

IJN

ITALIAN
JOURNAL
OF NURSING

GIORNALE ITALIANO
DI INFERMIERISTICA

Organo ufficiale di stampa
COLLEGIO IPASVI
MI-LO-MB

ISSN 2420-8248


IPASVI
MILANO - LODI
MONZA E BRIANZA

N.12/2014

PROGETTO DI LEGGE N. 0228 di iniziativa del Presidente della Giunta regionale

"Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo"

EXPO
MILANO 2015

NUR ES
FOR EXPO

 **Deonto Nursing FAD**

Formazione a Distanza in Infermieristica

Prosegue il corso di formazione
a distanza all'interno della rivista

Alessandro Galazzi
Infermiere, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

RN, MICH

Un'esperienza presso una terapia intensiva svedese, confronto con un'infermieristica diversa

An experience in a Swedish intensive care unit, a comparison with a different nursing

ABSTRACT

Comparing the Italian nursing practice with the one of other countries is always an opportunity of professional growing. This article reports an experience of training in a general intensive care unit in Sweden. The working conditions and the social consideration of Swedish nurses offer a lot of occasions of reflections which would deserve to be widened in this period of crisis not only for Italy.

KEY WORDS: nursing, intensive care unit, Italy, Sweden.

RIASSUNTO

Poter confrontare la pratica assistenziale di infermiere svolta in Italia con quella di altri Paesi è sempre un'occasione di crescita professionale. L'articolo propone il resoconto di un'esperienza di tirocinio in Svezia, presso una terapia intensiva generale. Le condizioni lavorative e la considerazione sociale degli infermieri svedesi offrono vari spunti di riflessione che meriterebbero di essere ampliati soprattutto in questo periodo di crisi non solo per l'Italia.

PAROLE CHIAVE: infermieristica, terapia intensiva, Italia, Svezia.

Nel mese di settembre ho svolto un tirocinio in Svezia, presso la terapia intensiva generale del Sahlgrenska University Hospital di Goteborg; questa esperienza è avvenuta nell'ambito degli stage previsti dal Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Milano. L'arricchimento professionale e le numerose e più disparate domande che mi sono state poste dai colleghi al mio ritorno, mi hanno spinto a scrivere queste riflessioni che spero possiate condividere anche voi. Condividere, nel senso di cogliere gli aspetti positivi della sanità svedese, in particolare dell'organizzazione dell'area intensiva e confrontarla costruttivamente con la realtà italiana.

Per comprendere meglio il sistema sanitario svedese è necessario fare qualche precisazione di carattere geografico, demografico, ma soprattutto culturale. La Svezia appartiene all'Unione Europea, ma non ha mai aderito alla moneta unica: è uno dei paesi in cui l'attuale crisi economica è meno sentita, ha una popolazione di circa 10 milioni di abitanti e una densità di popolazione di circa 21 ab/Km², rispettivamente 1/6 e 1/9 di quelle italiane [1]. Gli svedesi sono noti per il rispetto verso l'ambiente e la non belligeranza; essi hanno fatto del rispetto la loro parola cardine, come ho potuto constata-

re personalmente. L'assistenza sanitaria è vista come componente centrale dell'esteso sistema sociale svedese: l'intera popolazione è coperta dal regime di assicurazione sociale nazionale, finanziato tramite le tasse e i ticket.

La formazione infermieristica è di tipo universitario dal 1977 [2]. Le discipline insegnate nel percorso di base, con i relativi CFU, sono raggruppate come mostra la tabella 1 [3, 4]. In termini di crediti formativi universali risulta evidente una minor impronta biomedica rispetto ad una maggiore componente infermieristica. L'elaborato di tesi pesa doppiamente a fronte delle ore di tirocinio pressoché uguali. Si noti che pur esistendo fra i vari Atenei europei la libertà di personalizzazione dei propri curricula formativi i programmi differiscono in modo poco significativo nel medesimo stato.

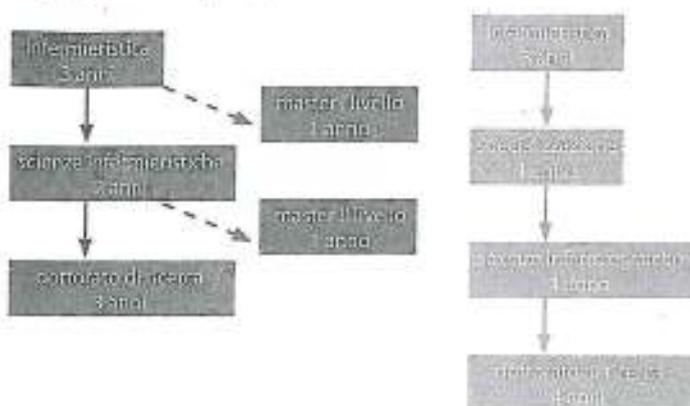
Tabella 1. Differente attribuzione dei CFU fra un'università italiana ed una svedese

	Università degli Studi di Milano	Università Sahlgrenska di Goteborg
scienze infermieristiche	38	46
scienze biomediche	16	22
altre discipline	14	15
esercitazioni	7	22
tirocinio	27	26,5
tesi	9	18
TOTALE CFU	100	100

Inoltre, la quasi totalità degli infermieri svedesi consegue una specializzazione della durata di almeno un anno (60 - 90 CFU) [2, 5, 6]. Ad esempio per l'area critica le specializzazioni possono essere: terapia intensiva (critical care nurse), anestesia (nurse anaesthetist) e pronto soccorso (emergency nurse). Se il professionista vuole dedicarsi alla dirigenza o al tutoring deve frequentare un altro anno, obbligatorio per l'iscrizione al dottorato di ricerca che si articola in quattro anni [2], come evidenzia il grafico successivo.

Tengo a sottolineare che gli infermieri svedesi non conseguono la specializzazione solamente per un personale aumento di conoscenze, ma anche per un incremento di attività specifiche sul paziente e di stipendio. Queste opportunità sono praticamente inesistenti in Italia, dove molti colleghi hanno fatto numerosi sacrifici per conseguire un master, non ottenendo poi un riconoscimento formale alle loro capacità avanzate o un effettivo miglioramento

Grafico 1. Confronto fra il percorso universitario infermieristico italiano (a sinistra) e quello svedese (a destra)



di carriera. Fanno eccezione i master in coordinamento e la laurea magistrale, che non offre comunque un curriculum formativo omogeneo nei vari atenei [7].

Durante il mio tirocinio sono stato affiancato ad un tutor, un infermiere specializzato in terapia intensiva con esperienza ventennale, e da un supervisore che era il medico direttore dell'unità operativa. Entrambi sono sempre stati più che disponibili, ad esempio durante il giro medici o le consegne hanno sempre parlato solamente in inglese affinché anch'io potessi capire.

La terapia intensiva sede del tirocinio è strutturata ad H: nelle due braccia sono collocate le camere di degenza da due posti letto ciascuna e un locale smaltitoio ogni due camere, mentre nel corpo centrale si trovano i servizi (salottino per i parenti, magazzino, locale farmaci, studio medici, studio primario e caposala, salottino ristoro per il personale, servizi igienici). L'unità di degenza non differisce sostanzialmente da quella in cui lavoro, dal letto elettrico articolato ai sistemi di monitoraggio a più canali, dagli armadi con il materiale per le cure igieniche alla postazione infermieristica, a dimostrare che anche in Italia disponiamo di ottimi presidi.

Ogni camera ha una televisione con cuffie per l'audio monopaziente. Essendo una terapia intensiva in cui vengono ricoverati anche pazienti pediatrici, le pareti sono abbellite con decalcomanie raffiguranti animali, fiori o personaggi dei cartoni animati.

Degno di nota è il salottino per i parenti, dove, oltre al divano e alle poltrone in lana cotta, sono a disposizione anche riviste e generi alimentari come the, caffè, succhi di frutta e biscotti. È in questa stanza che si svolge il supporto psicologico erogato dallo psicologo del reparto. Mi chiedo se anche gli utenti italiani apprezzerebbero una tale accoglienza lasciando il salottino parenti sempre in ottimo stato.

Ogni due pazienti sono presenti un infermiere specializzato in terapia intensiva (iva sjuksköterska) ed un operatore di supporto (nurse assistant o gergalmente undernurse): questo rapporto, molto diverso da quello italiano, si mantiene costante nelle 24 ore. L'infermiere, pur avendo la piena gestione del malato, si concentra maggiormente sul processo diagnostico-terapeutico, in collaborazione con il medico, mentre l'assistenza alberghiera è completamente effettuata dall'operatore di supporto. Chiaramente la formazione specialistica dell'infermiere permette di gestire molti farmaci prescritti dal medico come "al bisogno", cosa che in Italia non è prevista o, se lo è, con prescrizioni molto dettagliate basate su segni clinici. Una gestione clinico-assistenziale di questo tipo, che implica un

rapporto di estrema fiducia fra medico, infermiere e operatore di supporto, provoca un grande stupore. Momento fondamentale della giornata è la visita del medico intensivista che avviene ogni mattina verso le 8.30, quando il malato viene visitato dalla testa ai piedi, viene calcolato il bilancio idrico, viene discusso il caso, il medico prescrive la terapia e indica gli obiettivi clinici da raggiungere riguardanti, ad esempio, il setting ventilatorio per lo svezzamento respiratorio, il mantenimento di un bilancio in negativo, l'eventuale trasfusione di emoderivati. La peculiarità del loro modo di lavorare sta nel fatto che ogni figura professionale ha ben chiaro il suo ruolo e ragiona in base ad obiettivi per il benessere del malato. Inoltre, la presenza di più personale permette di non interrompere continuamente il processo assistenziale, ad esempio per rispondere al telefono o al citofono, perché esiste una segretaria, o di non doversi occupare della manutenzione delle apparecchiature perché ogni giorno un operatore specifico controlla il corretto funzionamento dei vari presidi e, se necessario, ne effettua la sostituzione. Lavorare in questo modo permette agli infermieri di concentrarsi unicamente sul malato. In Svezia la figura italiana dell'infermiere come "fac totum" del reparto sarebbe inconcepibile. Numeri alla mano in Italia abbiamo un rapporto di 6.4 infermieri ogni mille abitanti contro gli 11.0 della Svezia [8], esula comunque da questo articolo la comparazione del numero del personale sanitario dei due paesi in quanto il collegamento tra numero di infermieri ed il risultato delle cure erogate è complesso. Sono molti i fattori da considerare, ma soprattutto ogni organizzazione è diversa da altre [9, 10].

La rianimazione è accessibile ai parenti per tutto il giorno e non prevede l'utilizzo di alcuna precauzione individuale: i visitatori e i parenti entrano in reparto in borghese previo lavaggio delle mani. Generalmente il familiare svedese non rimane per l'intera giornata accanto al proprio caro per non interrompere l'attività assistenziale, in quanto ripone fiducia nel personale sanitario. Questa fiducia è ricambiata da tutti i curanti con un'enorme gentilezza e accoglienza verso il parente e la sua famiglia. Le informazioni sul decorso dell'ammalato vengono comunicate sia dal medico che dall'infermiere: l'utenza sa cosa aspettarsi dai diversi sanitari.

La documentazione sanitaria è sia cartacea che informatizzata, ma la prima sta comunque scomparendo a fronte di software che spaziano dalla diaria alla visualizzazione della diagnostica per immagini. Mi soffermerò sul foglio giornaliero clinico-assistenziale e sul diario infermieristico. Il primo è un foglio formato A3 su cui vengono scritti i parametri vitali, il setting ventilatorio, la terapia, gli obiettivi clinici e assistenziali da raggiungere nelle 24 ore, il bilancio idrico, il cambio presidi. Questo documento viene impostato alla mattina, durante l'assessment del paziente, dal medico e dall'infermiere per poi essere scritto successivamente quasi unicamente dall'infermiere.

La diaria medica e quella infermieristica vengono elaborate a computer su un apposito programma a cui si accede tramite la rete ospedaliera. Il diario infermieristico non è scritto in forma discorsiva, bensì per punti collegati a specifici bisogni del paziente che risultano compromessi. Vengono riportate solo le novità corrispondenti a quel determinato bisogno e se non ve ne sono, lo spazio resta bianco. Come è evidente non esiste una particolare pianificazione assistenziale, ma gli infermieri ragionano per obiettivi in sintonia con il medico. A tal proposito riporto le parole che ha usato un anestesista per descrivere questo loro modus operandi: "qui i

medici decidono che autostrada prendere, ma sono gli infermieri che guidano la macchina, cioè il malato, come meglio credono". I bisogni trattati nella diaria sono: Comunicazione (coscienza e interazione), Respirazione, Circolazione, Nutrizione, Eliminazione, Ferite, Mobilitazione, Riposo, Psicossiale (attività giornaliere e visita dei parenti). Per classificare le attività assistenziali viene utilizzata una versione adattata alla loro realtà dei NIC (Nursing Interventions Classification).

CONCLUSIONE

Ho già spiegato il motivo per cui ho scritto questo articolo, vorrei però sottolineare la mia ferma convinzione che ciò che facciamo nella nostra attività assistenziale di terapia intensiva italiana non è per nulla inferiore rispetto a quella svedese, se paragoniamo le risorse umane e strutturali di cui dispongono. La crisi economica

che stiamo attraversando, con i relativi tagli al Sistema Sanitario, certo non aiuta ma il cambiamento deve essere soprattutto culturale. Gli infermieri italiani negli ultimi anni hanno raggiunto mete inimmaginabili solamente trent'anni fa e si deve continuare con questa lungimiranza se si vogliono ottenere le condizioni lavorative e la considerazione sociale di cui godono i colleghi svedesi. In questo modo si riuscirà ad avere un sistema che non sia solo pazientecentrico, di cui si parla tanto, ma antropocentrico, dove per persona intendo non solo il paziente e la sua famiglia, ma anche i professionisti sanitari, solo così avremo un vero sistema di qualità per tutti.

RINGRAZIAMENTI

Un sentito ringraziamento alla Profssa Maura Lusignani e al Dott. Marco Lattuada per aver reso possibile questa esperienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Calendario Atlante De Agostini 2012. 108th ed. Novara: Istituto Geografico De Agostini; 2011.
2. Raholm MB, Hedegaard BL, Lofmark A, Slettebo A. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *J Adv Nurs* 2010;66(9):2126-37.
3. University of Gothenburg [online]. 2012 [cited 2012 on Sept 15]. Available from: URL: <http://www.gu.se/english/research/subjects/?subjectid=303>.
4. UNIVERSITALY Ministero Italiano dell'Università e della Ricerca [online]. 2012 [cited 2012 Sept 15]. Available from: URL: http://www.universitaly.it/index.php/public/cercaOff?livelloLauree=1&classi=2046&areaun=&accesso=tutti&accesso_c=T&citta=&uni-versita=&facolta=&anno=2012&keywords=&rvia=Cerca.
5. Kapborg I. Nursing education in Sweden: development from vocational training to higher level education. *J Adv Nurs* 1998;27(2):372-8.
6. Sophia Hemmet. University College of Nursing [online]. 2012 [cited 2012 Sept 15]. Available from: URL: http://www.sophiahemmethogskola.se/visa_2008_esp?sid=114.
7. IPASVI Federazione Nazionale Collegi Infermieri. Università [online]. 2012 [cited 2012 Sept 15]. Available from: URL: <http://www.ipasvi.it/universita/laurea-magistrale.htm>.
8. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing [online]. 2011 [cited 2012 Sept 15]. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
9. Clarke SP, Donaldson NE. Nurse staffing and patient care quality and safety. In: Hughes RG, editor. Rockville: Agency for Healthcare Research and quality; 2008 Apr. Chapter 25. *Advances in patient safety*. 10. Giusti GD. Gli infermieri meritano più attenzione. *Scenario* 2012;29(1):44-5.

Collegio

Servizi

Aggiornamento
professionaleEXPO
MILANO 2015IPASVI
MILANO - LODI
MONZA E BRIANZA

Pediatría

Italian Journal
of NursingAssistenti
sanitariNursingFAD
DeontoNursingFAD

Lavoro

Libera
professione

Normativa

Università

Geriatría

www.ipasvimi.it