza, 2011) (Finiguerra et al, 2011). In alcuni casi, come quello dell'enterostomista, considerato il volume di prestazioni che gli vengono richieste (221 consulenze annuali), è stato possibile riconoscere all'infermiere consulente, all'interno del suo orario di lavoro, un significativo numero di ore dedicate all'attività di consulenza (Cavazza, 2011).

In altri casi per l'erogazione di consulenze è stato definito un tempo di lavoro straordinario oltre il normale programma di servizio (Cavazza, 2011).

Una revisione sistematica del 2012 e due studi hanno individuato gli esiti che la funzione dell'infermiere consulente e la consulenza stessa hanno sul paziente, sul professionista e sull'organizzazione.

Nel primo caso, i pazienti affetti da asma grave, che durante un intervento informativo dell'infermiere consulente hanno appreso come rilevare la frequenza respiratoria e come identificare valori alterati, oltre a effettuare la tecnica con una modalità più corretta rispetto a coloro che non hanno beneficiato dell'intervento, hanno dimostrato di aver compreso quando è necessario recarsi in ospedale per affidarsi alle cure del caso.

Riguardo al secondo richiamo gli infermieri beneficiari dell'intervento informativo del consulente utilizzano meno la contenzione fisica. Notevolmente migliorato è l'aspetto organizzativo. Infatti dopo l'inserimento di un infermiere consulente, adeguatamente addestrato, in un'unità di day surgery, sono diminuiti i tempi delle liste d'attesa per i pazienti da sottoporre a cardioversione (Kennedy et al, 2012) (Dwamena et al, 2013) (Mohler et al, 2011).

I fattori favorevoli la diffusione della consulenza infermieristica nelle aziende ospedaliere sono: la definizione e la condivisione con il gruppo professionale degli obiettivi e delle funzioni della nuova figura professionale; la formalizzazione di una procedura standardizzata, condivisa con la direzione sanitaria, che stabilisca la tipologia di consulenza, la modalità, i tempi di erogazione e il catalogo delle prestazioni offerte; il riconoscimento dell'importanza della formazione specialistica e dell'aggiornamento continuo per espletare una consulenza di qualità; il riconoscimento di un "tempo lavoro" inteso come ore dedicate all'attività di consulenza durante l'orario di lavoro sia ordinario sia straordinario (Borrelli et al, 2008).

Tra i fattori ostacolanti l'implementazione della consulenza infermieristica compaiono: l'assenza di meccanismi di sostegno a livello organizzativo o addirittura il mancato riconoscimento della funzione del consulente; il ricorso di un consulto del personale medico per problematiche prettamente infermieristiche; la carenza di risorse umane; il contenimento dei costi e, di conseguenza, il mancato riconoscimento economico dei professionisti consulenti; l'eccessivo carico di lavoro e la carenza di tempo nello svolgere la funzione (Cavazza, 2011) (Jokiniemi et al, 2012).

IL MIO PERCORSO

Lo studio si è svolto tra febbraio – marzo 2016 e l'indagine è stata rivolta ai dirigenti Dipsa di una provincia del Piemonte e infermieri che prestano servizio presso strutture pubbliche e private nel territorio Italiano.

Il questionario rivolto ai Dirigenti Dipsa (allegato 1) ha la finalità di rilevare lo stato dell'arte rispetto all'attuazione della consulenza e, a livello di management aziendale, le strategie che secondo i dirigenti possono facilitare l'implementazione della consulenza infermieristica. E' costituito da 10 domande che permettono di indagare: l'esperienza in merito alla consulenza infermieristica (1-7); le strategie favorevoli l'implementazione della consulenza infermieristica (8); i fattori ostacolanti l'attuazione della consulenza infermieristica (9); ed è previsto uno spazio per commenti (10).

Le risposte sono organizzate sia con modalità a risposta chiusa, ma con la possibilità di integrare e/o commentare (domande 1- 6, 8- 9) sia a risposta aperta (domande 7 e 10).

Il questionario rivolto agli infermieri ha finalità di descrivere il percepito e le opinioni degli infermieri rispetto alla consulenza infermieristica ed è costituito da 11 domande suddivise in due sezioni: la prima riguarda i dati socio demografici, il curriculum formativo/lavorativo/professionale; la seconda parte rileva la percezione degli infermieri sulla consulenza infermieristica e sugli aspetti che la caratterizzano.

Le domande permettono di indagare: il percepito degli infermieri in riferimento alla consulenza infermieristica e alle funzioni dell'infermiere consulente (1-6); le ricadute della consulenza sul paziente, sul professionista e sull'organizzazione (7); i fattori favorevoli/ostacolanti la consulenza (8-9); il bisogno della comunità professionale di sperimentare la consulenza infermieristica (10-11).

Le risposte sono organizzate su scala Likert a 4 livelli (da completamente in disaccordo a completamente d'accordo) (domande da 1 a 9) e a 10 livelli (da completamente in disaccordo a completamente d'accordo) (domande 10-11).

I questionari sono stati distribuiti *on line* ed elaborati mediante l'applicativo di *Google Drive*. Dirigenti Dipsa Allegato 1) e infermieri (Allegato 2) hanno ricevuto via *mail* il *link* per consentire l'accesso al questionario. Agli infermieri, inoltre, è stata richiesta la diffusione del questionario ad altri colleghi.

I questionari sono stati identificati con codici numerici che hanno permesso di rendere anonima l'informazione fornita. È stato garantito l'assoluto anonimato: i dati socio-demografici richiesti sono stati trattati secondo i principi del segreto statistico (DLgs 322 del 6 settembre 1989 art.9) dichiarando che le informazioni raccolte saranno rese note solo sotto forma di dati complessivi, anonimi e non collegabili alle singole persone.

OBIETTIVO

Descrivere le percezioni degli infermieri rispetto alla consulenza infermieristica e rilevare le strategie, identificate da dirigenti Dipsa, che possono facilitarne l'implementazione.

RISULTATI

I risultati dei questionari sono stati imputati e codificati in un foglio di lavoro Excel ed elaborati con il programma SPSS22 per Windows.

Le variabili continue sono state descritte con media, deviazione standard e per le variabili discrete sono state analizzate le frequenze assolute e relative. Per confrontare le associazioni fra variabili è stato utilizzato il Test Chi Quadrato e il test ANOVA. Sono stati considerati significativi i valori con p-value <0.05.

Per calcolare l'affidabilità dello strumento proposto agli infermieri è stato utilizzato l'Alfa di Cronbach.

Dirigenti: sono stati compilati il 50% dei questionari somministrati.

La consulenza infermieristica risulta essere sempre attuata in forma sincrona e durante il turno lavorativo. Il 10% dei dirigenti sostiene, inoltre, che la modalità di attuazione della consulenza è formalizzata, mentre il 90% definisce che è fondata sullo scambio di idee/consigli tra colleghi (informale).

Gli infermieri consulenti sono "selezionati" in base agli anni di esperienza lavorativa nel settore specifico, e possibilmente, in possesso di titoli di formazione universitaria post Laurea.

Nel 90% delle aziende la consulenza attuata è di tipo sia clinico sia informativo mentre nel 10% viene anche fornita la consulenza di tipo metodologico in relazioni a progetti di miglioramento della qualità e/o a progetti di ricerca.

Le attività maggiormente erogate/richieste sono: cura delle stomie, cura lesioni da decubito, medicazioni PEG e CVC, posizionamento accessi venosi tipo PICC e Midline, utilizzo delle apparecchiature e cure palliative.

I dirigenti definiscono che i fattori favorevoli l'implementazione della consulenza sono la formalizzazione delle procedure, la disposizione di una quota di ore dedicate a questa attività, l'accountability e la diffusione di un catalogo di prestazioni offerte. Definiscono altresì fattori ostacolanti il non riconoscimento della funzione del consulente, la carenza di risorse umane e l'eccessivo carico di lavoro.

Nonostante lo sviluppo dell'attività di consulenza sia considerata "*un'espressione di autonomia e responsabilità infermieristica*" attraverso cui gli infermieri "*riconoscono l'impossibilità di essere tuttologi e vedono nel confronto con*

il collega un momento di crescita professionale”, i dirigenti rispondenti non propongono ulteriori strategie favorevoli all'implementazione di tale attività nelle aziende sanitarie.

Infermieri: sono stati compilati complessivamente 214 questionari (192 professionisti afferenti alle strutture del Nord Italia, 184 nel nord ovest e 8 nel nord est e 22 nel Centro/Sud).

Il 26,2% (56) esercita la professione nell'ambito manageriale/coordinamento, il 9,3% (20) nella formazione e 64,5% (138) nell'assistenza (di cui 36 in area medica, 30 in area chirurgica, 25 in area territoriale/ambulatoriale, 24 in area critica, 22 in altre aree, 1 non ha risposto). Le caratteristiche socio demografiche e il curriculum formativo/lavorativo/professionale sono descritte nella tabella 1.

Tabella1. Caratteristiche del campione degli infermieri (N=214)			
		n	%
Anni	20-29	20	(9,3)
	30-39	56	(26,2)
	40-49	88	(41,1)
	>50	50	(23,4)
	<i>Media</i> 42,6 (± 8,5)		
Anzianità lavorativa	0-10	50	(23,4)
	11-20	63	(29,4)
	21-30	74	(34,6)
	>30	27	(12,6)
	<i>Media</i> 20,35 (± 9,9)		
Genere	Maschi	49	(22,9)
	Femmine	165	(77,1)
Titolo di studio professionale	D.I.P.*	113	(52,8)
	D.U.I.**	23	(10,8)
	Laurea	78	(36,4)
Ambito lavorativo	Manageriale/Coordinamento	56	(26,2)
	Formazione	20	(9,3)
	Assistenziale	138	(64,5)
*diploma di infermiere professionale, **diploma universitario infermiere			

Il 66,4% (142) dei professionisti dichiara di svolgere l'attività di consulenza (38 esercitanti nell'ambito manageriale/coordinamento, 12 nella formazione e 92 nell'assistenza): il 28,9% (14 nell'ambito manageriale/coordinamento, 2 nella formazione e 25 nell'assistenziale) in modalità formale; il 69,7% (24 nell'ambito manageriale/coordinamento, 9 nella formazione e 66 nell'assistenza) in modalità informale e l'1,4% non ha risposto. La consulenza infermieristica non è in prevalenza un'attività formalizzata a livello aziendale, ma è affidata alla libera iniziativa dell'infermiere.

Tra i 142 professionisti che attuano la consulenza il 76% (108) è di genere femminile; il 44,4% (63) ha un'età anagrafica compresa fra i 40-50 anni (il 22,5% fra i 30-40 e il 21,1% > 50 anni) e un'esperienza lavorativa post qualifica di 19,29 ± 9,99. Inoltre il 57% (81) è in possesso di una formazione post triennio inerente la professione mentre il 21% (30) più di una.

L'utilizzo della consulenza risulta essere associata alla formazione post triennio ($p=0,041$), ma non al genere ($p=0,609$), al titolo di studio professionale ($p=0,932$), all'età anagrafica dei rispondenti ($p=0,722$), agli anni di servizio ($p=0,131$), alla sede di appartenenza ($p=0,980$) e all'ambito lavorativo ($p=0,809$).

Ipotizzando che i professionisti appartenenti all'ambito manageriale/coordinamento e alla formazione esercitino maggiormente la funzione di consulente si è provato ad associare i due ambiti lavorativi, formazione e management/coordinamento, alle variabili "attua la consulenza" "in qualità di consulente", ma si è ottenuta un'associazione statisticamente non significativa ($p=0,20$).

Ipotizzando ancora che gli infermieri appartenenti all'ambito assistenziale esercitino maggiormente la funzione di ricevente si è provato ad associare l'ambito lavorativo alle variabili "attua la consulenza" "in qualità di ricevente", ma anche in questo caso non si è ottenuta una differenza statisticamente significativa ($p=0,21$).

La chirurgia risulta la struttura in cui i professionisti consulenti dell'indagine erogano il maggior numero di consulenze (38%) e allo stesso tempo il servizio cui si rivolgono per riceverne (48%). La pediatria invece risulta essere la struttura in cui i professionisti consulenti dell'indagine richiedono meno consulenze (5%) e anche quello nel quale ne erogano meno (7%).

Le attività di consulenza che risultano maggiormente erogate sono: cura stomie (15%), posizionamento PICC (15%), gestione cateteri venosi e periferici (12,5%), cura delle ferite chirurgiche (10%), utilizzo della ventilazione non invasiva (7,5%), trattamento lesioni da decubito (7,5%), gestione emergenze intra ospedaliere (7,5%), gestione del dolore (5%), forense (5%), counseling (5%), relazione d'aiuto (5%) riabilitazione del pavimento pelvico (2,5%), gestione tracheotomia (2,5%), mentre quelle che risultano maggiormente richieste sono: trattamento lesioni da decubito (22,5%), cura stomie (20%), cura ferite chirurgiche (12,5%), gestione dolore (10%), gestione emergenza intra ospedaliera (5%), isolamento per infezioni ospedaliere (5%), denuncia malattie infettive (5%), relazione d'aiuto (5%), gestione cateteri venosi centrali e periferici (5%), forense (5%), counseling (2,5%), gestione cateteri vescicali (2,5%).

Inoltre, la consulenza risulta essere erogata maggiormente nella pratica clinica (78,6%) e nella formazione/addestramento (17,8%), mentre risulta essere meno attuata nella ricerca (3,6%).

Dato che lo strumento cerca di misurare complessivamente qual è il percepito degli infermieri rispetto alla consulenza, ci si è chiesti se il questionario elaborato fosse attendibile nel misurare quanto richiesto.

Per fare ciò si è applicato l'Alfa di Cronbach I cui valore restituito è pari a 0,91; questo vuol dire che l'affidabilità del questionario utilizzato è ottima.

Rispetto ai risultati ottenuti, il punteggio medio complessivo attribuito alle affermazioni presenti nel questionario dalla domanda 1 alla domanda 9, considerando l'intero campione dei rispondenti (214), è $3,36 \pm 0,37$. L'intero campione è notevolmente sbilanciato verso i punteggi 3 e 4. Complessivamente, rispetto alle affermazioni proposte, la percezione degli infermieri che hanno risposto al questionario oscilla tra il grado "sufficientemente d'accordo" e "completamente d'accordo" rispetto alle affermazioni proposte.

Il punteggio medio alla domanda 10 (necessità approfondire l'argomento consulenza), considerate le risposte di tutti i 214 rispondenti, è pari a $8,45 \pm 1,78$, mentre il punteggio medio attribuito alla domanda 11 (necessità di sperimentare la consulenza) è $8,88 \pm 1,5$. Sia la media che la deviazione standard delle due domande fanno ritenere che ci sia una ottima volontà di approfondire le tematiche riferite alla consulenza e di sperimentare la consulenza stessa. Anzi, il grado di accordo tra coloro che ritengono necessario sperimentarla è leggermente maggiore rispetto alla precedente.

Infatti la percentuale di tutti i 214 infermieri che si dichiara "sufficientemente d'accordo", "d'accordo" e "completamente d'accordo" (punteggio attribuito su scala Likert 6-7-8-9-10) alla domanda: "Necessità approfondire le conoscenze sull'argomento consulenza" è rispettivamente il 94,8% (53 nell'ambito manageriale/coordinamento, 17 nella formazione e 133 nell'assistenza); mentre per quanto riguarda la "Necessità di sperimentare la consulenza" la percentuale è del 96,3% (56 nell'ambito manageriale/coordinamento, 18 nella formazione, 132 nell'assistenza). Il risultato dimostra quanto gli infermieri siano ottimamente disponibili all'approfondimento teorico e alla sperimentazione dell'attività di consulenza.

Nonostante i professionisti esprimano la necessità di sperimentare la consulenza, il 33,6% (72) del totale del campione, circa 1/3 di coloro che hanno partecipato all'indagine, dichiara di non attuarla neanche in modalità informale.

Possiamo inoltre osservare i punteggi medi di alcune affermazioni presenti nel questionario che manifestano il non completo accordo dei rispondenti:

- La consulenza è un'attività informale basata su abitudini consolidate e focalizzate sui rapporti personali tra infermieri ($2,734 \pm 1,04$);

- Il consulente è una funzione esercitabile da un professionista con caratteristiche personali ($2,846 \pm 0,93$), esperienza di attività tutoriale/affiancamento studenti ($2,794 \pm 0,88$) e con conoscenza di inglese scientifico ($2,808 \pm 0,86$);
 - I fattori ostacolanti l'utilizzo della consulenza sono mancanza di tempo nello svolgere la funzione di consulente ($2,864 \pm 0,95$) e la sensazione di minaccia percepita da alcuni infermieri ($2,799 \pm 1,01$);
- e i punteggi medi, ad altre affermazioni, che manifestano il loro completo accordo:
- La consulenza ha come obiettivi offrire interventi qualitativi ($3,780 \pm 0,4878$), rendere l'assistenza più qualificata ($3,813 \pm 0,46$), valorizzare e potenziare l'integrazione professionale ($3,738 \pm 0,53$) e sviluppare conoscenze, attitudini ed esperienze ($3,762 \pm 0,54$);
 - Il fattore che favorisce l'implementazione della consulenza è valorizzare le funzioni dell'infermiere consulente ($3,710 \pm 0,55$);
 - I fattori che ostacolano l'utilizzo della consulenza sono non riconoscere la funzione del consulente ($3,598 \pm 0,71$) e il contenimento dei costi e di conseguenza la mancata retribuzione per coloro che esercitano la funzione di infermiere consulente ($3,210 \pm 0,83$).

Ipotizzando che vi fosse una differenza in termini di punteggio medio complessivo del questionario tra i tre ambiti lavorativi (manageriale/coordinamento, formazione e assistenziale) si è provveduto a confrontarli (ottenendo così la risposta alla domanda: "I professionisti che esercitano nei vari ambiti lavorativi hanno espresso punteggi diversi?"). Non esiste nessuna differenza statisticamente significativa ($p=0,324$) tra i punteggi medi e gli ambiti lavorativi.

Si è proceduto ulteriormente a sottoporre ad analisi della varianza il punteggio medio complessivo del questionario con l'attuare la consulenza ipotizzando che vi fosse una differenza in termini di punteggio medio complessivo fra chi attua la consulenza e chi non la attua (ottenendo così la risposta alla domanda: "I professionisti che attuano la consulenza e coloro che non la attuano hanno espresso punteggi diversi?") Non esiste nessuna differenza statisticamente significativa ($p=0,916$) tra il punteggio medio e attuare la consulenza.

Ipotizzando che vi fosse una differenza in termini di punteggio medio complessivo del questionario tra chi attua la consulenza e lavora in uno degli ambiti elencati (manageriale/coordinamento, formazione e assistenziale) e chi non attua la consulenza e lavora in uno degli ambiti, abbiamo associato le variabili ambito lavorativo e attuazione/non attuazione della consulenza, ricavando il punteggio medio complessivo del questionario per ciascuna categoria.

Anche in questo caso non si evidenziano particolari differenze tra le medie ottenute ($p=0,620$).

DISCUSSIONE

Lo scopo dello studio è quello di descrivere le percezioni degli infermieri rispetto alla consulenza infermieristica e rilevare le strategie, identificate da dirigenti Dipsa, che possono facilitarne l'implementazione.

La ricerca evidenzia che i rispondenti infermieri, siano essi esercitanti nell'ambito manageriale/coordinamento, nella formazione o nell'assistenza ritengono importante la consulenza e sono consapevoli di quanto possa migliorare gli esiti clinici, organizzativi e professionali.

Dalle risposte dei rispondenti alle affermazioni del questionario si deduce che la consulenza infermieristica serve per ricevere consigli, chiarimenti su metodiche e tecniche professionali, ha come obiettivi sviluppare conoscenze, attitudini ed esperienze ed è erogabile, soprattutto, nella pratica clinica attraverso l'addestramento sul campo del collega.

Il consulente, sempre secondo quanto percepito dagli infermieri, dovrebbe essere una funzione esercitabile da un professionista che si aggiorna annualmente sul tema in oggetto della consulenza. Il fattore che potrebbe favorire l'implementazione della consulenza è la valorizzazione della funzione dell'infermiere consulente competente in un'area, mentre quello ostacolante è il contenimento dei costi e di conseguenza la mancanza di retribuzione per coloro che svolgono la funzione di consulente. L'indagine, inoltre, evidenzia una forte disponibilità da parte di tutti i professionisti a sperimentarla, ad approfondirla e a servirsene.

L'indagine rivolta agli infermieri configura, inoltre, quanto evidenziato dallo studio di Jokiniemi (2012). La consulenza può offrire interventi qualitativi; rendere l'assistenza più qualificata ed efficace; valorizzare e potenziare l'integrazione professionale.

L'indagine si mostra coerente anche rispetto a quanto affermato da Cavazza (2011) e Caraceli et al (2006) sottolineando i vari modi attraverso cui la consulenza può essere offerta (supervisione dei colleghi e formazione-educazione al paziente e/o al familiare).

Nel contempo, l'indagine si mostra in linea rispetto a quanto riportato nello studio condotto nel 2006 nel Regno Unito dove vengono evidenziate le caratteristiche maggiormente riscontrate nei consulenti infermieri: gli anni di servizio post qualifica (22,8 vs 19,9 \pm 9,9), l'età anagrafica (40-50 anni), il genere (femminile), ecc (Dawson e Coombs, 2008)

(Dawson e Mc Ewen, 2006). Lievemente più bassa, rispetto ai valori riportati in letteratura, è la percentuale degli infermieri con una formazione professionale universitaria post laurea che attuano la consulenza nell'operatività (78,2% vs 94%).

Nonostante quanto dichiarato non si comprende perché, il 33,6% dei rispondenti, non utilizzi la consulenza infermieristica neanche a livello informale. A tal fine si può ipotizzare che non siano state condivise le opportunità all'interno del gruppo di lavoro, con il coordinatore infermieristico e con i dirigenti.

Una riflessione andrebbe posta inoltre sulla composizione degli infermieri che offrono e ricevono la consulenza tra coloro che hanno compilato il questionario. I consulenti risultano maggiormente rappresentati dai professionisti impegnati nell'ambito manageriale/coordinamento (55,3%) e formazione (41,7%). Mentre gli infermieri che esercitano nell'ambito assistenza risultano essere coloro che richiedono maggiormente l'attività di consulenza (29,3%).

Come espresso da Calamandrei e Orlando (2002): "Essendo la consulenza un'attività svolta da un professionista cui si ricorre per avere consigli su metodiche e tecniche professionali o per chiarimenti sulla materia nella quale si sono acquisite particolari competenze" si può ipotizzare che gli infermieri individuino nei professionisti esercitanti nell'area manageriale/coordinamento e nella formazione i professionisti con maggior competenza per espletare la funzione di consulente (Calamandrei e Orlando, 2002).

Allo stesso tempo i professionisti esercitanti nell'ambito assistenziale, forse per mancato riconoscimento dei titoli di formazione post triennio acquisiti o per abitudine a rivolgersi al medico per problematiche prettamente infermieristiche, non riescono a far emergere le proprie competenze, rischiando così di non mettere a disposizione, del collega e della persona assistita, il proprio sapere.

L'indagine rivolta ai dirigenti sottolinea che in prevalenza la consulenza, nelle aziende dove prestano servizio i dirigenti, è attuata in modalità informale, sincronica e nel turno ordinario di lavoro. In linea con quanto proposto dalla letteratura risultano essere sia la modalità adottata per scegliere il consulente infermiere (individuato in base all'esperienza lavorativa e formativa), sia i tipi di consulenza offerta (informativo, clinico e metodologico), sia i settori in cui viene maggiormente attuata (pratica clinica e nella formazione).

L'indagine configura, inoltre, quanto evidenziato dallo studio di Borelli et al (2008) a proposito dei fattori che possono favorire la messa in atto della consulenza: la formalizzazione di una procedura standardizzata di utilizzo/attivazione della consulenza condivisa con la direzione sanitaria; il riconoscimento di una quota di "tempo lavoro" da dedicare all'attività di consulenza; la responsabilità dell'intero processo di consulenza, dalla richiesta al risultato conseguito; la diffusione di un catalogo di prestazioni offerte, che preveda la tipologia, la modalità e i tempi di erogazione della consulenza stessa.

D'altro canto, come sostenuto da Jokiniemi (2012) e Cavazza (2011), l'indagine ripropone i fattori che possono ostacolare l'implementazione, quali: il mancato riconoscimento della funzione del consulente, la carenza di risorse umane e il carico eccessivo di lavoro.

Nonostante la penuria di articoli che evidenziano altri fattori favorevoli e diversi fattori ostacolanti, dall'indagine scaturiscono due considerazioni:

- 1) Il sistema D.R.G. non prevedendo modalità valutative delle attività infermieristiche, ne impedisce la valorizzazione e la corretta contabilizzazione. Dovrebbe essere previsto uno strumento che monetizzi l'attività di consulenza che ricordi il nomenclatore tariffario delle prestazioni infermieristiche previsto dal Consiglio Nazionale della Federazione OPI quale, nel suo specifico, regola i rapporti tra infermiere libero professionista e cliente;
- 2) La consulenza infermieristica informale è una prassi consolidata tra infermieri che riconoscono l'impossibilità a essere "tuttologi" e vedono nel confronto con i colleghi un momento di crescita professionale. I coordinatori infermieristici dovrebbe informare la direzione sanitaria dello svolgersi di questa pratica consolidata nel quotidiano al fine di avviare un processo di ufficializzazione quanto già in uso dai professionisti.

Le risposte di entrambi i questionari perciò confermano l'ipotesi, proposta in letteratura, che la consulenza si eroga maggiormente attraverso una procedura non formalizzata, basata su abitudini consolidate e fondate sui rapporti personali tra colleghi. Nonostante ciò, l'80% dei rispondenti infermieri si dichiara d'accordo con la affermazione proposta: "La consulenza è un'attività formalizzata attraverso una procedura ufficializzata con la direzione aziendale".

Le due indagini risultano anche linea con quanto evidenziato negli studi di Jokiniemi (2012) e Dawson e Coombs (2006) dove viene sottolineato che i consulenti sono maggiormente impegnati nel settore della formazione/addestramento e nella pratica clinica, ma molto poco nell'ambito della ricerca.

Sempre da quanto emerge dalle due indagini, le due attività che risultano impegnare notevolmente la figura del consulente infermiere sono la cura delle stomie e la cura delle lesioni da decubito.

Particolarmente rilevante è quanto emerso dalla lettura dei fattori ostacolanti l'implementazione della consulenza espressa da dirigenti e infermieri; mentre questi ultimi non ritengono la mancanza di risorse umane e il carico di lavoro un fattore ostacolante, per i dirigenti sono i principali fattori responsabili della non implementazione della consulenza.

Sono opportune altre considerazioni a proposito del questionario e delle procedure utilizzate nella conduzione dello studio. Diversi fattori motivano il numero non molto alto di risposta. Primo fra tutti il breve tempo fissato per la compilazione.

Il questionario rivolto agli infermieri avrebbe potuto contenere domande che avrebbero permesso di far emergere la tipologia del servizio in cui i rispondenti erogano la professione (pubblico o privato), l'orario in cui svolgono l'attività di consulenza (ordinario o straordinario), la tipologia di consulenza erogata (informativa, clinica o metodologica; sincronica o asincronica; legata a un servizio assistenziale specifico o esteso all'azienda) e la modalità di reclutamento dell'infermiere consulente.

Inoltre sarebbe risultata utile allo studio una domanda che permettesse di indagare per quanti infermieri la consulenza fosse ritenuta una risorsa professionale al fine di confrontare l'associazione fra consulenza infermieristica attuata e la risorsa professionale percepita dai professionisti.

CONCLUSIONE

Il fenomeno consulenza merita sicuramente ulteriori approfondimenti e deve riguardare gli operatori della salute: chiamati quotidianamente ad assumere decisioni relative all'assistenza e alla cura della persona assistita attuabili grazie a una maggiore informazione sulle migliori pratiche disponibili.

La consulenza infermieristica, infatti, non è ancora né diffusa né ufficialmente riconosciuta in Italia, anche se è normativamente prevista dagli articoli 12 e 13 del Codice Deontologico dell'infermiere (Roma 12-13 aprile 2019) e rappresenta un indubbio valore aggiunto per la professione. Per questa ragione gli infermieri consulenti dovrebbero essere considerati risorse interessanti.

Il consulente infermiere potrebbe rappresentare un "anello" di unione nella Sanità attuale, caratterizzata da un costante e rapido sviluppo tecnologico e scientifico. Il continuo confronto tra colleghi permette, infatti, di gestire richieste di competenze sempre più avanzate e specifiche.

L'attuale ordinamento didattico universitario disciplina i master specialistici di I livello, dunque è tempo, sia per la dirigenza infermieristica sia per gli infermieri, di impegnarsi per implementare e realizzare la consulenza nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca.

Tra le strategie favorevoli all'implementazione della consulenza infermieristica si potrebbero considerare:

- L'uso di *intranet* per la consulenza tra pari;
- L'elaborazione di progetti specifici che permettano di agire sulla cultura organizzativa;
- La descrizione delle specifiche competenze per aree (profilo di posto).

L'implementazione della consulenza infermieristica può essere sostenuta dal contesto organizzativo e dalla efficace utilità trasmessa dai professionisti che la utilizzano, in qualità di richiedenti o consulenti.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

L'autore dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Borrelli G, Serafini P, Rossi E (2008) *La consulenza telefonica infermieristica in pronto soccorso pediatrico: esperienze e prospettive*. Medico e Bambino, 11. In: http://www.medicoebambino.com/?id=RI0808_10.html (ultimo accesso in data 26/12/2018).
- Bunn F, G Byrne, Kendall (2004) *Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction*. Cochrane Database Syst Rev, 3:CD004180.
- Calamandrei C, Orlando C (2002) *La Dirigenza Infermieristica-manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Milano: McGraw-Hill, 479-82.

- Caraceni A, Zecca E, Martini C, Galmozzi G, Argiolas F, De Conno F (2006) *La consulenza intraospedaliera di cure palliative per pazienti oncologici. L'esempio dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano*. La rivista italiana di cure palliative, (2), 26-31. In: http://www.sicp.it/sites/default/files/SICPEstate06_pag_24_31.pdf (ultimo accesso 02/01/2018).
- Cavazza C (2011) *Consulenze infermieristiche: bilancio di un'esperienza decennale*. L'infermiere (1), 48-51. In: http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/110_1301684757_512.pdf (ultimo accesso in data 26/12/2018).
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A (2012) *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations*. Cochrane Database Syst Rev, 3:CD003267.
- Dawson D, Coombs M (2008) *The current role of the consultant nurse in critical care: consolidation or consternation?* Intensive Crit Care Nurse (24),187-96.
- Dawson D, McEwen A (2006) *The influence of outreach in the development of the nurse consultant role in critical care: cause or effect?* Intensive Crit Care Nurse (22), 4-11.
- Finiguerra I, Simone P, Fuggetta L, Latona S, Dimichele S, Maina L, Gianino MM (2011) *Progettazione e attivazione di un servizio di consulenza infermieristica formalmente riconosciuto all'interno del presidio ospedaliero San Giovanni Bosco di Torino*. Prof Inferm, 64, 219-28.
- Jokiniemi K, Pietilä AM, Kylmä J, Haatainen K(2012) *Advanced nursing roles: A systematic review*. Nurs Health Sci,14, 421-31.
- Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C, Redman J (2012) *Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review*. J Adv Nurs 68, 721-42. Levati W, Sarà M (2007) *Il modello delle competenze*. Milano: Franco Angeli,14.
- Möhler R, T Richter, Köpke S, Meyer G (2011) *Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care*. Cochrane Database Syst Rev, 2:CD007546.
- Santoro E (2011) *Web 2.0 e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Allegato 1. - Questionario rivolto a dirigenti Dipsa.

STRATEGIE DA ADOTTARE PER SOSTENERE LA CONSULENZA INFERMIERISTICA: INDAGINE RIVOLTA AI DIRIGENTI S.I.T.R.A.

Gentilissimo dirigente Dipsa,

il questionario che segue, completamente anonimo, ha l'obiettivo di rilevare le strategie che possono facilitare l'implementazione della consulenza infermieristica.

Il tempo stimato per la compilazione è di 3-4 minuti.

*Campo obbligatorio

1) IN AZIENDA E' ATTIVA LA CONSULENZA INFERMIERISTICA: *

- ✓ si (formale)
- ✓ si (informale)
- ✓ no

2) E' PREVISTA UNA CONSULENZA DI TIPO:

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ informativa
- ✓ clinica
- ✓ metodologica

3) LA CONSULENZA E' EROGATA ATTRAVERSO MODALITA':

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ sincrona (vis à vis, telefonica)
- ✓ asincrona (forum, newsgroup)

4) I CONSULENTI SONO NOMINATI IN BASE A:

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ esperienza lavorativa nel settore specifico della consulenza
- ✓ aggiornamento annuale sul tema in oggetto della consulenza
- ✓ specializzazioni (corsi di perfezionamento, master, laurea specialistica/ magistrale)
- ✓ altro (specificare)

5) L'INFERMIERE EFFETTUA LE CONSULENZE:

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ nel turno di lavoro (lavoro ordinario)
- ✓ fuori del turno di lavoro (lavoro straordinario o libero professionale)

6) LE CONSULENZE SONO EFFETTUATE NEI SEGUENTI SETTORI:

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ terapia Intensiva /UTIC
- ✓ sistema urgenza/emergenza
- ✓ cure palliative
- ✓ chirurgia
- ✓ geriatria
- ✓ pediatria
- ✓ management
- ✓ formazione
- ✓ ricerca
- ✓ altro (specificare)

7) LE ATTIVITA' DI CONSULENZA EROGATE IN AZIENDA, IN RELAZIONE ALLE FUNZIONI TECNICA, EDUCATIVA E RELAZIONALE PREVISTE DAL PROFILO PROFESSIONALE SONO:

(Cortesemente elencare)

8) LE STRATEGIE FAVORENTI L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CONSULENZA INFERMIERISTICA SONO: *

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ formalizzazione della procedura di utilizzo/attivazione consulenza
- ✓ diffusione di un catalogo delle prestazioni offerte
- ✓ predisposizione di una quota di ore dedicate all'attività di consulenza ("tempo lavoro")
- ✓ accountability dell'attività di consulenza
- ✓ altro (specificare)

9) I FATTORI OSTACOLANTI L'ATTUAZIONE DELLA CONSULENZA INFERMIERISTICA SONO: *

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ carenza di risorse umane
- ✓ contenimento dei costi
- ✓ carico di lavoro eccessivo
- ✓ non riconoscimento della funzione di consulente infermieristico
- ✓ altro (specificare)

10) COMMENTI

Allegato 2. - Questionario rivolto agli infermieri.**LA CONSULENZA INFERMIERISTICA E GLI ASPETTI CHE LA CARATTERIZZANO: INDAGINE CONOSCITIVA**

Gentile collega,

chiediamo di rispondere alle domande del questionario che ha l'obiettivo di descrivere il percepito degli infermieri rispetto alla consulenza infermieristica.

Il questionario è facilmente compilabile in 10 minuti.

Sarà garantito l'assoluto anonimato.

***Campo obbligatorio**

GENERE *

- ✓ femmina
- ✓ maschio

ANNI COMPIUTI *

(Specificare)

TITOLO DI STUDIO PROFESSIONALE *

- ✓ diploma di infermiere professionale
- ✓ diploma universitario
- ✓ laurea

FORMAZIONE POST TRIENNIO

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ corso di perfezionamento
- ✓ master I livello
- ✓ laurea specialistica/magistrale
- ✓ master II livello
- ✓ dottorato di ricerca

ANNI DI SERVIZIO *

(Specificare)

SEDE LAVORATIVA *

(Specificare la Regione)

AMBITO LAVORATIVO *

- ✓ manageriale /Coordinamento
- ✓ formazione (intesa come esclusivo ambito lavorativo)
- ✓ assistenziale (specificare)

ATTUA LA CONSULENZA INFERMIERISTICA *

Formale= procedura condivisa con la direzione sanitaria; Informale= procedura focalizzata sui rapporti tra infermieri (scambio di consigli)

- ✓ si
- ✓ no

IN QUALITA' DI:

- ✓ consulente
- ✓ richiedente
- ✓ consulente e richiedente

IN QUALE SETTORE EROGA LA CONSULENZA

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ cure palliative
- ✓ malattie infettive
- ✓ chirurgia
- ✓ pediatria
- ✓ altro (specificare)

IN QUALE SETTORE RICHIEDE LA CONSULENZA

(E' possibile selezionare più opzioni)

- ✓ cure palliative
- ✓ malattie infettive
- ✓ chirurgia
- ✓ pediatria
- ✓ altro (specificare)

Modalità di compilazione

1= Completamente in disaccordo 2= Poco in disaccordo 3= Sufficientemente in accordo 4= Completamente d'accordo

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA

1) SERVE PER:

	1	2	3	4
Ricevere consigli, chiarimenti su metodiche e tecniche professionali (consulenza informativa)				
Ricevere l'erogazione diretta di un intervento (consulenza clinica)				
Essere guidati nell'analisi e nell'individuazione di possibili strategie risolutive (consulenza metodologica)				

2) HA COME OBIETTIVI:

	1	2	3	4
Offrire interventi qualitativi				
Rendere l'assistenza più qualificata ed efficace				
Valorizzare e potenziare l'integrazione professionale				
Sviluppare conoscenze attitudini esperienze				

3) E' EROGATA NELLA:

	1	2	3	4
Pratica clinica				
Formazione e addestramento				
Ricerca				

4) VIENE EROGATA ATTRAVERSO:

	1	2	3	4
Prestazione tecniche				
Addestramento su campo del collega				
Formazione/Educazione al paziente e/o familiare				
Supervisione dei colleghi				

5) ESSA E':

	1	2	3	4
Un' attività formalizzata (procedura per l'attivazione, monitoraggio delle consulenze, modalità e tempi di erogazione, catalogo delle prestazioni)				
Un' attività informalizzata (basata su abitudini consolidate e focalizzate sui rapporti personali tra infermieri)				

6) E' UNA FUNZIONE ESERCITABILE DA:

	1	2	3	4
Un professionista con esperienza clinica di almeno tre anni nel settore specifico (esperto)				
Un professionista che esercita la professione nell'area di cui è consulente				
Un professionista con caratteristiche personali (empatia, creatività, dinamicità, capacità di adattamento)				
Un professionista che si aggiorna annualmente sul tema in oggetto della consulenza				
Un professionista in possesso di corsi di perfezionamento o specializzazioni (specialista)				
Un professionista con esperienza di attività tutoriale/affiancamento studenti				
Un professionista con conoscenza di inglese scientifico utilizzabile ai fini della ricerca e alla lettura di articoli scientifici				

7) ESITI:

	1	2	3	4
clinici/assistenziali (es. diminuzione assunzione alcool)				
sul paziente (es. soddisfazione)				
sul professionista (es. soddisfazione)				
professionali (es. miglioramenti nel recupero di informazioni durante l'accoglienza del paziente)				
organizzativi (es. riduzione liste d'attesa)				

8) I FATTORI FAVORENTI L'UTILIZZO:

	1	2	3	4
Definire e condividere con il gruppo gli obiettivi e le funzioni del consulente infermiere				
Riconoscere l'importanza della formazione specialistica e l'aggiornamento continuo per espletare una consulenza di qualità				
Valorizzare le funzioni dell'infermiere competente in un'area				
Riconoscere il tempo lavoro dedicato all'attività di consulenza				
Garantire e valorizzare l'utilizzo del sistema internet all'interno dei contesti operativi				

9) I FATTORI OSTACOLANTI L'UTILIZZO:

	1	2	3	4
Mancanza di meccanismi di sostegno a livello organizzativo				
Mancanza di risorse umane				
Contenimento dei costi e di conseguenza la mancanza di retribuzione per coloro che esercitano la funzione di infermiere consulente				
Non riconoscimento della funzione di consulente				
Mancanza di tempo nello svolgere la funzione di consulente				
Sensazione di minaccia percepita da alcuni infermieri				

0= completamente in disaccordo; 10= completamente d'accordo

10) RITIENE NECESSARIO APPROFONDIRE LE CONOSCENZE IN MERITO ALLA CONSULENZA INFERMIERISTICA/CONSULENTE INFERMIERE? (0= completamente in disaccordo; 10= completamente d'accordo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11) RITIENE NECESSARIO SPERIMENTARE NELL'OPERATIVITÀ L'USO DELLA CONSULENZA INFERMIERISTICA E DELLA FIGURA DELL'INFERMIERE CONSULENTE? (0= completamente in disaccordo; 10= completamente d'accordo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10