

Prefazione

La prima edizione (americana, *N.d.C.*) del testo *Brunner & Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, venne pubblicata nel 1964 a cura di Lillian Sholtis Brunner e Doris Smith Suddarth.

Lillian e Doris diedero origine a un manuale di infermieristica medico-chirurgica che è diventato negli anni una risorsa didattica affidabile e fondamentale. Lillian e Doris hanno poi scelto Suzanne Smeltzer e Brenda Bare per continuare il loro lavoro. Per diversi decenni Suzanne e Brenda hanno proseguito la ricerca dell'eccellenza nell'infermieristica medico-chirurgica iniziata da Lillian e Doris, supervisionando in maniera meticolosa tutti gli aggiornamenti e le revisioni delle varie edizioni di questo testo. Suzanne e Brenda sono state a loro volta la nostra guida nel corso della lavorazione di diverse edizioni di quest'opera e ora hanno passato a noi l'incarico di proseguire la loro ricerca dell'eccellenza. Questa tredicesima edizione (americana, *N.d.C.*) è il risultato di questa successione editoriale, avvenuta in modo tale da non creare discontinuità nel processo di crescita del manuale.

L'infermieristica medico-chirurgica ha fatto grandi passi in avanti a partire dal 1964 ma continua a essere influenzata in modo significativo dall'evoluzione di diverse altre discipline e dallo sviluppo tecnologico, così come dagli innumerevoli cambiamenti, in ambito sociale, culturale, economico e ambientale, avvenuti in tutto il mondo. Oggi, gli infermieri devono avere capacità particolari di pensiero critico e di decision-making clinico, così come devono sapersi confrontare e integrare con gli altri componenti del team di assistenza multidisciplinare.

Assieme ai cambiamenti con cui gli infermieri moderni si devono confrontare, ci sono anche molte opportunità per fornire assistenza infermieristica competente e sensibile, in un elevato numero di contesti differenti, a persone di tutte le età che si trovano in punti diversi del continuum tra salute e malattia. Allo stesso modo, ci sono molte opportunità di farsi carico della promozione della salute delle persone e delle comunità, attività che costituisce una parte fondamentale dell'assistenza infermieristica.

Questa tredicesima edizione del *Brunner & Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, continua la tradizione delle dodici precedenti edizioni nel preparare gli infermieri a pensare criticamente e a esercitare la professione nella pratica clinica all'interno dello stimolante e complesso sistema salute attuale. Questo manuale punta la sua attenzione su come i concetti di fisiologia, fisiopatologia e psicologia sociale sono collegati con l'assistenza infermieristica e pone molta attenzione nell'integrare concetti tratti da altre discipline quali la nutrizione, la farmacologia e la gerontologia. I contenuti relativi ai bisogni delle persone con disabilità, alla ricerca infermieristica, alle considerazioni etiche, alla pratica basata sulle evidenze scientifiche, al trattamento dell'obesità e al-

la definizione delle priorità sono stati incrementati per dare agli infermieri l'opportunità di migliorare le loro capacità di decision-making clinico.

Organizzazione dell'opera

La tredicesima edizione del manuale *Brunner & Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica* è organizzata in 17 unità che ricalcano quelle delle precedenti edizioni sia pure con alcune differenze. Il contenuto del testo è distribuito in queste diciassette unità e sono presenti numerosi rimandi incrociati tra i diversi capitoli che trattano argomenti correlati. Le unità dalla 1 alla 4 trattano i concetti di base relativi alla pratica infermieristica medico-chirurgica. Le unità dalla 5 alla 17 sono dedicate alla discussione delle condizioni di salute che richiedono un trattamento medico o chirurgico. La sequenza di alcune unità è stata modificata e ora queste si susseguono in un ordine più logico. Per esempio, l'unità 9 dedicata alla funzione muscoloscheletrica ora segue l'unità 8 (funzione immunologica) in modo che la trattazione delle malattie reumatiche preceda quella dei problemi ortopedici. La trattazione della funzione ematologica non si trova più in un capitolo dell'unità che tratta la funzione cardiovascolare ma è stata approfondita e ora occupa un'unità a se stante (unità 7) di tre capitoli organizzati in maniera analoga a quelli che si trovano nelle altre unità.

Tutte le unità, infatti, sono strutturate secondo uno schema standard che facilita lo studio degli argomenti trattati.

- Il primo capitolo dell'unità è dedicato alla valutazione e comprende cenni di anatomia e fisiologia del sistema corporeo trattato.
- I capitoli successivi dell'unità sono dedicati alla gestione e al trattamento di patologie e problemi specifici attraverso la descrizione della fisiopatologia, delle manifestazioni cliniche, dagli esami diagnostici, del trattamento medico e dell'assistenza infermieristica. Paragrafi specifici, dedicati al processo di assistenza infermieristica per alcune condizioni cliniche, chiariscono e approfondiscono qual è il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza alle persone che presentano queste condizioni.

Caratteristiche particolari

Durante l'attività professionale, l'infermiere assume molte funzioni differenti tra cui quelle di consulente, di educatore, di advocacy e di ricercatore. Molte caratteristiche di questo testo sono state pensate proprio per aiutare l'infermiere nel farsi carico di queste funzioni.

Un aggiornamento importante per la pratica clinica è costituito da una nuova pagina di apertura delle diverse unità dedicata alle competenze QSEN. Si tratta di competenze cliniche specifiche messe in evidenza dall'istituto QSEN

(Quality and Safety Education for Nurses)¹ che risultano applicabili ai casi clinici che aprono le unità del testo e che vengono evidenziate attraverso domande che richiedono al lettore di ragionare utilizzando particolari conoscenze e capacità importanti per gli infermieri nel corso della loro attività professionale quotidiana.

Nel corso del testo, nuove icone evidenziano i paragrafi dedicati alla gestione dell'obesità o all'assistenza a persone obese.

Inoltre, gli avvisi denominati *Qualità e sicurezza – Attenzione*, le schede di genetica nella pratica infermieristica e quelle dedicate ai dilemmi etici sono stati aggiornati sia nel formato sia, soprattutto, nei contenuti.

Il testo fornisce anche strumenti didattici sviluppati per aiutare i lettori a evidenziare a capire i concetti più importan-

ti. Nuovi di questa edizione sono gli avvisi *Concetto importante – Attenzione* che evidenziano e chiariscono concetti infermieristici fondamentali per migliorare la comprensione da parte del lettore degli argomenti complessi o che potrebbero essere fraintesi. Questi argomenti sono stati selezionati analizzando i dubbi e gli errori di centinaia di studenti di infermieristica medico-chirurgica che seguono il programma di studio *Lippincott's Adaptive Learning* in tutti gli Stati Uniti.

Per una presentazione completa delle caratteristiche del testo consigliamo di leggere la Guida all'uso del manuale che si trova nelle pagine seguenti.

È con immenso piacere che presentiamo questa tredicesima edizione del manuale *Brunner & Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*. Il nostro principale obiettivo durante la lavorazione del testo è stato fornire conoscenze che aiutassero i professionisti infermieri e gli studenti di infermieristica a erogare assistenza di qualità a persone, caregiver, famiglie, gruppi e comunità nei diversi contesti di cura e a domicilio. Speriamo di aver raggiunto questo obiettivo e saremo grate ai nostri lettori che vorranno inviarci i loro pareri in proposito.

Janice L. Hinkle, PhD, RN, CNRN
Kerry H. Cheever, PhD, RN

¹ L'istituto QSEN (Quality and Safety Education for Nurses Institute) è un'associazione statunitense che promuove lo studio e la formazione relativamente ad alcuni concetti chiave che forniscono un quadro delle conoscenze, delle capacità e degli atteggiamenti richiesti agli infermieri per dimostrare le proprie competenze in alcune aree chiave della pratica clinica. Si veda in proposito la descrizione presentata a pagina XXV (N.d.T.).

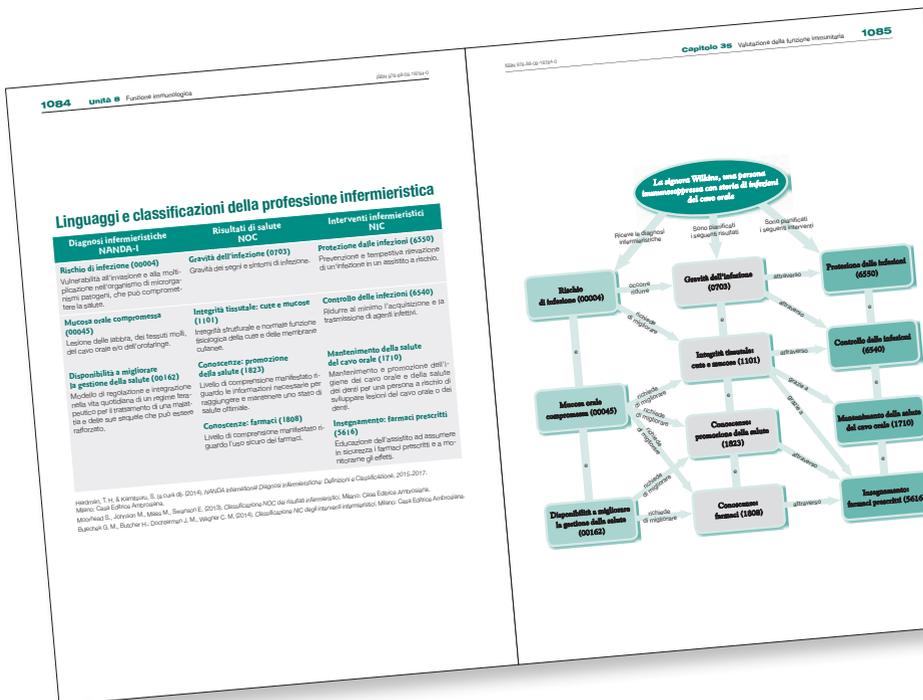
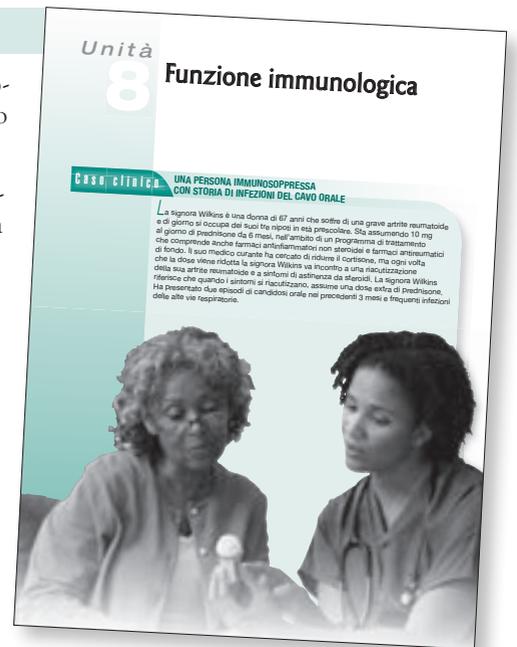
Guida all'uso del manuale

La tredicesima edizione (americana, N.d.C.) del manuale *Brunner & Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, è stata migliorata e aggiornata per riflettere la complessa natura dell'infermieristica moderna. Questo manuale presenta molte caratteristiche pensate per aiutare i lettori ad acquisire e applicare le conoscenze necessarie per affrontare con successo le sfide e le opportunità della pratica clinica. In più, queste caratteristiche sono state pensate per aiutare i lettori ad assumere in modo consapevole le molte funzioni che l'infermiere si trova a ricoprire nell'esercizio della professione.

Caratteristiche di apertura

L'apertura di ciascuna unità mette la persona al centro dell'assistenza e sottolinea conoscenze e capacità importanti per gli infermieri così come applicazioni del processo di assistenza infermieristica.

- NOVITÀ Caso clinico con focus sulle competenze QSEN** Ogni unità si apre con un caso clinico su cui è richiesto di ragionare utilizzando una delle competenze QSEN: assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinari, pratica basata sulle evidenze scientifiche, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica. In questo modo il lettore prende confidenza con le conoscenze, le capacità e gli atteggiamenti professionalizzanti richiesti all'infermiere per fornire un'assistenza sicura e di qualità.
- Linguaggi e classificazioni della professione infermieristica** Il caso clinico di apertura di ciascuna unità viene sviluppato utilizzando le classificazioni infermieristiche e il linguaggio NANDA-I, NOC e NIC, anche attraverso una mappa concettuale che riassume i collegamenti tra gli elementi delle tre tassonomie (diagnosi infermieristiche NANDA-I, risultati di outcome NOC e interventi infermieristici NIC).



1086 Unità 8 Funzione immunitaria

Focus sulle competenze QSEN: Pratica basata sulle evidenze scientifiche

Le complessità inerenti all'odierno sistema sanitario sfidano gli infermieri a diventare investigatori di completezza e di qualità (Pratt & Davidson, 2008). Le competenze hanno lo scopo di assicurare l'ingegnere di completezza e di qualità (Pratt & Davidson, 2008). Il Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) mette in un'assistenza sicura, dalle capacità e negli atteggiamenti (ISA, *Interprofessional Knowledge, Attitudes, and Skills for Interprofessional Practice*) (Cham, 2012) che forniscono un quadro delle conoscenze e delle competenze in nuove aree chiave, che comprendono: assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinari basata sulle evidenze scientifiche, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica.

Definizione di Pratica basata sulle evidenze scientifiche: Integre le migliori evidenze oggi disponibili con l'esperienza clinica e con le preferenze e i valori dell'assistito nella pratica per fornire un'assistenza ottimale.

CONOSCENZE E CAPACITÀ PROFESSIONALIZZANTI

Conoscenze
 Scegliere il punto delle evidenze nella disseminazione della migliore pratica clinica.

Capacità
 Discutere il rationale degli approcci routinari di cura con la signora Wilkins sul "salire l'arteria renale".
 Identificare i modi con cui potete aiutare una conversazione sull'attuale regime terapeutico. Quali risorse potete utilizzare per migliorare i suoi risultati di salute?

Atteggiamenti
 Valutare il bisogno di miglioramento continuo della pratica clinica basata su nuove conoscenze.
 Riflettere sui vostri attuali atteggiamenti nei confronti della persona con risultati cronici di cui le decisioni cliniche non prevedibili, come l'arteria renale, e discutere, inevitabilmente, avere risultati diversi di malattia, come l'infarto miocardico e l'ipertensione delle alte vie respiratorie?

APPLICAZIONI E RIFLESSIONI

Discutete le attuali migliori evidenze, valutate la cura della signora Wilkins sul "salire l'arteria renale".
 Discutete come l'atteggiamento del bisogno di promozione nutrizionale, sulla ricorrenza delle cariche orali e delle infezioni delle alte vie respiratorie.

Chambers, L., Brennan, G., Barnham, J., et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 25(5), 122-137. ©2013 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. This publication is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.

L'apertura di ciascun capitolo, invece, presenta caratteristiche pensate per organizzare l'apprendimento.

- **Obiettivi di apprendimento** Presentano un sommario di ciascun capitolo e identificano le conoscenze che devono essere acquisite, permettendo di focalizzare la lettura e lo studio.

- **Glossario** Fornisce un elenco di parole chiave con le relative definizioni in modo da consentire al lettore di prendere confidenza con i termini che incontrerà nel corso del capitolo. Costituisce anche un'utile risorsa per il ripasso e per la ricerca del significato di termini specifici.

Capitolo

35

Valutazione della funzione immunitaria

Obiettivi di apprendimento

Completando lo studio di questo capitolo lo studente sarà in grado di:

<p>1 Descrivere la risposta immunitaria generale del corpo.</p> <p>2 Discutere gli stadi della risposta immunitaria.</p> <p>3 Distinguere una risposta immunitaria cellulare da una umorale.</p>	<p>4 Descrivere gli effetti di specifiche variabili sulla funzione del sistema immunitario.</p> <p>5 Usare parametri di valutazione per determinare lo stato della funzione immunitaria degli assistiti.</p>
---	--

Glossario

<p>agglutinazione: effetto dell'azione di un anticorpo che crea degli agglomerati di antigeni</p> <p>anticorpo: sostanza proteica prodotta dall'organismo in risposta a un antigene specifico, col quale interferisce</p> <p>antigene: sostanza che induce la produzione di anticorpi</p> <p>apoptosi: morte cellulare programmata che deriva dalla digestione del DNA da parte delle endonucleasi</p> <p>cellule B (linfociti B): componenti del sistema immunitario coinvolti nella risposta immunitaria umorale</p> <p>cellule fagocitarie: cellule che inglobano e distruggono corpi estranei o tossine</p> <p>cellule memoria: cellule responsabili del riconoscimento di antigeni grazie a precedenti esposizioni e capaci di organizzare una risposta immunitaria</p> <p>cellule natural killer (NK): linfociti di difesa contro microrganismi e cellule maligne</p> <p>cellule staminali: cellule precursori di tutte le cellule; risiedono principalmente nel midollo osseo</p> <p>cellule T (linfociti T): cellule responsabili della risposta immunitaria cellulare</p> <p>cellule T citotossiche: linfociti che lisano cellule infette da virus; hanno un ruolo anche nel rigetto dei trapianti</p>	<p>epitopo: porzione della molecola di un antigene che agisce come determinante antigenico e consente il legame di un determinato anticorpo</p> <p>immunità: la risposta specifica di protezione dell'organismo da agenti o organismi estranei; resistenza alla malattia, in particolare alle malattie infettive</p> <p>immunopatologia: studio dei disturbi causati da disfunzioni del sistema immunitario</p> <p>immunoregolazione: complesso sistema di controlli ed equilibri che regola o controlla le risposte immunitarie</p> <p>ingegneria genetica: complesso di tecniche che permettono l'isolamento di geni e il loro inserimento nel DNA di un organismo per sostituire geni mancanti o difettosi</p> <p>interferoni: famiglia di proteine prodotte in risposta alla presenza di virus o altri agenti estranei, capaci di attivare altri componenti del sistema immunitario</p> <p>linfocine: sostanze rilasciate dai linfociti sensibilizzati quando vengono a contatto con gli antigeni specifici</p> <p>linfociti non B e non T: linfociti privi di marker tipici dei linfociti B e dei linfociti T; distruggono antigeni già ricoperti da anticorpi</p> <p>opsonizzazione: processo in cui la copertura dei complessi antigene-anticorpo da parte di sostanze adesive (opsonine) ne facilita la fagocitosi</p>
--	---

Caratteristiche per sviluppare il ruolo professionale dell'infermiere

Una delle funzioni principali del professionista infermiere prevede che egli si prenda cura in maniera olistica delle persone che assiste e delle loro famiglie, sia in modo autonomo sia integrandosi con gli altri professionisti della salute. Speciali inserti distribuiti nei diversi capitoli sono pensati proprio per aiutare il lettore nella pratica clinica.

- **Processo infermieristico** Queste schede sono organizzate secondo le diverse fasi del processo di assistenza infermieristica, il fondamento di tutta la pratica clinica infermieristica. Aiutano a chiarire le responsabilità dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza a persone con specifici problemi di salute.

PROCESSO INFERMIERISTICO

La persona con sindrome coronarica acuta

Valutazione iniziale

Uno degli aspetti più importanti dell'assistenza ai soggetti con sindrome coronarica acuta è la valutazione, che permette di stabilire la condizione di base dell'assistito, identificare i suoi bisogni e definirne le priorità. La valutazione sistematica comprende la raccolta accurata della storia clinica focalizzata soprattutto sulla sintomatologia: dolore toracico, difficoltà alla respirazione (dispnea), palpitazioni, affaticamento inconsueto, svenimenti (sincope) o altri possibili indicatori di ischemia del miocardio. Ogni sintomo deve essere valutato rispetto al tempo di insorgenza, alla durata, ai fattori che ne facilitano la scomparsa e a quelli scatenanti e comparato con sintomi precedenti. Una valutazione fisica mirata è fondamentale per rilevare eventuali complicanze e variazioni delle condizioni cliniche dell'assistito. La Scheda 27-6 riporta gli aspetti che devono essere valutati e i possibili riscontri.

- **Piano di assistenza infermieristica** Per alcune patologie selezionate viene fornito un esempio di piano di assistenza infermieristica che mostra come il processo infermieristico viene applicato per soddisfare i bisogni e le necessità delle persone assistite.

Scheda 27-11 PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
Assistenza alla persona con infarto miocardico acuto non complicato		
DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Rischio di perfusione tissutale cardiaca ridotta (00200) correlata alla riduzione del flusso coronarico		
OBIETTIVO: Riduzione/scomparsa del dolore toracico		
Interventi infermieristici	Razionale	Risultati attesi
<p>1. Valutare, documentare e riferire al medico i seguenti aspetti:</p> <p>a. La descrizione che l'assistito fornisce del dolore toracico, compresi la sede, l'intensità, l'irradiazione, la durata e i fattori che lo influenzano. La presenza di altri sintomi come nausea, sudorazione, astenia inusuale.</p> <p>b. L'effetto dell'ischemia coronarica sulla perfusione cardiaca (per esempio, variazioni della pressione arteriosa, o del ritmo cardiaco), cerebrale (per esempio, alterazioni dello stato di coscienza), renale (per esempio, oliguria), cutanea (per esempio, variazioni del colorito e della temperatura).</p> <p>2. Effettuare un ECG a 12 derivazioni in concomitanza con la sintomatologia, secondo prescrizione, per valutare l'ischemia in corso.</p> <p>3. Somministrare ossigeno secondo prescrizione.</p> <p>4. Somministrare la terapia farmacologica prescritta e valutarne sistematicamente gli effetti.</p> <p>5. Assicurare il riposo. Alzare la testata del letto per migliorare il comfort. Somministrare, se tollerata, la dieta. Usare la comoda accanto al letto. Usare prodotti per mantenere morbide le feci al fine di prevenire le difficoltà nell'evacuazione. Pre-disporre un ambiente riposante, ridurre l'ansia e la paura con un atteggiamento di sostegno, calmo e competente. Individualizzare le visite in base alle reazioni dell'assistito.</p>	<p>1. Questi dati consentono di identificare la causa e l'effetto del dolore toracico e costituiscono un termine di confronto per lo stato clinico dell'assistito dopo la terapia.</p> <p>a. Il dolore toracico è associabile a molti stati patologici. Ci sono segni clinici caratteristici del dolore e della sintomatologia ischemica.</p> <p>b. L'infarto miocardico riduce la contrattilità del miocardio e l'efficacia del ventricolo, e può provocare la comparsa di aritmie. La gittata cardiaca è ridotta, con conseguente diminuzione della pressione arteriosa e della perfusione degli organi.</p> <p>2. L'ECG effettuato in presenza dei sintomi è utile per la diagnosi dell'ischemia.</p> <p>3. L'ossigenoterapia aumenta l'apporto di ossigeno al miocardio.</p> <p>4. La terapia farmacologica (nitroglicerina, morfina, beta-bloccanti, ASA) è il principale strumento per preservare il tessuto miocardico.</p> <p>5. Il riposo riduce il consumo di ossigeno da parte del miocardio. La paura e l'ansia aggravano lo stress, aumentando i livelli delle catecolamine endogene che a loro volta aumentano il consumo di ossigeno da parte del miocardio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riferisce immediatamente la regressione del dolore toracico e degli altri sintomi. • Riferisce di sentirsi meglio, è asintomatico. • La frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa tornano ai valori precedenti il quadro sintomatologico. • La cute è tiepida e asciutta. • Un'adeguata gittata cardiaca si evidenzia in base a: <ul style="list-style-type: none"> • Elettrocardiogramma stabile o migliorato • Frequenza e ritmo cardiaci • Pressione arteriosa • Stato mentale • Diuresi • Azotemia e creatinemia • Colorito, temperatura e umidità della cute. • Nessuna reazione avversa da farmaci.

- **Valutazione** Queste schede si concentrano sui dati che devono essere raccolti durante la fase di valutazione iniziale del processo infermieristico.

Scheda 29-1 VALUTAZIONE	
Insufficienza cardiaca	
Porre attenzione alla presenza dei seguenti segni e sintomi:	
Congestione	
<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea • Ortopnea • Dispnea parossistica notturna • Tosse (da sdraiato o da sforzo) • Crepitii polmonari che non spariscono con i colpi di tosse • Aumento ponderale (rapido) • Edemi declivi • Gonfiore o fastidio addominale • Ascite • Distensione delle vene giugulari • Disturbi del sonno (ansia o fame d'aria) • Affaticabilità 	

- **Fattori di rischio** Queste schede mettono in evidenza i fattori che possono compromettere la salute.

Scheda 27-1 FATTORI DI RISCHIO	
Fattori di rischio per coronaropatia	
<p>I fattori di rischio non modificabili sono circostanze su cui una persona non ha alcun controllo. I fattori di rischio modificabili sono invece circostanze o comportamenti su cui una persona può esercitare il controllo, come, per esempio, modificare lo stile di vita o un'abitudine personale o utilizzare farmaci. Un fattore di rischio può funzionare indipendentemente o in associazione con altri fattori di rischio. Più sono i fattori di rischio che una persona ha, maggiore è la probabilità di malattia coronarica (CAD). Per le persone a rischio si consiglia lo svolgimento di esami medici regolari e l'osservanza di comportamenti salutari (azioni intenzionali per ridurre il numero e la portata dei rischi).</p>	
Fattori di rischio non modificabili	
Storia familiare di CAD (parente di primo grado con malattia cardiovascolare a 55 anni di età o più giovane per gli uomini e di 65 anni di età o più giovani per le donne).	
Avanzamento dell'età (più di 45 anni per gli uomini; più di 55 anni per le donne).	
Sesso (gli uomini sviluppano una coronaropatia molto più precocemente rispetto alle donne).	
Razza (l'incidenza delle cardiopatie è maggiore tra gli afro-americani rispetto ai caucasici).	

- **Linee guida** Le linee guida indicano interventi infermieristici (con il relativo razionale scientifico) per specifiche situazioni di assistenza.



**Scheda
20-11**

LINEE GUIDA

Assistenza alla persona durante la toracentesi

Materiale occorrente

- Teli sterili
- Guanti sterili e monouso
- Garze sterili o tamponi
- Cuffia, mascherina, camice sterile
- Aghi da 16-18 G, lunghi 5-7 cm o aghi cannula (aghi con mandrino)
- Siringa da 20 e 50 mL
- Contenitore a tenuta per il liquido pleurico

- Rubinetto a tre vie, tubo di raccordo sterile, cerotto
- Anestetico locale
- Siringa da 2,5 o 5 mL con ago da 22-24 G per anestesia locale
- Antisettico cutaneo
- Provette per esami chimico-fisici e microbiologici
- Contenitore con formalina (se biopsia pleurica)

Attuazione

Interventi infermieristici

- Prima della procedura verificare che siano state prescritte ed effettuata la radiografia del torace o l'ecografia, che la persona sia stata informata adeguatamente e abbia espresso il proprio consenso.
- Verificare l'identità della persona (non usare il numero di stanza o di letto); valutare la sede della toracentesi; valutare l'eventuale allergia dell'assistito al lattice, all'antisettico o all'anestetico locale; controllare la coagulazione (PT, PTT e conta piastrinica).
- Informare la persona sulla natura della procedura e su:
 - L'importanza di rimanere immobile.
 - Le sensazioni di pressione che proverà.
 - Il disagio che proverà dopo la procedura.
- Valutare lo stato di coscienza, il respiro, il circolo, il dolore. Somministrare la sedazione, se prescritta.
- Posizionare comodamente la persona con dei sostegni adeguati. Se possibile, aiutare l'assistito ad assumere una delle seguenti posizioni:
 - Seduto sul bordo del letto con i piedi appoggiati su un supporto, gli arti superiori e la testa su un cuscino posto sopra un tavolo.
 - Seduto a cavalcioni di una sedia con gli arti superiori e la testa appoggiati sullo schienale.
 - Disteso sul lato sano con il terzo superiore del letto elevato da 30 a 45°, se non è possibile la posizione seduta.

Razionale

- Le radiografie del torace in proiezione postero-anteriore e laterale sono utilizzate per localizzare il liquido e l'aria nella cavità pleurica e aiutare a determinare la sede di puntura. Quando il liquido è organizzato (isolato in una tasca del liquido pleurico), si effettua un'ecografia per scegliere la sede migliore per l'aspirazione con l'ago.
- Questi controlli garantiscono la sicurezza della persona assistita e prevengono gli eventi avversi come le reazioni allergiche e l'emorragia.
- Una spiegazione aiuta a orientare la persona alla procedura, a mobilitarne le risorse e offre l'opportunità di fare domande e verbalizzare l'ansia.
- Valutare e documentare questi dati guida nella gestione della sedazione e offre dei termini di confronto per la valutazione dopo la procedura. La sedazione aiuta la persona assistita a collaborare durante la procedura e ne favorisce il rilassamento.
- La posizione seduta facilita la rimozione del liquido che di solito si localizza alla base del torace, inoltre allontana le coste posteriori ampliando gli spazi intercostali, facilitando l'inserimento dell'ago. Una posizione confortevole aiuta la persona a rilassarsi ed evita che faccia movimenti pericolosi durante la procedura.

- **Tabelle e schede di farmacologia** Mettono in evidenza considerazioni significative in relazione alla somministrazione e al monitoraggio della terapia farmacologica.

TABELLA 29-3  Farmaci comunemente usati per il trattamento dell'insufficienza cardiaca		
Farmaco	Effetti terapeutici	Considerazioni di cura
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori)		
Captopril Lisinopril Enalapril	Riduzione della pressione arteriosa e del lavoro cardiaco. Alleviamento dei segni e dei sintomi dell'insufficienza cardiaca. Prevenzione della progressione della patologia.	Monitorare per ipotensione e peggioramento della
Bloccanti i recettori dell'angiotensina		
Valsartan Losartan	Riduzione della pressione arteriosa e del postcarico. Alleviamento dei segni e sintomi di insufficienza cardiaca. Prevenzione della progressione della patologia.	Monitorare per ipotensione e peggioramento della
Idralazina e isosorbide dinitrato		
	Vasodilatazione. Riduzione della pressione arteriosa e del postcarico.	Monitorare per ipotensione
Bloccanti beta-adrenergici (beta-bloccanti)		
Metoprololo Carvedilolo	Vasodilatazione. Riduzione della pressione arteriosa e del postcarico. Alleviamento dei segni e sintomi di insufficienza cardiaca. Miglioramento della capacità di esercizio.	Monitorare per diminuzione ipotensione sintomatica

**Scheda
29-2**



FARMACOLOGIA

Somministrazione e monitoraggio della terapia diuretica

Quando l'assistenza infermieristica implica la gestione di una terapia diuretica per il trattamento dell'edema polmonare o dell'insufficienza cardiaca, l'infermiere deve somministrare i farmaci e valutare le risposte dell'assistito come segue:

- Prima di somministrazione del diuretico, verificare i risultati dei test di laboratorio per deplezione elettrolitica; in particolare potassio, sodio e magnesio.
- Prima di somministrare il diuretico, verificare eventuali segni e sintomi di deplezione del volume dei liquidi, quali ipotensione posturale, stordimento e vertigini.
- Somministrare il diuretico in un momento favorevole allo stile di vita dell'assistito, per esempio nelle prime ore del giorno per evitare la nicturia.
- Monitorare la diuresi nelle ore successive alla somministrazione, e analizzare il bilancio E/U e il peso giornaliero per valutare la risposta al trattamento.
- Continuare a monitorare gli elettroliti sierici per deplezione. Reintegrare il potassio con una maggiore assunzione orale di alimenti ricchi di potassio o integratori con potassio. Reintegrare il magnesio, se necessario.
- Monitorare per iperkaliemia i soggetti trattati con diuretici risparmiatori di potassio.
- Continuare a valutare i segni di deplezione del volume dei liquidi.
- Monitorare la creatinemia per rilevarne un aumento dei livelli, indicativo di disfunzione renale.
- Monitorare il livello di acido urico e segni e sintomi di gotta.
- Valutare i suoni respiratori e l'edema per valutare la risposta alla terapia.
- Monitorare per reazioni avverse, come disturbi gastrointestinali e aritmie.
- Dopo la somministrazione della dose, incoraggiare la posizione supina, che facilita gli effetti del diuretico.
- Assistere la persona a gestire la frequenza e l'urgenza urinaria associata alla terapia diuretica.

• **Aggiornato** *Qualità e sicurezza* • *Attenzione*

Queste schede si trovano in tutti i capitoli del testo e offrono consigli per una migliore pratica clinica e avvertimenti da bollino rosso che consentono di evitare gli errori più comuni.

Qualità e sicurezza • *Attenzione*

Agli assistiti va raccomandato di provare l'acqua del bagno prima di immergersi e di evitare l'uso di borse dell'acqua calda e di tavolette termiche alle estremità. È preferibile applicare la borsa dell'acqua calda sull'addome, per indurre il riflesso della vasodilatazione alle estremità.

• **Area critica** Una specifica icona permette di identificare i paragrafi dedicati all'assistenza a persone in condizioni critiche.

Sindrome coronarica acuta e infarto miocardico

La sindrome coronarica acuta (SCA) è una situazione d'emergenza caratterizzata da un esordio acuto di ischemia miocardica che determina la morte del miocardio (infarto del miocardio) se non si attuano immediatamente interventi risolutivi.

• **Genetica nella pratica infermieristica** Queste schede riassumono e sottolineano gli aspetti della valutazione e dell'assistenza infermieristica che sono collegati al ruolo della genetica in relazione a specifiche patologie.

Scheda
25-1

GENETICA NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

Malattie cardiovascolari

Diversi disturbi cardiovascolari sono associati ad anomalie genetiche. Alcuni esempi sono:

- Familiarità per ipercolesterolemia
- Cardiomiopatia ipertrofica
- Sindrome del QT lungo
- Emocromatosi ereditaria
- Livelli elevati di omocisteina

Valutazioni infermieristiche

Valutazione della storia familiare

- Valutare tutti gli assistiti con sintomi cardiovascolari per coronaropatia (CAD), a prescindere dall'età (insorgenza precoce della CAD).
- Valutare la storia familiare per morte improvvisa in soggetti che possono essere o non essere stati diagnosticati per CAD (soprattutto se l'esordio è stato precoce).
- Chiedere se ci sono stati casi di morte improvvisa in bambini, adolescenti o adulti fino ad allora asintomatici.
- Chiedere se ci sono persone in famiglia con patologie biochimiche o neuromuscolari (per esempio, emocromatosi o distrofia muscolare).

• Valutare se sono altri test genetici

Valutazione dell'assistito

- Valutare per segni corneali, dolore
- Valutare per deb

Gestione specifica

- Se indicato, invitare in modo del rischio per test genetici, con
- Offrire informazioni, il sito web della Società Ita
- Fornire sostegno cardiovascolare

Risorse

Per altre risorse su

• **Considerazioni relative all'invecchiamento** Sono schede, grafici e tabelle identificati da una specifica icona che presentano informazioni specifiche relative all'assistenza delle persone anziane. Nei Paesi occidentali, gli anziani costituiscono la fascia di popolazione il cui numero cresce più rapidamente.

Scheda
14-1

Riconoscere lo shock nelle persone anziane

I cambiamenti fisiologici associati all'invecchiamento, insieme alle condizioni patologiche talvolta croniche, espongono le persone anziane ad aumentato rischio di sviluppare uno stato di shock e una sindrome da disfunzione multiorgano (MODS). Gli anziani possono riprendersi dallo shock se questo viene identificato e trattato precocemente con terapie aggressive e di sostegno. Gli infermieri svolgono un ruolo chiave nella valutazione e nell'interpretazione di lievi alterazioni della risposta degli anziani alla malattia.

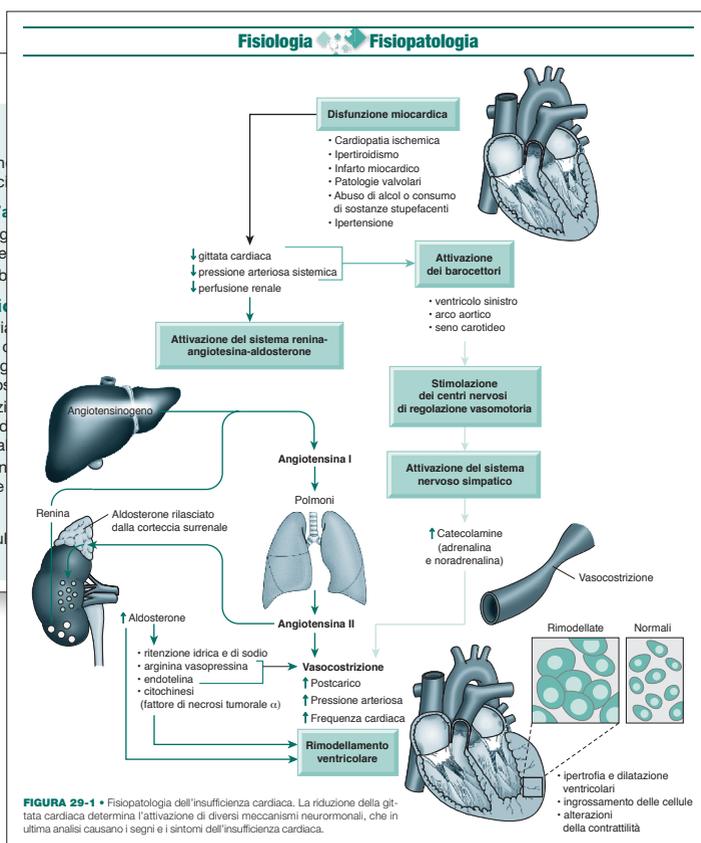
- I farmaci come i beta-bloccanti (per esempio, metoprololo) usati per trattare l'ipertensione possono mascherare la tachicardia – un meccanismo primario di compensazione per aumentare la gittata cardiaca – durante gli stati di ipovolemia.

• **NOVITÀ** **Considerazioni relative all'obesità** Nuove icone evidenziano i paragrafi dedicati alla gestione dell'obesità o all'assistenza a persone obese.



Obesità

L'obesità non è semplicemente una condizione, ma una malattia metabolica, caratterizzata dall'accumulo di grassi in misura tale da compromettere la salute (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [ASMB], 2012). Le persone



• **Fisiologia e fisiopatologia** Queste figure contengono illustrazioni e schemi che descrivono i processi fisiologici e fisiopatologici.

Caratteristiche per sviluppare la funzione di educatore dell'infermiere

L'educazione alla salute è una delle responsabilità fondamentali del professionista infermiere. L'assistenza infermieristica è finalizzata alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute; alla prevenzione delle malattie e al sostegno a persone e famiglie nell'adattarsi alle condizioni di malattia cronica. L'educazione degli assistiti e la promozione della salute costituiscono un elemento fondamentale di tutte queste attività.

- Educazione dell'assistito** Le schede dedicate all'educazione dell'assistito aiutano l'infermiere a fornire alle persone e alle famiglie informazioni sulle procedure a cui saranno sottoposte, ad assisterle nella comprensione del loro stato di salute e a spiegare loro come dedicarsi all'autocura.

Scheda 25-6  **EDUCAZIONE DELL'ASSISTITO**
Guida alla cura di sé dopo cateterismo cardiaco

La persona dimessa dall'ospedale dopo una procedura di cateterismo cardiaco dovrà seguire queste linee guida per la cura di sé:

- Se è stata usata un'arteria del braccio o del polso: nelle 48 ore successive, evitare di sollevare qualsiasi cosa più pesante di 2,5 chilogrammi ed evitare movimenti ripetitivi della mano e del polso interessati.
- Se è stata utilizzata un'arteria inguinale: per le successive 24 ore, non flettere il busto, non sforzarsi troppo e non sollevare oggetti pesanti.
- Non immergere in acqua il sito d'inserzione. Evitare di fare il bagno nella vasca; se necessario fare la doccia.
- Consultare il proprio medico per sapere quando tornare al lavoro, riprendere a guidare o a svolgere attività faticose.
- In caso di emorragia, sedersi (in caso di inserzione dal braccio o dal polso) oppure sdraiarsi (in caso di inserzione dall'inguine) e applicare una pressione decisa sul sito di inserimento per 10 minuti. Informare il medico curante nel più breve tempo possibile e seguire le istruzioni. Se il sanguinamento è copioso, chiamare il 118. Non guidare fino all'ospedale.

- Chiamare il medico in caso di comparsa di: tumefazione, nuovi ematomi o dolore al punto di inserimento del catetere, temperatura corporea superiore a 38,5 °C.
- Se i risultati dell'esame indicano la presenza di coronaropatia, parlare con il proprio medico delle opzioni di trattamento, compresa l'attuazione di un programma di riabilitazione domiciliare.
- Parlare con il medico dei cambiamenti da apportare allo stile di vita per ridurre il rischio di ulteriori problemi cardiaci (smettere di fumare, ridurre i livelli di colesterolo, modificare la dieta, intraprendere un programma di attività fisica, perdere peso).
- Il medico curante può prescrivere uno o più nuovi farmaci, secondo i fattori di rischio (farmaci antiipertensivi o per abbassare il colesterolo, acido acetilsalicilico o clopidogrel per prevenire la formazione di coaguli di sangue). Tutti i farmaci devono essere assunti secondo le istruzioni. Se si ritiene che qualcuno dei farmaci causi effetti collaterali, chiamare immediatamente il medico curante. Non sospendere la terapia prima di aver parlato con il medico curante.

Adattato da Durham, K. A. (2012). Cardiac catheterization through the radial artery. *American Journal of Nursing*, 112(1), 49-56; and Woods, S. L., Froelicher, E. S., Motzer, S. A., et al. (2009). *Cardiac nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Checklist per l'assistenza domiciliare** Queste schede riassumono i punti che devono essere affrontati nel corso degli interventi di natura educativa che precedono la dimissione dell'assistito dalla struttura in cui è ricoverato e il suo ritorno a casa.

Scheda 29-6  **CHECKLIST PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE**
La persona con insufficienza cardiaca

Al termine del programma di assistenza domiciliare, l'assistito/il caregiver sarà in grado di:	ASSISTITO	CAREGIVER
Riconoscere che l'insufficienza cardiaca è una patologia cronica che può essere gestita con l'assunzione di farmaci e comportamenti adeguati.	✓	✓
Assumere i farmaci giornalmente, rispettando le prescrizioni.	✓	✓
Monitorare gli effetti dei farmaci, come i cambiamenti nella respirazione o la comparsa di edema.	✓	✓
Conoscere i segni e i sintomi dell'ipotensione ortostatica e i modi per prevenire questa condizione.		
Pesarsi quotidianamente alla stessa ora e con lo stesso abbigliamento.		
Limitare il consumo di sodio a 2 g/die: adattare la dieta esaminando le etichette nutrizionali degli alimenti per verificare il contenuto di sodio per porzione, evitare alimenti trattati o conservati in scatola, mangiare cibi freschi o surgelati, consultare il programma dietetico scritto e l'elenco degli alimenti consentiti e di quelli da consumare con moderazione, evitare l'uso del sale da cucina; evitare di mangiare o bere eccessivamente.		
Effettuare sistematicamente il programma di attività fisica prescritto. <ul style="list-style-type: none"> Seguire un programma giornaliero di esercizio fisico. Aumentare gradualmente il tempo dedicato all'attività fisica (per esempio, camminare) a condizione che ciò non causi astenia e dispnea. Conservare l'energia alternando l'attività con periodi di riposo. Evitare attività in ambienti troppo caldi o freddi, in quanto aumentano il lavoro cardiaco. Riconoscere che l'aria condizionata può essere essenziale se fa troppo caldo o c'è umidità. 		
Sviluppare un metodo per la prevenzione e la gestione dello stress. <ul style="list-style-type: none"> Evitare l'uso di tabacco. Evitare il consumo di alcolici. Partecipare ad attività sociali e di svago. 		

Scheda 29-4  **PROMUOVERE LA SALUTE**
Programma di esercizio per le persone con insufficienza cardiaca

Prima di intraprendere l'attività fisica, devono essere fornite all'assistito le seguenti linee guida:

- Parlare con il medico curante per ottenere raccomandazioni su un programma di esercizi specifici.
- Iniziare con attività a basso impatto, come camminare, andare in bicicletta o fare esercizi in acqua.
- Iniziare con attività di riscaldamento, seguita da sessioni di durata gradualmente maggiore fino a circa 30 minuti.
- Svolgere attività di defaticamento dopo l'esercizio.
- Evitare di svolgere attività fisiche all'esterno in condizioni di caldo, freddo o umidità estremi.
- Dopo i pasti, attendere 2 ore prima di svolgere attività fisica.
- Assicurarsi di essere in grado di parlare durante l'attività fisica; se non può farlo, ridurre l'intensità dell'attività.
- Interrompere l'attività in caso di grave mancanza di respiro, dolore o vertigini.

Adattato da Andreuzzi, R. (2010). Does aerobic exercise have a role in the treatment plan of a patient with heart failure. *Internet Journal of American Physician Assistants*, 7(2), 1-29; and Flynn, K. E., Piña, I. L., Whellan, D. J., et al. (2009). Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(14), 1451-1459.

- Promuovere la salute** Le schede di promozione della salute propongono spunti che è necessario discutere con le persone assistite al fine di prevenire l'insorgenza di problemi di salute comuni.

Caratteristiche per sviluppare la funzione di advocacy dell'infermiere

Gli infermieri assistono le persone e le famiglie nella difesa dei loro diritti (incluso il diritto di assistenza sanitaria) e nell'assunzione di decisioni informate relative alle loro condizioni di salute.

- **Aggiornato Dilemma etico** Queste schede presentano una situazione clinica con diversi spunti di riflessione e alcune domande che aiutano il lettore ad analizzare i principi etici fondamentali relativi allo scenario descritto.



Scheda
27-9

DILEMMA ETICO

È appropriato sottoporre a procedure invasive persone anziane con sindrome coronarica acuta?

Descrizione del caso

Una signora di 80 anni è ricoverata in seguito a una sindrome coronarica acuta (SCA). Il cardiologo comunica con i due figli della donna e consiglia un cateterismo cardiaco e la possibilità di effettuare un'angioplastica percutanea. La signora, nonostante abbia piene capacità cognitive per scegliere autonomamente, preferisce che siano i figli a decidere il suo trattamento. Uno dei figli è preoccupato per la procedura invasiva perché è potenzialmente ad alto rischio, dolorosa, costosa e probabilmente inutile. Il fratello, invece, pensa che sia meglio sottoporre la madre alla procedura se ci sono buone possibilità di successo.

Discussione

Molti dei soggetti affetti da SCA sono anziani, che spesso soffrono di patologie croniche come il diabete o l'artrite. Le persone anziane sono trattate, tradizionalmente, con una terapia farmacologica conservativa. Attualmente, invece, sono spesso consigliate procedure invasive come il cateterismo cardiaco e l'angioplastica percutanea, poiché molti studi dimostrano che le persone anziane beneficiano, tanto quanto i soggetti giovani, delle procedure di riperfusione coronarica, in termini di riduzione dei decessi o di infarto miocardico (Ionescu, Amuchastegui, Ionescu, et al., 2010).

Analisi

- Descrivi i principi etici che sono in conflitto in questo caso (Scheda 3-3). Quali principi hanno la preminenza per orientare il trattamento migliore per questa persona anziana?
- Uno dei figli ritiene apertamente che la madre non debba essere sottoposta a una procedura potenzialmente inutile e dolorosa (principio di non maleficità); il fratello spera che la madre abbia la possibilità di guarire (principio di beneficiabilità). Questi due principi etici sono necessariamente in conflitto con qualche altro principio? Come ti poni nei confronti dell'assistita e dei suoi figli per essere certo che abbiano ricevuto tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione che garantisca, nel modo più rispettoso possibile, l'autonomia della signora?
- Quali sono le informazioni disponibili che ti permettono di migliorare il dialogo con l'assistita e i suoi figli?

Bibliografia

Ionescu, C. N., Amuchastegui, M., Ionescu, S., et al. (2010) Treatment and outcomes of nonagenarians with ST-elevation. *Journal of Invasive Cardiology*, 22(10), 479-480.

Risorse

Per altre risorse sull'Etica, si veda il Capitolo 3 (Scheda 3-6).

Caratteristiche per sviluppare la funzione di ricercatore dell'infermiere

Gli infermieri devono identificare problemi e domande che possono fornire spunti per la ricerca finalizzata ad aumentare le conoscenze delle scienze infermieristiche e a migliorare l'assistenza. È inoltre fondamentale per la crescita della professione e delle scienze infermieristiche che gli infermieri conoscano, utilizzino e valutino nella pratica clinica i risultati delle ricerche scientifiche.

- **Profilo di ricerca infermieristica** Queste schede identificano le implicazioni e le applicazioni dei risultati delle ricerche infermieristiche per una pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche.



Scheda
27-14

PROFILO DI RICERCA INFERMIERISTICA

Protocollo per la prevenzione dell'aspirazione: ridurre le polmoniti postoperatorie in persone sottoposte a cardiocirurgia

Scopo

La disfunzione polmonare postoperatoria (comprese atelettasia e polmonite) è una frequente causa di morbidità e mortalità in soggetti sottoposti a chirurgia a cuore aperto. L'obiettivo di questo studio è stabilire se, migliorando il protocollo di prevenzione dell'aspirazione in soggetti postcardiologici, è possibile ridurre l'incidenza di polmoniti postoperatorie.

Pianificazione dello studio

È stato sviluppato e applicato un protocollo per la prevenzione dell'aspirazione in un'unità di terapia intensiva con 24 posti letto, usando il *Plan-Do-Study-Act Model* per il miglioramento della qualità promosso dall'*Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. Il protocollo prevede un'estensione del tempo di digiuno preoperatorio da 2 ad almeno 6 ore e la valutazione della deglutizione fatta al letto dell'assistito da parte di un logopedista. Dopo che la valutazione della deglutizione era stata fatta, gli infermieri hanno definito un protocollo di alimentazione orale progressiva. È stato arruolato per lo studio un campione di convenienza composto da 79 soggetti adulti sottoposti a cardiocirurgia toracica nel periodo aprile-ottobre 2008. La percentuale di polmoniti è stata

confrontata su base retrospettiva utilizzando i dati disponibili sull'insorgenza di polmoniti.

Risultati

Il team interdisciplinare, composto da infermieri, medici, personale amministrativo e logopedisti, che ha sviluppato e applicato questo protocollo, ha posto come obiettivo la non insorgenza di polmonite postoperatoria per nessuno dei soggetti inclusi nello studio. L'obiettivo è stato raggiunto poiché nessuno dei soggetti ($n = 79$) ha manifestato polmonite, contro l'11% ($n = 65$) del gruppo di controllo retrospettivo.

Implicazioni infermieristiche

Il *Plan-Do-Study-Act Model* incoraggia la collaborazione del team tra infermieri e altri colleghi portando un rapido sviluppo del ciclo assistenziale, che si traduce in un miglioramento della qualità degli esiti e della sicurezza per gli assistiti. Lo sviluppo e l'implementazione di questo protocollo per la prevenzione dell'aspirazione hanno permesso di raggiungere rapidamente l'ambizioso obiettivo di ridurre a zero la percentuale di polmoniti postoperatorie in soggetti sottoposti a cardiocirurgia toracica.

Starks, B., & Harbert, C. (2011). Aspiration prevention protocol: Decreasing postoperative pneumonia in heart surgery patients. *Critical Care Nurse*, 31(5), 38-45.

2 EBM Stai assistendo un uomo di 88 anni ricoverato per sincope. Dopo aver passeggiato in corridoio, ti riferisce di avere dolore al petto e una leggera difficoltà respiratoria. In base alla tua conoscenza delle linee guida, identifica gli interventi iniziali e le indagini diagnostiche indicate per persone con questi sintomi. Descrivi il processo diagnostico per l'infarto miocardico acuto. Se è stata fatta diagnosi di infarto con soprasslivellamento del tratto ST, quali opzioni di trattamento potresti considerare?

Caratteristiche per facilitare la lettura

Oltre alle caratteristiche pensate per aiutare gli infermieri in ambito clinico, il testo presenta anche strumenti sviluppati per aiutare i lettori a individuare e apprendere le informazioni più importanti.

• **NOVITÀ** Concetto importante • **Attenzione**

Questi inserti sottolineano e chiariscono concetti infermieristici fondamentali per facilitare al comprensione degli argomenti più complessi, così come sono emersi da uno studio compiuto su centinaia di studenti di infermieristica medico-chirurgica che negli Stati Uniti utilizzano il programma di studio *Lippincott's Adaptive Learning*.



Concetto importante • **Attenzione**

Per le persone con malattia arteriosa periferica, il flusso ematico agli arti inferiori necessita di un supporto; perciò, l'infermiere incoraggia l'assistito a mantenere le gambe in posizione neutra o penzolanti. Al contrario, per le persone con insufficienza venosa è il ritorno venoso al cuore a necessitare di un supporto, perciò l'assistito dovrebbe mantenere sollevati gli arti inferiori.

Esercizi di pensiero critico

1 EBM Stai assistendo una donna di 78 anni in seconda giornata postoperatoria dopo una colecistectomia. Non ha voluto la terapia analgesica per la paura di sviluppare una dipendenza dai farmaci e quindi è riluttante a riprendere le attività come le è stato suggerito. Ti accorgi che è tachipnoica, usa la muscolatura respiratoria accessoria, la SpO₂ è diminuita e sono presenti crepitii bilaterali sui lobi polmonari inferiori. Basandoti sulle tue conoscenze della funzione respiratoria, quali complicanze respiratorie potrebbero indicare questi dati e perché? Come completi la valutazione? Gli ulteriori dati che raccogli come influenzano la tua comprensione del cambiamento del quadro clinico? Descrivi gli interventi basati sulle prove di documentata efficacia che dovresti attuare per prevenire questo peggioramento del quadro clinico.

2 Un uomo di 42 anni, a cui è stato appena diagnosticato un tumore polmonare, appare ansioso e preoccupato. Ti dice che non ha mai fumato e vuole sapere da te come è possibile che abbia il cancro ai polmoni. Quali elementi della sua anamnesi personale, familiare e professionale dovresti valutare per comprendere i fattori che potrebbero aver favorito lo sviluppo del tumore? Che tipo di domande gli poni per valutare l'impatto psicosociale di questa diagnosi sulla sua vita? Poco dopo l'inizio dell'intervista per raccogliere i dati, ti sembra che l'uomo faccia fatica a respirare mentre risponde alle domande. Come modifichi il tuo approccio e a quali dati da raccogliere dai la priorità?

3 Qualità Una donna di 68 anni proveniente dal pronto soccorso viene ricoverata nel tuo reparto per emottisi. Durante la valutazione, la signora ti chiede di spiegarle perché le fai così tante domande sulle caratteristiche dell'espettorato. Come le rispondi? Non vorrebbe fare la broncoscopia, che è stata programmata per il giorno successivo. Quali informazioni le fornisci, per motivarla e ridurre l'ansia, su scopo e caratteristiche della procedura? Quali sono i dati prioritari da raccogliere dopo la procedura e perché?

• **Esercizi di pensiero critico** Questi esercizi presenti alla fine di ogni capitolo sono pensati per stimolare il pensiero critico e applicare a scenari clinici le conoscenze apprese nel corso della lettura del testo. Oltre agli esercizi basati sulle evidenze scientifiche, già descritti, alcuni esercizi, evidenziati con la scritta *Qualità*, richiedono di individuare le priorità per l'assistenza infermieristica in specifiche situazioni presentate nel testo dell'esercizio stesso.

• **Bibliografia** Alla fine di ciascun capitolo è presente una bibliografia aggiornata che elenca libri e articoli per approfondire gli argomenti trattati nel capitolo.

Bibliografia

* L'asterisco indica pubblicazioni di ricerca infermieristica.

Libri

Bickley, L. S., & Szilagyi, P. G. (2009). *Bates' guide to physical examination and history taking* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
De Vita, V., Hellman, S., & Rosenberg, S. (Eds.). (2011). *Cancer: Principles and practice of oncology* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Gilbert, R., Devries-Aboud, M., Winquist, E., et al. (2009). *The management of head and neck cancer in Ontario: Organizational and clinical practice guideline recommendations*. Toronto, Ontario: Cancer Care Ontario.
Tierney, L., McPhee, S. J., & Papadakis, M. (Eds.). (2012). *Current medical diagnosis and treatment* (51st ed.). New York: McGraw-Hill.

Riviste e documenti elettronici

Ackerberg, T. (2011). Nutritional management after total laryngectomy. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 24(2), 107-108.

Risorse

American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI), www.aaaai.org
American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, www.entnet.org
American Cancer Society, www.cancer.org
American Lung Association, www.lungusa.org

• **Risorse** Le risorse elencate alla fine di ciascun capitolo forniscono indicazioni su possibili fonti di ulteriori informazioni (siti Web, associazioni, opuscoli informativi ecc.).

Presentazione della quinta edizione italiana

A 21 anni dalla prima edizione italiana del testo statunitense *Textbook of medical-surgical nursing di Brunner e Suddarth* che risale al 1995 e a 6 anni dalla quarta edizione, esce questa quinta edizione italiana di “*Infermieristica Medico-Chirurgica*” sulla 13ª edizione americana del 2014.

Questo testo continua a riscuotere nel nostro Paese grande interesse e a rappresentare un punto di riferimento per l’insegnamento e l’apprendimento dell’assistenza infermieristica in numerose università.

Anche con questa edizione, come successo con le precedenti, si è proseguito nel lavoro di adattamento, che riguarda pressoché tutti i capitoli, per rendere il testo ancora più aderente alla realtà italiana e offrire al lettore una visione del panorama assistenziale nazionale. Tra i più significativi cambiamenti di questa quinta edizione evidenziamo una puntuale, attenta e dettagliata revisione clinica, a cura del dottor Massimo Vanoli, medico internista, che rende ancora di più il testo aderente alla realtà italiana e la terminologia scientifica utilizzata in linea con quella presente nelle nostre università. Inoltre, ognuna delle 17 unità dell’opera è stata arricchita da una pagina di “*Focus sulle competenze QSEN*” che, per effetto delle complessità intrinseche del sistema sanitario, sia quello americano ma nondimeno il nostro, sfida gli infermieri a dimostrare l’integrazione di competenze interdisciplinari specifiche e fondamentali. Tali competenze hanno lo scopo di salvaguardare l’erogazione di un’assistenza sicura e di qualità. I concetti espressi dal Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute offrono un inquadramento delle conoscenze, delle capacità e degli atteggiamenti (KSA, dall’inglese *knowledge, skills, attitudes*) richiesti agli infermieri per dimostrare specifiche competenza in aree chiave, che comprendono assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinari, pratica basata sulle evidenze, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell’informatica. Il progetto QSEN è presentato nel dettaglio a pagina xxv.

La struttura del testo ricalca quella della precedente edizione: settantatré capitoli, uno in più per effetto della scelta di dedicare alle patologie ematologiche (inserite nella precedente edizione nell’unità 6 dedicata alla funzione cardiovascolare, circolatoria ed ematica) una unità con tre capitoli dedicati rispettivamente all’accertamento ematologico, all’assistenza alla persona con malattie ematologiche e all’assistenza alla persona con patologie oncologiche ematologiche. I contenuti sono distribuiti in due volumi, in linea con gli indirizzi della formazione universitaria degli infermieri. Il primo volume, con tutta l’infermieristica medico-chirurgica di base, è destinato a coprire il bisogno formativo degli insegnamenti di infermieristica del primo e secondo anno di corso. Il secondo volume invece, con tutta l’infermieristica medico-chirurgica specialistica, è destinato a soddisfare il fabbisogno formativo del secondo e terzo anno di corso.

Il primo volume, dal capitolo 1 al capitolo 48, è suddiviso in dieci unità. Nelle sue prime parti affronta i contenuti relativi agli aspetti più concettuali dell’infermieristica, i cosiddetti concetti di base, quali i modelli assistenziali, il concetto di salute e malattia, le prospettive transculturali dell’assistenza in una società che si presenta sempre di più, anche nel nostro Paese, multietnica. Nella terza e quarta unità vengono discussi i problemi generali dell’assistenza infermieristica quali la riabilitazione, il dolore, l’equilibrio idroelettrolitico, l’assistenza pre- e postoperatoria. Nelle successive sei unità (dalla 5ª alla 10ª), in modo dettagliato e approfondito, viene presentato il fabbisogno assistenziale delle persone con bisogni sanitari e/o alterazioni delle funzioni indotte da patologie a carico dei principali sistemi corporei (respiratorio, cardiocircolatorio, ematologico, immunologico, muscolo scheletrico e gastrointestinale).

Il secondo volume è articolato in sette unità (dalla 11 alla 17) e in 25 capitoli. Esso affronta analiticamente gli aspetti più particolari dell’assistenza a persone con squilibri e patologie specialistiche quali, per esempio, quelle a carico dei sistemi endocrino e del metabolismo, quelle a carico del sistema riproduttivo, del sistema neurologico, la dermatologia, l’otorinolaringoiatria, l’oculistica e, nell’ultima unità, problemi di grande attualità quali le infezioni, le emergenze infermieristiche e le emergenze derivanti da disastri e azioni terroristiche.

Lo schema centrale e unificatore dell’opera è il processo infermieristico sviluppato utilizzando le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati di salute della classificazione NOC e gli interventi infermieristici della classificazione NIC. In tutte le unità la presentazione dei contenuti inizia con la ripresa di cenni di anatomia, fisiologia e fisiopatologia in modo tale da rendere il testo comprensibile e completo senza dover necessariamente ricorrere ad altri volumi di patologia o fisiologia per un ripasso degli aspetti più clinici della materia. Anche l’esposizione propedeutica dei contenuti di patologia e farmacologia è più che sufficiente a richiamare alla memoria dello studente quanto già studiato e appreso in tali discipline, al fine di rendere più agevole lo studio dell’infermieristica clinica e chirurgica, obiettivo dell’opera.

Ogni capitolo è preceduto dagli obiettivi di apprendimento e da un glossario e si chiude con alcuni “esercizi di pensiero critico” che consentono allo studente di misurare il grado del suo apprendimento. La riproposizione, come nella precedente edizione, di oltre 70 piani di assistenza, tra quelli più schematici degli inserti intitolati proprio *Piano di assistenza infermieristica* e quelli più discorsivi delle sezioni intitolate *Processo infermieristico*, forniscono allo studente, e al professionista, uno strumento qualitativamente elevato per pianificare l’assistenza delle persone alle quali erogherà assistenza nel corso del tirocinio o dell’esercizio della professione.

Il corredo iconografico del testo che comprende circa 400 figure, circa 300 tabelle e più di 600 tavole e riquadri con schemi riassuntivi e riepilogativi, protocolli operativi, richiami di farmacologia, guide per l'educazione sanitaria, risultati di ricerche infermieristiche, elenchi di fattori di rischio e indicazioni per l'assistenza domiciliare, aiuta lo studente a focalizzare meglio e a memorizzare con più facilità i contenuti più importanti del testo.

Il testo è quanto di più completo e aggiornato si possa trovare nel panorama editoriale dei libri per infermieri e può agevolmente accompagnare e supportare lo studente nello studio dell'infermieristica clinica.

Giorgio Nebuloni

Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

Ottobre 2016

Nota terminologica

Gìà da qualche anno CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore, per dare il suo contributo sia alla definizione, in termini di contenuti e metodi, del campo di attività dell'infermiere (fenomeni che affronta, interventi che eroga, risultati a cui mira) sia alla standardizzazione del linguaggio infermieristico.

Il primo passo formale, in questo senso, è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo *NANDA International, Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri Paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale, è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere, in lingua italiana, i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche. Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi, e tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di *NANDA International* [ultima delle quali, al momento di andare in stampa, l'edizione 2015-2017: Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (a cura di). (2014) *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e Classificazione, 2015-2017*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana].

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli delle versioni

2004 delle classificazioni NOC (risultati di salute) e NIC (interventi infermieristici). Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito infermieristico è riuscito a condividere una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati di salute della persona assistita sensibili all'assistenza infermieristica e dei relativi interventi infermieristici. La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di J. McCloskey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia messa a punto in precedenza per la traduzione dei titoli dei risultati di salute NOC e degli interventi infermieristici NIC, e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Questa attività è proseguita negli anni successivi fino alla pubblicazione delle edizioni 2013 delle due classificazioni NOC e NIC.

Attraverso questi processi, il repertorio terminologico utilizzato dalla Casa Editrice Ambrosiana si arricchisce di nuovi importanti contributi e i volumi CEA, tradotti utilizzando questa terminologia ufficiale, si presentano a studenti infermieri, infermieri clinici, infermieri formatori, ricercatori e dirigenti con un linguaggio coerente, che permette di favorire il confronto e lo sviluppo della comunità professionale infermieristica nel nostro Paese.

La conformità dei molteplici testi infermieristici della CEA alla terminologia NNN qui illustrata viene evidenziata con l'inserimento dei loghi di "Traduzione verificata NANDA-I" e di "Traduzione verificata NOC e NIC".



Introduzione al progetto Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)

L'istituto QSEN (Quality and Safety Education for Nurses Institute) è un'associazione statunitense che affronta la sfida di fornire un quadro completo delle conoscenze essenziali, delle capacità e degli atteggiamenti (**KSA**, dall'inglese *knowledge, skills, attitudes*) necessari a raggiungere e mantenere costanti la qualità e la sicurezza nella pratica infermieristica.

Il progetto per la Formazione sulla Qualità e la Sicurezza per gli Infermieri (QSEN) si inserisce in maniera armonica e funzionale nella complessità del sistema formativo: promuove lo studio e la formazione degli infermieri sottolineando la necessità di competenze interdisciplinari, con conoscenza di punti di vista unici tra i diversi professionisti sanitari in una logica di squadra interprofessionale.

Le 3 aree dimensionali di riferimento per le competenze su qualità e sicurezza declinate dal programma QSEN sono:

1. QSEN nella pratica clinica e nell'organizzazione
2. QSEN nella formazione
3. QSEN nella ricerca

Il progetto per la Formazione sulla Qualità e la Sicurezza per gli Infermieri (QSEN) ha avuto inizio nel 2005.

Finanziato dalla Robert Wood Johnson Foundation, il progetto ha avuto tre fasi tra il 2005 e il 2012. L'obiettivo generale in tutte le fasi è stato quello di affrontare la sfida della futura preparazione di infermieri con le conoscenze, le abilità e le attitudini (KSA) necessari per migliorare continuamente la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari in cui lavorano.

Fase I (2005-2007)

Durante la fase I del progetto sono state definite le sei competenze che afferiscono ad aree chiave della disciplina infermieristica ovvero un panel di consenso dell'Institute of Medicine (IOM) ha definito le **sei competenze di base** per tutti i professionisti sanitari:

1. Assistenza centrata sulla persona
2. Lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare
3. Pratica basata sulle evidenze scientifiche
4. Miglioramento della qualità
5. Sicurezza
6. Uso dell'informatica.

In aggiunta alle definizioni, sono stati creati insieme di conoscenze, capacità e atteggiamenti per ciascuna delle sei competenze per il rilascio di pre-certificazioni (Cronenwett et al., 2007).

Fase II (2007-2009)

Durante la fase II, alcune università pilota hanno integrato le sei competenze nei loro programmi di laurea infermieristica. Nell'aprile 2007 è stato lanciato il sito **QSEN.org** per caratterizzare le strategie e le risorse per l'insegnamento. Le Università pilota hanno condiviso il loro lavoro sul sito.

Fase III (2009-2012)

Durante la fase III, la Fondazione Robert Wood Johnson ha finanziato sia la University of North Carolina-Chapel Hill School of Nursing (UNC), sia l'American Association of Colleges of Nursing (AACN) per continuare il progetto sotto la direzione della dott.ssa Linda Cronenwett PhD, RN, quale Principal Investigator del progetto presso UNC, insieme a Geraldine P. Bednash, PhD, RN, FAAN, direttore esecutivo della AACN.

Nella fase III, UNC e AACN hanno lavorato insieme per sviluppare sia le competenze, inserendole nei libri di testo, sia le abilitazioni, l'accREDITamento e gli standard di certificazione per promuovere l'innovazione continua nell'insegnamento delle competenze.

Inoltre, durante la fase III, la AACN ha ospitato otto facoltà universitarie negli Stati Uniti per preparare al meglio i docenti dei corsi di laurea in infermieristica nell'insegnare i contenuti di qualità e sicurezza. Questo lavoro è stato esteso ai docenti e ai tutor clinici nella San Francisco Bay Area grazie al generoso sostegno da parte della Gordon e Betty Moore Foundation.

Durante la fase III, oltre a Linda Cronenwett di UNC e a Geraldine P. Bednash di AACN, il comitato direttivo del progetto comprendeva anche Gwen Sherwood, della UNC-Chapel Hill; Jane Barnsteiner, della Pennsylvania University; Joanne Disch, della Minnesota University; Pamela Ironside, della Indiana University; Jean Johnson della George Washington University e Shirley Moore della Case Western Reserve University.

Nel febbraio 2012, la Fondazione Robert Wood Johnson ha assegnato 964.388 dollari in nuovi finanziamenti all'AACN per estendere la portata della iniziativa nazionale QSEN, finanziando lauree con questi programmi educativi. Basandosi sul lavoro svolto dalla AACN a livello universitario, questo nuovo progetto fornirà risorse educative e di formazione per migliorare la capacità dei docenti dei dottorati e dei master nell'insegnare le competenze di qualità e sicurezza.

Dal 2010 ad oggi sono tenuti annualmente Forum QSEN nazionali di grande successo progettati per *“attrarre gli innovatori e nutrire i direttori di facoltà per il miglioramento della qualità della formazione e della sicurezza attraverso l'esposizione di innovazioni nelle strategie progettuali e didattiche curricolari, la ricerca relativa alla qualità e all'educazione alla sicurezza e gli studi di miglioramento della qualità e della sicurezza”*.

Le 6 competenze QSEN

Molti profondi cambiamenti si verificano nella pratica clinica dei professionisti della salute, cambiamenti direttamente correlati alla scienza, alla tecnologia, all'attivismo delle persone con problemi di salute, ai finanziamenti guidati dal mercato e

alle modalità con cui queste forze interagiscono nonché dal contesto dove gli infermieri praticano.

L'evidente divario tra teoria e pratica, caratterizzato dalla difficoltà di abbinare l'apprendimento professionale con le realtà del lavoro in cui i professionisti di cura si trovano ad operare, pone la necessità di affrontare questa lacuna attraverso le conoscenze e le competenze necessarie per comprendere e migliorare le nuove impostazioni di pratica della professione legate alla qualità e alla sicurezza delle cure.

Tutte le professioni guadagnano il riconoscimento di "professione" da parte della società grazie al miglioramento continuo del proprio lavoro (Houle, 1980). Ma, come ha evidenziato lo studio di Benner e colleghi (2010), migliorare l'assistenza sanitaria oggi non è né agevole né semplice.

L'assistenza sanitaria a persone e popolazioni oggi si sviluppa all'interno di sistemi complessi e interdipendenti (Batalden, Ogrinc, e Batalden, 2006). Progettare e testare le modifiche di miglioramento in questi sistemi, richiede nuove conoscenze e abilità ed è perciò necessario sviluppare nuove competenze essenziali per un senso di padronanza professionale.

"Fare il miglioramento della qualità" non è necessariamente lo stesso di "migliorare la qualità di ciò che facciamo". Questo non può essere l'impegno di un piccolo gruppo di professionisti, ma è parte del lavoro di ogni infermiere che si definisce un professionista della salute.

Migliorare la qualità, la sicurezza e il valore dell'assistenza sanitaria impone il coinvolgimento di molteplici discipline della conoscenza (Batalden, Bate, Webb, e McLoughlin, 2011). Alcune discipline tradizionali quali le scienze biologiche e sociali, le scienze fisiche e umane si uniscono per contribuire allo sviluppo e alla promozione del pensiero critico e della conoscenza su come migliorare l'assistenza sanitaria.

Misurare il miglioramento delle prestazioni significa misurare nel corso del tempo, non solo in due punti diversi nel tempo, ma significa anche utilizzare misure equilibrate per comprendere gli aspetti multidimensionali della qualità, della sicurezza e il valore del processo e dei risultati di cura.

Benner e i suoi colleghi (2010) segnalano inoltre che gli infermieri hanno voci molto diverse, percorsi e piani di studio diversi, ed esperienze diverse. È necessario porre attenzione affinché la diversità diventi ricchezza professionale, concentrandosi sul contenuto di ciò che deve essere padroneggiato e quindi sulle competenze stesse. Come professioni sanitarie, impegnarsi in un apprendimento basato sulle competenze diventa importante per evitare di ridurre tutto il contenuto che viene segnalato come "competenza" in pacchetti meccanici che non riescono a coinvolgere tutta la persona nell'apprendimento.

L'intervento per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, la sicurezza e il valore è un cambiamento sociale che si apprende per esperienza (Batalden, Davidoff, Marshall, Bibby e Rosa, 2011). Le migliori teorie per il miglioramento, i metodi, gli strumenti e le tecniche sono tutti potenzialmente disponibili, ma non dobbiamo mai confonderli con il lavoro di migliorare la cura, proprio per non incorrere nell'errore di confondere una semplice mappa per il territorio che rappresenta.

La creazione di ambienti di lavoro che sostengono lo sforzo verso l'innovazione, la rigenerazione e l'opera di miglioramento dell'assistenza sanitaria, comporta il legame inestricabile di tre obiettivi e coinvolge il lavoro di tutti.



Gli Infermieri hanno l'opportunità di contribuire a progettare e tessere questi tre obiettivi, insieme come comunità professionale e insieme a tutti gli altri professionisti della salute.

In sintesi abbiamo due cose da fare: **il nostro lavoro e il miglioramento del nostro lavoro.**

Molti studi dimostrano che sia gli utenti sia i professionisti della salute hanno cominciato a rendersi conto che l'assistenza sanitaria versa in uno stato tutt'altro che ideale e potrebbe essere migliore. Emerge inoltre che la formazione di tutti i professionisti della salute deve essere trasformata per fornire a tutte le discipline le conoscenze, le capacità e gli atteggiamenti (KSA: *Knowledge, Skills, Attitude*) necessari per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

L'obiettivo delle 6 competenze (secondo Cronenwett et al., 2007; Cronenwett et al., 2009; Finkelman e Kenner, 2009; Greiner e Knebel, 2003) è consentire ai professionisti della salute di fornire:

1. Assistenza centrata sulla persona

Nell'assistenza centrata sulla persona, le decisioni di cura sono basate sulla conoscenza dei valori della persona stessa, sulle sue convinzioni e sulle sue preferenze in modo che essa sia trattata con rispetto e dignità, sia inclusa come partner nella cura e sia considerata come alleata nella ricerca della sicurezza (Walton e Barnsteiner, 2012). La familiarità con il suo piano assistenziale rende la persona una parte importante della squadra, aiutando i professionisti clinici, sollecitando la loro attenzione quando la cura non è secondo standard di qualità e aiutando a prevenire gli errori.

2. Lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare

Il lavorare bene insieme incide nella riduzione del 70% degli errori sanitari (Institute of Medicine, 2000), eppure gli infermieri e i medici sperimentano poche esperienze formative comuni. Coordinare la complessità delle cure richiede una comunicazione interdisciplinare puntuale, consapevoli della portata delle responsabilità e dell'importanza del supporto organizzativo per confrontarsi quando la sicurezza è compromessa (Disch, 2012).

Gli infermieri hanno bisogno di competenze di problem solving, di risoluzione dei conflitti e di negoziazione per essere in grado di coordinare la cura tra i team interprofessionali (Moore, Dolanský e Singh, 2012). Un professionista sanitario che sviluppa l'intelligenza emotiva può applicare i suoi punti di forza personali per favorire un efficace funzionamento della

squadra. Una leadership flessibile, una comunicazione standardizzata, un sostegno reciproco e una costante attenzione all'ambiente circostante contribuiscono a una efficace team leadership (Disch, 2012).

3. Pratica basata sulle evidenze scientifiche

L'assistenza alla persona è basata su standard di pratica evidence-based, non su pratiche tradizionali o soluzioni per tentativi ed errori (Tracey e Barnsteiner, 2012). Gli infermieri che praticano con spirito di ricerca, con la riflessione sulla cura erogata, utilizzeranno le competenze informatiche per raccogliere elementi per determinare le migliori pratiche cliniche e chiarire le decisioni di cura. L'assistenza centrata sulla persona considera le preferenze della stessa, i valori e le convinzioni nell'ambito di un approccio evidence-based. Gli infermieri utilizzano standard basati sull'evidenza e strumenti di miglioramento della qualità per confrontare l'assistenza infermieristica nel proprio contesto con i dati di riferimento per determinare le aree da migliorare.

4. Miglioramento della qualità

Lo spirito di ricerca promuove un atteggiamento volto a migliorare costantemente la cura, ogni giorno e con ogni assistito. Il miglioramento della qualità è un approccio alla pratica clinica che misura il divario tra lo standard assistenziale previsto e l'assistenza effettivamente erogata e implementa strategie per colmare il divario (Johnson, 2012). La responsabilità etica del miglioramento della qualità comprende il costante impegno a fornire la cura più appropriata nonché la condotta etica del processo stesso.

5. Sicurezza

La sicurezza è lo sforzo per ridurre al minimo il rischio di danni alle persone attraverso l'efficacia del sistema e le prestazioni individuali (Barnsteiner, 2012). La competenza in materia di sicurezza si basa sulla costante ricerca del come le azioni influenzano il rischio per l'assistito, su dove è probabile che si

verifichi l'errore e su quali azioni possono impedire gli errori o i quasi errori. Le conoscenze sulla sicurezza orientano l'esame di errori verso un approccio in cui il professionista non è accusato di dimenticanza, mancanza di attenzione o di debolezza morale ma è l'intero sistema in cui si è verificato l'errore ad essere preso in esame. Un approccio di sistema esamina le condizioni che possono aver contribuito all'errore ed elabora modalità per evitare errori o attenuarne gli effetti.

6. Uso dell'informatica

L'informatica è un filo che attraversa tutte le competenze per aiutare a gestire l'assistenza attraverso la documentazione nelle cartelle cliniche elettroniche, gli strumenti di supporto decisionale e gli avvisi di sicurezza (Warren, 2012). Gli infermieri utilizzano le competenze informatiche per recuperare conoscenze, cercare conferme, gestire i dati sul miglioramento della qualità e le relative strategie, e condividere informazioni all'interno del team interprofessionale.

Ogni Infermiere è leader in termini di qualità e sicurezza professionale e offre il suo lavoro per stimolare altri lavori da condividere in tutto il mondo, per costruire un sistema ad alta affidabilità focalizzato sulla sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria.

Il sito QSEN offre strategie di insegnamento, bibliografie annotate, progetti di dimostrazione, video e moduli di apprendimento. È inoltre presente un'area dedicata per aiutare i docenti e i tutor nello sviluppo di programmi formativi sulla qualità e sicurezza e le organizzazioni responsabili nell'accreditamento, le abilitazioni e la certificazione dei professionisti della salute nella standardizzazione delle competenze al fine di formare gli studenti e gli infermieri perché siano preparati in queste aree essenziali per la qualità e la sicurezza (Sherwood, 2012).

Il progetto QSEN continua a guidare l'integrazione di competenze di qualità e sicurezza a tutti i livelli della formazione infermieristica.

Vianella Agostinelli

Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Direttore FF Direzione Infermieristica e Tecnica
AUSL Romagna, Ambito Territoriale di Rimini

Luisa Anna Rigon

Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Fondatore e presidente di Formazione in Agorà, Padova

Unità

2

Concetti biofisici e psicosociali nella pratica infermieristica

Caso clinico

UNA PERSONA CON DISABILITÀ

La signora Roberti, 24 anni, cieca dalla nascita, viene ricoverata in ospedale per un'appendicectomia d'emergenza e dopo l'intervento viene trasferita nel reparto di chirurgia generale. La donna non ha subito interventi chirurgici in precedenza, né è stata ricoverata in ospedale prima d'ora. Vive con i genitori, è laureata e lavora come commercialista presso una società di revisione contabile.



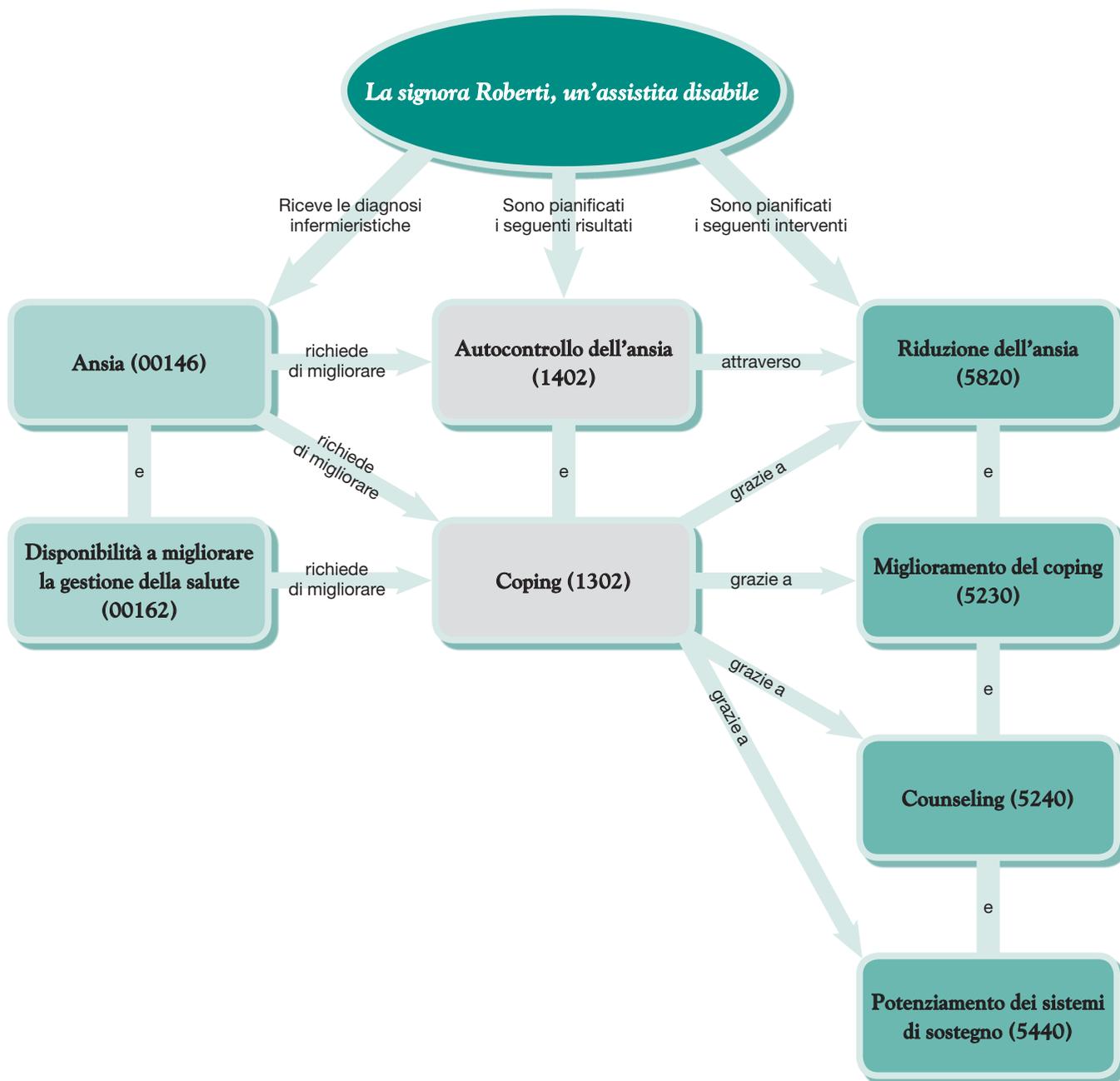
Linguaggi e classificazioni della professione infermieristica

Diagnosi infermieristiche NANDA-I	Risultati di salute NOC	Interventi infermieristici NIC
<p>Ansia (00146)</p> <p>Vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome (di origine spesso non specifica o sconosciuta alla persona); senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.</p>	<p>Autocontrollo dell'ansia (1402)</p> <p>Azioni individuali per eliminare o ridurre i sentimenti di apprensione, tensione e inquietudine originati da una causa non identificabile.</p>	<p>Riduzione dell'ansia (5820)</p> <p>Riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dell'inquietudine o del disagio correlati a una fonte non identificata di possibile pericolo.</p>
<p>Disponibilità a migliorare la gestione della salute (00162)</p> <p>Modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento di una malattia e delle sue sequele che può essere rafforzato.</p>	<p>Coping (1302)</p> <p>Azioni dirette a fronteggiare gli agenti stressanti che sollecitano in maniera rilevante l'attivazione delle risorse di un individuo.</p>	<p>Miglioramento del coping (5230)</p> <p>Facilitazione degli sforzi cognitivi e comportamentali per la gestione dei fattori percepiti come stressanti, dei cambiamenti e delle minacce che interferiscono con il soddisfacimento delle esigenze e con lo svolgimento dei ruoli ricoperti.</p> <p>Counseling (5240)</p> <p>Relazione di aiuto di natura professionale incentrata sui bisogni, i problemi o le sensazioni dell'assistito e di persone per lui significative, al fine di migliorare o sostenere il coping, la capacità di risolvere i problemi e le relazioni interpersonali.</p> <p>Potenziamento dei sistemi di sostegno (5440)</p> <p>Favorire il sostegno della persona da parte di familiari, di amici e della comunità.</p>

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (a cura di). (2014). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e Classificazione, 2015-2017*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E. (2013). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Bulechek G. M., Butcher H., Dochterman J. M., Wagner C. M. (2014). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.



Focus sulle competenze QSEN: Assistenza centrata sulla persona

Le complessità intrinseche dell'odierno sistema sanitario sfidano gli infermieri a dimostrare l'integrazione di competenze interdisciplinari specifiche e fondamentali. Tali competenze hanno lo scopo di assicurare l'erogazione di un'assistenza sicura e di qualità (Institute of Medicine, 2003). Il Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute è un'associazione che promuove lo studio e la formazione relativamente ad alcuni concetti chiave (2012) che forniscono un quadro delle conoscenze, delle capacità e degli atteggiamenti (KSA, dall'inglese *knowledge, skills, attitudes*) richiesti agli infermieri per dimostrare le proprie competenze in alcune aree chiave, che comprendono: assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinari, pratica basata sulle evidenze scientifiche, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica.

Definizione di Assistenza centrata sulla persona: Riconoscere la persona assistita o la persona da lei designata quale soggetto che ha il controllo ed è partner a pieno diritto nell'erogazione di un'assistenza compassionevole e coordinata, basata sul rispetto delle preferenze, dei valori e dei bisogni dell'assistito.

CONOSCENZE E CAPACITÀ PROFESSIONALIZZANTI

APPLICAZIONI E RIFLESSIONI

Conoscenze

Descrivere strategie per mettere gli assistiti e le famiglie in grado di partecipare a tutti gli aspetti del processo di assistenza sanitaria.

Descrivete le strategie che utilizzereste per garantire che la signora Roberti si impegni a fondo in tutti gli aspetti del recupero postoperatorio. In che modo tali strategie potrebbero fare in modo che la donna si impegni attivamente?

Capacità

Coinvolgere gli assistiti o altre persone designate in una collaborazione attiva per la promozione della salute, della sicurezza e del benessere, della gestione della cura di sé.

Discutete in che modo valutereste le caratteristiche dell'ambiente di reparto per rilevare eventuali rischi per la sicurezza della signora Roberti. Quali misure si potrebbero prendere per ridurre i possibili rischi? Come si potrebbero coinvolgere la donna e i suoi genitori in questo processo?

Atteggiamenti

Dare valore alla collaborazione attiva con gli assistiti o con altre persone designate nella pianificazione, attuazione e valutazione dell'assistenza.
Rispettare le preferenze degli assistiti in merito al grado di impegno attivo nei processi di assistenza.

Riflettete sugli atteggiamenti verso persone cieche o con altre disabilità. Ritenete che la signora Roberti sia in grado di occuparsi della cura di sé durante la degenza ospedaliera quanto altre persone sottoposte ad appendicectomia? Quali potrebbero essere le difficoltà nel recupero postoperatorio?

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.

Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.

QSEN Institute (2012). *Competencies: Prelicensure KSAs*. Disponibile all'indirizzo: qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas

Omeostasi, stress e adattamento

Obiettivi di apprendimento

Completando lo studio di questo capitolo lo studente sarà in grado di:

- 1 Collegare i principi di stabilità interna, omeostasi, stress e adattamento al concetto di stato di equilibrio.
- 2 Identificare il significato dei meccanismi di compensazione nella promozione dell'adattamento e nel mantenimento dello stato di equilibrio.
- 3 Confrontare i fattori di stress fisici, fisiologici e psicosociali.
- 4 Descrivere la sindrome di adattamento generale come teoria di adattamento allo stress biologico.
- 5 Confrontare la risposta simpatico-adrenomidollare allo stress con la risposta ipotalamo-ipofisaria allo stress.
- 6 Descrivere la relazione fra processo di feedback negativo e mantenimento dello stato di equilibrio.
- 7 Confrontare i processi adattativi di ipertrofia, atrofia, iperplasia, displasia e metaplasia.
- 8 Descrivere i processi infiammatori e riparativi.
- 9 Valutare i modelli di salute degli individui e delle famiglie e i loro effetti sul mantenimento dello stato di equilibrio.
- 10 Identificare i vari modi in cui le risposte di mancato adattamento allo stress possono aumentare il rischio di malattia e causarla.
- 11 Identificare misure utili per ridurre lo stress negli individui, nelle famiglie e nei gruppi.

Glossario

adattamento: insieme di cambiamenti messi in atto per favorire l'adeguamento a una nuova situazione o a un nuovo ambiente

catecolamine: ammine endogene (come l'adrenalina, la noradrenalina o la dopamina) che agiscono come neurotrasmettitori

coping: processo compensativo, con componenti sia fisiologiche sia psicologiche, basato su strategie cognitive e comportamentali, per la gestione dei fattori di stress che mettono alla prova le risorse dell'individuo

displasia: anomala crescita cellulare che genera cellule differenti per dimensioni, forma o disposizione dalle altre cellule dello stesso tipo di tessuto

famiglia: gruppo di persone in relazione di cura reciproca, mutua responsabilità e attaccamento

fattore di stress: evento o situazione interno/a o esterno/a che crea le premesse per cambiamenti fisiologici, emozionali, cognitivi o comportamentali

feedback negativo: meccanismo di retroazione che diminuisce i segnali in uscita (output) da un sistema

feedback positivo: meccanismo di retroazione che aumenta i segnali in uscita (output) da un sistema

glucocorticoidi: ormoni steroidei, come il cortisolo, prodotti dalla corteccia surrenale; sono coinvolti nel metabolismo dei carboidrati, delle proteine e dei grassi, e hanno proprietà antinfiammatorie

gluconeogenesi: formazione di glucosio – specialmente nel fegato – a partire da non-carboidrati, come gli amminoacidi e la porzione di glicerolo presente nei grassi

infiammazione: reazione localizzata e protettiva dei tessuti a una lesione, all'irritazione o all'infezione, che si manifesta

con dolore, rossore, calore, gonfiore e, a volte, con perdita di funzionalità

iperplasia: aumento del numero di nuove cellule in un tessuto o in un organo

ipossia: carenza di ossigeno a livello tissutale dovuta ad apporto insufficiente o a ridotto utilizzo

metaplasia: trasformazione di un tipo di cellula differenziata in un altro tipo di cellula

omeostasi: stato di equilibrio dell'organismo; stabilità dell'ambiente interno

ormone adrenocorticotropo (ACTH): ormone prodotto dal lobo frontale dell'ipofisi che stimola la secrezione di cortisolo e di altri ormoni dalla corteccia surrenale

ormone antidiuretico (ADH): ormone prodotto dal lobo posteriore dell'ipofisi che determina vasocostrizione, innalza la pressione arteriosa e riduce l'escrezione urinaria

patologia: variazione anomala della struttura o della funzione di una qualsiasi parte del corpo che compromette la funzione e può limitare la libertà di azione

risposta "attacco o fuga": stato di allarme nella sindrome di adattamento generale descritta da Selye

stato di equilibrio: condizione di stabilità che non cambia nel tempo; situazione in cui un cambiamento in un senso è bilanciato da un cambiamento in senso opposto

stress: stato prodotto da un cambiamento nell'ambiente percepito come sfida, minaccia o possibile danno per l'equilibrio dinamico della persona

visualizzazione guidata: uso consapevole di una parola, di una frase o di un'immagine a scopo di distrazione da situazioni che causano sofferenza o di rilassamento oppure di ripristino delle energie

Quando l'organismo subisce una minaccia o una lesione, può rispondere attraverso cambiamenti funzionali e strutturali; tali cambiamenti possono essere di adattamento (adattivi), avere cioè un effetto positivo, o di disadattamento (disadattivi) e avere un effetto negativo. I meccanismi di difesa che l'organismo può mettere in atto determinano la differenza fra adattamento e non adattamento e fra salute e malattia. Questo capitolo discute l'omeostasi, lo stress, l'adattamento e i problemi di salute associati al disadattamento e il modo in cui gli infermieri possono intervenire su assistiti e famiglie per ridurre lo stress e i suoi effetti sulla salute.

Concetti fondamentali

Ogni sistema corporeo svolge funzioni specifiche per garantire il funzionamento ottimale dell'organismo. I meccanismi che regolano le condizioni interne promuovono il normale stato di equilibrio dell'organismo e la sua sopravvivenza. Meccanismi compensatori favoriscono il mantenimento o il ripristino dello stato equilibrio e assicurano la sopravvivenza. Quando una lesione cellulare avviene tanto rapidamente da non permettere che i meccanismi compensatori dell'organismo apportino i cambiamenti necessari per il mantenimento della salute, si instaura un processo fisiopatologico.

I meccanismi fisiologici vanno compresi considerando l'organismo umano nel suo complesso. Ogni organismo, in quanto sistema vivente, presenta sia un ambiente interno, sia un ambiente esterno, che si scambiano continuamente informazioni e materia. Nell'ambiente interno ogni organo, tessuto e cellula costituisce anche un sistema o sottosistema dell'insieme, ciascuno con un proprio ambiente interno ed esterno che, a loro volta, si scambiano informazioni e materia (Fig. 6-1). L'interazione dei sottosistemi dell'organismo ha lo

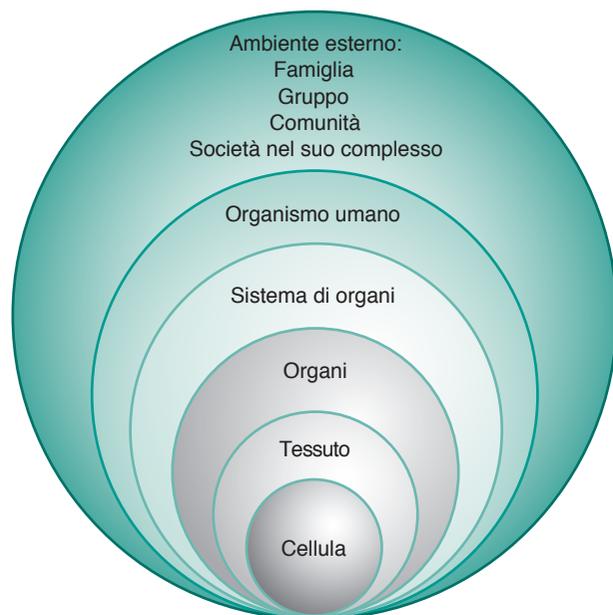


FIGURA 6-1 • Insieme dei sistemi. Ogni sistema è un sottosistema del sistema più grande (sovrasistema) a cui appartiene. In questa figura la cellula costituisce il sistema più piccolo in assoluto, in quanto è sottosistema di tutti gli altri sistemi.

scopo di produrre un **equilibrio dinamico** o **stato di equilibrio** (anche in presenza di cambiamento), in cui tutti i sottosistemi si trovano in armonia. Per comprendere lo stato di equilibrio vanno tenuti presenti quattro concetti: costanza, omeostasi, stress e adattamento.

Costanza e omeostasi

Claude Bernard, fisiologo francese del XIX secolo, fu il primo a formulare il principio biologico secondo cui per vivere ci deve essere una relativa stasi o "costanza del mezzo interno", nonostante i cambiamenti che avvengono nell'ambiente esterno; il "mezzo interno" è il liquido che bagna le cellule e la stasi è lo stato interno bilanciato mantenuto dai processi fisiologici e biochimici. Il principio espresso da Bernard presupponeva un processo statico.

Il principio della "costanza" di Bernard sostiene il concetto di **omeostasi**, uno stato di equilibrio nell'organismo. Quando un cambiamento o uno stress causano una deviazione dalla condizione di stabilità, si innescano processi che hanno lo scopo di ripristinare e mantenere l'equilibrio dinamico. Un esempio di questo sforzo di ripristino è l'instaurarsi di una respirazione rapida (iperpnea) dopo un'attività fisica intensa a compensazione del deficit di ossigeno e dell'accumulo di acido lattico nel tessuto muscolare. Quando i processi di adattamento e i meccanismi compensatori non sono adeguati, lo stato di equilibrio è minacciato, le funzioni si alterano e vengono messe in atto risposte disfunzionali. Per esempio, nello scompenso cardiaco, il corpo reagisce ritenendo sodio e acqua e innalzando la pressione venosa, il che peggiora la condizione. Risposte disfunzionali possono portare allo sviluppo di una **patologia**, che è una minaccia per lo stato di equilibrio.

Stress e adattamento

Lo **stress** è uno stato dell'organismo prodotto da un cambiamento nell'ambiente percepito come sfida, minaccia o possibile danno per l'equilibrio dinamico della persona. La persona si sente talvolta incapace di soddisfare le richieste di una situazione nuova. Il cambiamento, o stimolo, che evoca tale stato prende il nome di **fattore di stress**. L'individuo valuta e affronta le diverse situazioni. Lo scopo auspicato è l'**adattamento** al cambiamento, cosicché la persona ritrovi l'equilibrio e abbia l'energia e la capacità per soddisfare le nuove esigenze. Questo è il **coping**, un processo compensativo, con componenti sia fisiologiche sia psicologiche, basato su strategie cognitive e comportamentali, per la gestione dei fattori di stress che mettono alla prova le risorse dell'individuo.

Poiché in un sistema stress e adattamento possono esistere a differenti livelli, è possibile studiarli a livello di cellula, di tessuto e di organo. I biologi si occupano principalmente delle componenti subcellulari o dei sottosistemi dell'organismo. Gli studiosi del comportamento, tra cui anche gli infermieri ricercatori, studiano lo stress e l'adattamento a livello di individui, famiglie, gruppi e società, concentrandosi sul modo in cui l'organizzazione di un gruppo si adatta per soddisfare le esigenze dell'ambiente fisico e sociale in cui vive. In ogni sistema, gli obiettivi finali dell'adattamento sono la sopravvivenza, la crescita e la riproduzione.

Panoramica sullo stress

Ogni individuo opera a un certo livello di adattamento e regolarmente va incontro a un certo grado di cambiamento. Il cambiamento è atteso: contribuisce alla crescita e migliora la vita. Un fattore di stress può alterare questo equilibrio. Un **fattore di stress** può essere definito come un evento o una situazione interni o esterni che creano le premesse per cambiamenti fisiologici, emozionali, cognitivi o comportamentali.

Fattori di stress

Esistono diverse categorie di fattori di stress, che possono essere descritti come fisici, fisiologici o psicosociali. I fattori fisici includono il freddo, il caldo e gli agenti chimici; i fattori di stress fisiologici comprendono il dolore o l'affaticamento. Esempi di fattori di stress psicosociale sono la paura di non superare un esame o di perdere il lavoro o la paura che si prova durante l'attesa dei risultati di un test diagnostico. I fattori di stress possono essere anche fasi normali della vita che richiedono opportuni adattamenti, come il passaggio dall'infanzia alla pubertà, il matrimonio o l'arrivo di un figlio.

I fattori di stress possono essere classificati anche in: (1) frustrazioni o seccature quotidiane; (2) situazioni complesse che coinvolgono grandi gruppi – perfino intere nazioni; (3) situazioni che si verificano di rado e che coinvolgono poche persone. I fattori di stress classificati come seccature quotidiane sono, per esempio, episodi comuni come un ingorgo nel traffico urbano, un problema che blocca il computer, una discussione con il coniuge o con un compagno di stanza. Queste esperienze possono avere effetti diversi; per esempio, se si è in vacanza, magari in spiaggia, l'arrivo di un temporale determinerà verosimilmente una risposta più negativa che in un'altra situazione. È dimostrato che l'effetto cumulativo nel tempo di queste seccature quotidiane produce conseguenze sulla salute più rilevanti di quanto facciano i problemi più importanti; possono causare infatti innalzamenti della pressione arteriosa, palpitazioni e altri cambiamenti fisiologici (Rice, 2011).

I fattori di stress maggiori influenzano vasti gruppi di persone, famiglie e talvolta intere nazioni. Tra questi vanno annoverati eventi storici come i fatti di terrorismo e le guerre; queste ultime costituiscono un'esperienza diretta per chi si trova nelle zone del conflitto, indiretta per chi le segue, nel loro svolgersi, attraverso i mezzi di comunicazione. Anche i cambiamenti demografici, economici e tecnologici della società sono fattori di stress. A volte, la tensione prodotta da tali fattori si deve non solo al cambiamento in sé, ma anche dalla velocità con cui il cambiamento avviene.

Il fattori di stress legati a situazioni relativamente infrequenti che interessano direttamente le persone sono stati studiati in modo approfondito. Questa categoria comprende gli eventi della vita, come nascita, morte, matrimonio, divorzio e pensionamento. Include anche le crisi psicosociali che si verificano nelle varie fasi della vita. Fattori di stress persistenti possono essere una disabilità permanente o la necessità di occuparsi a lungo termine di un genitore anziano.

I fattori di stress possono essere classificati anche in base alla durata, come nell'elenco che segue:

- Fattori di stress acuti e di durata limitata, come la preparazione di un esame.

- Fattori di stress sequenziali: serie di situazioni stressanti che scaturiscono da un evento iniziale, come la perdita del lavoro o il divorzio.
- Fattori di stress cronici intermittenti, come le seccature quotidiane.
- Fattori di stress cronici e persistenti, come una malattia cronica, una disabilità o la povertà.

Stress come stimolo per la malattia

Stabilire una relazione tra eventi della vita e malattia (l'approccio teorico che definisce lo stress come uno stimolo) è stato uno dei principali interessi degli studi psicosociali. La ricerca suggerisce che le persone sotto stress costante hanno un'alta incidenza di malattie psicosomatiche.

Holmes e Rahe (1967) hanno sviluppato una scala che assegna valori numerici detti "unità di cambiamento di vita" a tipiche situazioni in cui ci si può imbattere nel corso della vita. Poiché gli elementi considerati dalla scala di Holmes e Rahe sono eventi che richiedono un cambiamento nel modello di vita di una persona, e poiché lo stress è visto come un accumulo di questi cambiamenti, teoricamente si può prevedere la probabilità di malattia in base al numero di eventi recenti e calcolando il punteggio totale. Il Recent Life Changes Questionnaire (Tausig, 1982) contiene 118 elementi, come morte, nascita, matrimonio, divorzio, promozioni e vacanze. Il questionario include eventi sia desiderabili sia non desiderabili.

Le fonti di stress per gli assistiti sono state studiate a fondo (Dow, 2011; Mair, Cutchin, & Peek, 2011; Pierce, Lewandowski-Romps, & Silverschanz, 2011). Le persone, di solito, sono sottoposte a stress a seguito di modifiche nel loro stato di salute fisica ed emotiva, di cambiamenti del livello di funzionalità quotidiana, di un ridotto sostegno sociale o della perdita di persone importanti (Berendes, Keefe, & Somers, 2010; Bertoni, Burke, Owusu, et al., 2010). La paura dell'immobilizzazione, dell'isolamento, della solitudine o della deprivazione sensoriale, di problemi economici e della morte o dell'invalidità aumentano il livello d'ansia. La perdita del proprio ruolo o dello scopo percepito nella vita può provocare un disagio intenso. È verosimile che ognuna delle variabili identificate, con l'aggiunta di altre condizioni o richieste opprimenti, provochi un coping inefficace. Spesso la mancanza di capacità di coping è fonte di ulteriore stress per la persona e il risultato di una sofferenza sopportata a lungo o senza tregua è una malattia correlata allo stress. Come discusso oltre in questo capitolo, gli infermieri possono aiutare le persone a cambiare le circostanze che sono fonte di stress e a gestire le loro risposte allo stress.

Risposte psicologiche allo stress

Dopo l'identificazione di un fattore di stress, l'individuo reagisce, coscientemente o incoscientemente, per gestire la situazione. Questa reazione è definita *processo di mediazione*. Una teoria sviluppata da Lazarus (1991a) pone l'accento sull'approccio cognitivo e sul coping come importanti mediatori dello stress. La valutazione e il coping sono influenzati da variabili antecedenti che includono le risorse interne ed esterne di ciascuna persona.

Valutazione delle situazioni stressanti

La valutazione cognitiva (Lazarus, 1991a; Lazarus & Folkman, 1984) è un processo attraverso cui un evento viene valutato rispetto ai rischi (valutazione primaria) e rispetto a ciò che si potrebbe e che si può fare (valutazione secondaria). La percezione del rischio da parte di un individuo è influenzata dai suoi personali obiettivi, dai suoi impegni e motivazioni. Fattori importanti in questa percezione sono la rilevanza assegnata all'evento in questione, il conflitto tra l'evento e ciò che la persona desidera e la minaccia che la situazione rappresenta per il proprio senso di forza e di identità personale.

Risultato della valutazione primaria è l'identificazione della situazione come stressante o non stressante. La valutazione secondaria riguarda invece la ciò che si potrebbe e che si può fare nella situazione in esame. Si può inoltre verificare una rivalutazione, ovvero un cambiamento di opinione basato su eventuali nuove informazioni. Il processo di valutazione non è necessariamente sequenziale; la valutazione primaria, quella secondaria e la rivalutazione possono avvenire contemporaneamente.

Il processo di valutazione contribuisce allo sviluppo di un'emozione. Valutazioni di danno o perdita sono accompagnate da emozioni negative, come la paura e la rabbia, mentre le sfide sono accompagnate da emozioni positive. Al di là delle componenti soggettive o delle sensazioni che accompagnano una particolare emozione, ciascuna emozione comprende anche la tendenza ad agire in un certo modo. Per esempio, gli studenti impreparati possono vedere un compito in classe inatteso come una minaccia; possono provare paura, rabbia e risentimento ed esternare queste emozioni con commenti o comportamenti ostili.

Lazarus (1991a) ha ampliato le sue prime idee sullo stress, sulla valutazione e sul coping delineando un modello più complesso che correla emozioni e adattamento. In questo modello, che Lazarus ha chiamato "teoria cognitiva-motivazionale-relazionale", l'aspetto *relazionale* riguarda "il focalizzarsi sulla negoziazione con il mondo fisico e sociale" (pag. 13). Il modello propone una teoria delle emozioni come un ponte che connette psicologia, fisiologia e sociologia: "Più di ogni altra arena del pensiero psicologico, l'emozione è un concetto integrativo, organico, che riassume lo stress psicologico e il coping e unisce motivazione, cognizione e adattamento in una configurazione complessa" (pag. 40).

Coping in risposta agli eventi stressanti

Il coping consiste negli sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto per gestire specifiche richieste, interne ed esterne, che mettono alla prova le risorse di un individuo e può essere centrato sulle emozioni o sui problemi. Il coping centrato sulle emozioni tenta di migliorare lo stato d'animo della persona diminuendo il suo livello di sofferenza emozionale. Il coping centrato sui problemi tende a modificare direttamente l'ambiente perché la situazione possa essere gestita con maggiore efficacia. Di solito, in una situazione stressante vengono attivati entrambi i tipi di coping. Anche quando la situazione è riconosciuta come una sfida o un vantaggio, possono essere richiesti sforzi di coping per elaborarla e sostenerla: questo si traduce nel trattenere gli aspetti benefici del cambiamento e respingere qualsiasi minaccia. Nelle situazioni di danno o di

minaccia, un coping efficace ridurrà o eliminerà la fonte di stress e attenuerà le emozioni che ne derivano.

La valutazione e il coping sono influenzati da caratteristiche interne, come la salute, l'energia, il sistema personale di valori, gli impegni e gli obiettivi della vita, l'autostima, il controllo e le capacità professionali, di risoluzione dei problemi (*problem solving*) e sociali. Le caratteristiche più spesso oggetto di ricerche infermieristiche sono gli stili di vita che promuovono la salute e la resilienza (Neenan, 2009; Reich, Zautra, & Hall, 2010). La resilienza, considerata sia un tratto della personalità sia un processo, è stata definita come la capacità di una persona di "funzionare" bene in situazioni di stress, quali eventi traumatici e altri tipi di situazioni avverse (Johnson, 2010). Un individuo resiliente mantiene la flessibilità anche in circostanze difficili e controlla forti reazioni emozionali usando una comunicazione appropriata e capacità di problem-solving. I fattori che hanno un ruolo nel costruire la resilienza di una persona sono forti relazioni di sostegno con i membri della famiglia e con altre persone e l'esposizione a modelli di ruolo positivi. Un individuo resiliente sa quando agire, quando fare un passo indietro e affidarsi agli altri e quando fermarsi per riacquistare energia e alimentare il sé interiore. La ricerca ha identificato la resilienza come un'importante variabile che influenza positivamente la riabilitazione e il miglioramento complessivo dopo un'esperienza di sfida o un fatto traumatico (Chen, Shiu, Simoni, et al., 2011; Hahn, Cichy, Almeida, et al., 2011; Herrman, Stewart, Diaz-Granados, et al., 2011; Pierini & Stuifbergen, 2010).

Uno stile di vita che promuove la salute mitiga gli effetti dei fattori di stress. Dal punto di vista infermieristico, questo risultato (l'attenuazione degli effetti dei fattori di stress) favorisce il raggiungimento dell'obiettivo infermieristico di promozione della salute. In molte circostanze, è più semplice promuovere uno stile di vita sano che modificare i fattori di stress.

Risposte fisiologiche allo stress

La risposta fisiologica a un fattore di stress, sia esso fisico, psicologico o psicosociale, è un meccanismo protettivo e adattivo atto a mantenere l'equilibrio omeostatico dell'organismo. La risposta allo stress attiva una serie di processi neurologici e ormonali all'interno del cervello e dei sistemi corporei. La durata e l'intensità dello stress possono avere effetti sia a breve sia a lungo termine.

La teoria di Selye dell'adattamento

Hans Selye (1976) elaborò una teoria dell'adattamento allo stress biologico che ha influenzato in modo profondo lo studio scientifico dello stress.

Sindrome di adattamento generale

La teoria di Selye sull'adattamento allo stress definisce una *sindrome di adattamento generale*, composta di tre fasi: allarme, resistenza, esaurimento. Durante la fase di **allarme**, viene attivata la **risposta "attacco o fuga"**, una risposta simpatica con liberazione di **catecolamine** e l'avvio della produzione di **ormone adrenocorticotropo (ACTH)** da parte della corteccia surrenale. La reazione di allarme è difensiva e antinfiam-

matoria, ma si autolimita. Poiché vivere in un continuo stato di allarme porterebbe alla morte, subentra la seconda fase, la **resistenza**. Durante questa fase si mette in atto un adattamento al fattore di stress, ma i livelli di cortisolo restano alti. Se l'esposizione al fattore di stress si prolunga, si verifica la terza fase, l'**esaurimento**. In questa fase aumenta l'attività endocrina, con effetti negativi sui sistemi corporei (specie sui sistemi circolatorio, digestivo e immunitario), che possono portare a morte. Il primo e il secondo stadio di questa sindrome si ripetono, a differenti livelli di intensità, durante tutta la vita, ogni volta che un individuo incontra dei fattori di stress.

Selye confrontò la sindrome di adattamento generale con l'intero processo della vita di un individuo. Nell'infanzia, gli incontri con lo stress sono troppo pochi per promuovere lo sviluppo della dinamica adattiva e dunque i bambini sono più vulnerabili. Nell'età adulta l'individuo incontra un certo numero di situazioni stressanti e sviluppa resistenza o adattamento. Nella vecchiaia, l'accumulo dei fattori di stress di tutta una vita e il loro effetto di logoramento sull'organismo riducono nuovamente la capacità di adattamento della persona; la sua resistenza diminuisce e, infine, si ha la morte.

Sindrome di adattamento locale

Secondo la teoria di Selye, esiste anche una sindrome di adattamento locale, che riguarda i processi di risposta infiammatoria e di riparazione nella sede di una lesione tissutale. La sindrome di adattamento locale si verifica in caso di lesioni piccole e localizzate, come per esempio, una dermatite da contatto. Se la lesione locale è abbastanza grave, si attiva anche la sindrome di adattamento generale.

Selye sottolineò che lo stress è una risposta non specifica comune a tutti i fattori stressanti, siano essi fisiologici, psicologici o psicosociali. I diversi fattori che condizionano l'ambiente di un individuo rendono conto del perché determinate richieste da parte dell'ambiente sull'organismo siano interpretate da persone diverse come fattori di stress o meno. La varietà dei fattori condizionanti. Anche la tolleranza allo stress risente di fattori condizionanti specifici: alcune persone possono sviluppare malattie da adattamento, per esempio, ipertensione e cefalea, in risposta a fattori di stress che invece non influenzano altre persone.

Interpretazione degli stimoli stressanti da parte del cervello

Le risposte fisiologiche allo stress sono mediate dal cervello attraverso una complessa rete di messaggi chimici ed elettrici. Le azioni neurologiche e ormonali che mantengono l'equilibrio omeostatico sono integrate dall'ipotalamo, che è localizzato al centro del cervello, circondato dal sistema limbico e dagli emisferi cerebrali. L'ipotalamo, costituito da vari nuclei, integra i meccanismi del sistema nervoso autonomo che mantengono la costanza chimica dell'ambiente interno dell'organismo. Insieme al sistema limbico, che comprende l'amigdala, l'ippocampo e i nuclei settali, l'ipotalamo regola le emozioni e molte funzioni viscerali necessarie per la sopravvivenza (per esempio, alimentazione, termoregolazione, riproduzione, difesa e aggressione).

Ognuna delle suddette strutture risponde in modo diverso agli stimoli. Gli emisferi cerebrali sono coinvolti nella funzio-

ne cognitiva: processi di pensiero, apprendimento e memoria. Il sistema limbico ha connessioni sia con gli emisferi cerebrali sia con il bulbo cerebrale. Inoltre, il sistema di attivazione reticolare (RAS), una rete di cellule che forma un sistema di comunicazione a due vie, si estende dal bulbo cerebrale al mesencefalo e al sistema limbico. Questa rete controlla lo stato di veglia o di vigilanza del corpo.

Nella risposta allo stress, gli impulsi afferenti sono portati dagli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso, cute) e dai sensori interni (barocettori, chemocettori) ai centri nervosi cerebrali. La risposta alla percezione dello stress è integrata nell'ipotalamo, che coordina gli adattamenti necessari a ripristinare l'equilibrio omeostatico. L'entità e la durata della risposta variano; inizialmente si ha un'attivazione del sistema nervoso simpatico, poi dell'asse simpatico-midollare del surrene. Se lo stress persiste, si ha un'attivazione del sistema ipotalamo-ipofisario (Fig. 6-2).

Risposta del sistema nervoso simpatico

La risposta del sistema nervoso simpatico è rapida e di breve durata. Nelle terminazioni nervose, a diretto contatto con gli organi bersaglio, viene rilasciata noradrenalina per stimolare il funzionamento degli organi vitali e indurre uno stato di generale vigilanza nell'organismo (Porth & Matfin, 2009). La frequenza cardiaca aumenta; si verifica una vasocostrizione periferica che innalza la pressione arteriosa. Il sangue viene allontanato dagli organi addominali. Lo scopo di queste attività è consentire una migliore perfusione degli organi vitali (cervello, cuore, muscoli scheletrici). La glicemia aumenta, perché vi sia energia prontamente disponibile. Le pupille si dilatano e l'attività mentale aumenta; esiste un maggior senso di consapevolezza. La costrizione dei vasi cutanei limita l'emorragia in caso di trauma. L'individuo può avere i piedi freddi, la cute e le mani sudate, brividi, palpitazioni e un "nodo" allo stomaco. Tipicamente, ha un aspetto teso, con irrigidimento dei muscoli del collo, delle spalle e della parte superiore della schiena; la respirazione può essere rapida e superficiale, con diaframma in tensione.

Risposta simpatica-surrenalica-midollare

Oltre ad agire direttamente sui principali organi bersaglio, il sistema nervoso simpatico stimola anche la midollare della ghiandola surrenale, provocando il rilascio in circolo degli ormoni adrenalina e noradrenalina. L'azione di questi ormoni è simile a quella del sistema nervoso simpatico, di cui sostiene e prolunga l'azione. Questi ormoni, che sono catecolamine, stimolano il sistema nervoso e producono effetti metabolici che innalzano la glicemia e stimolano il metabolismo. L'effetto della risposta simpatico-adrenomidollare è riassunto nella Tabella 6-1. Tale effetto viene definito *risposta di attacco o fuga* (Porth & Matfin, 2009).

Risposta ipotalamo-ipofisaria

La fase più duratura della risposta fisiologica, più frequente in caso di stress persistente, coinvolge vie ipotalamo-ipofisarie. L'ipotalamo secreta l'ormone di rilascio della corticotropina, che stimola l'ipofisi anteriore a liberare ACTH; a sua volta, questo ormone stimola la corteccia surrenale a produrre **glucocorticoidi**, soprattutto cortisolo (Porth & Matfin, 2009). Il

Fisiologia Fisiopatologia

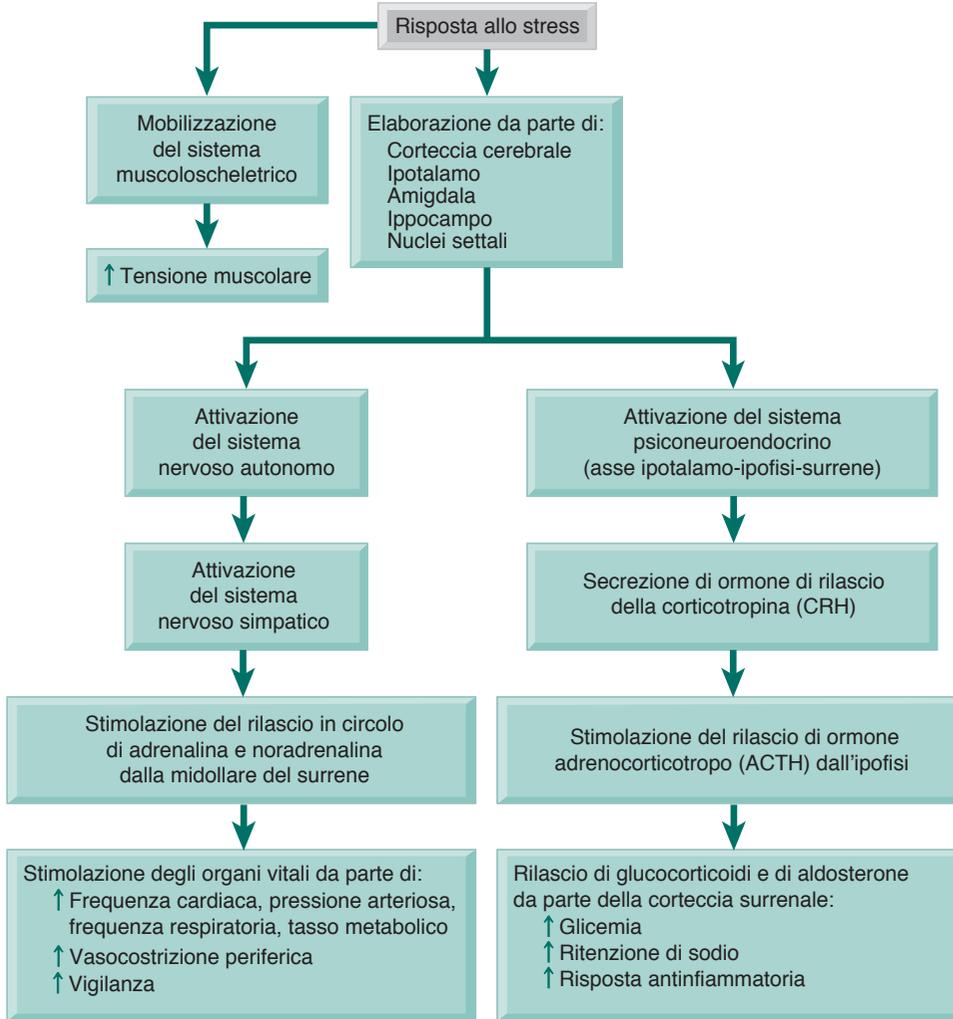


FIGURA 6-2 • Risposte fisiologiche allo stress. Il corpo si prepara attraverso l'attivazione cerebrale del sistema nervoso autonomo e del sistema psiconeuroendocrino, comunemente detti asse ipotalamo-ipofisi-surrene, per rispondere allo stress.

cortisolo stimola il catabolismo proteico liberando amminoacidi, stimola la captazione di amminoacidi da parte del fegato e la loro conversione in glucosio (**gluconeogenesi**) e inibisce la captazione di glucosio (azione anti-insulinica) da parte di molte cellule dell'organismo, ma non di quelle del cervello e

del cuore (Porth & Matfin, 2009). Questi effetti metabolici del cortisolo offrono all'organismo una pronta fonte di energia durante una situazione stressante. Tale condizione ha alcune importanti implicazioni: per esempio, un individuo diabetico sottoposto a stress, come avviene durante un'infezione, avrà

TABELLA 6-1 Risposta simpatico-adrenomidollare allo stress o risposta "attacco o fuga"

Effetto	Scopo	Meccanismo
Aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa	Aumento della perfusione degli organi vitali	Aumento della gittata cardiaca per aumento della contrattilità miocardica e della frequenza cardiaca; aumento del ritorno venoso (vasocostrizione periferica)
Aumento della glicemia	Aumento dell'energia disponibile	Aumento della glicogenolisi epatica e muscolare; aumento della lipolisi nel tessuto adiposo
Acutezza mentale	Stato vigile	Aumento della quantità di sangue deviata dai visceri addominali e dalla cute al cervello
Pupille dilatate	Aumento della consapevolezza	Contrazione del muscolo radiale dell'iride
Aumento della tensione dei muscoli scheletrici	Preparazione all'attività, diminuzione dell'affaticamento	Contrazione muscolare; aumento della quantità di sangue deviato dai visceri addominali e dalla cute ai muscoli
Aumento della ventilazione (può essere rapida e poco profonda)	Apporto di ossigeno a scopo energetico	Stimolazione del centro midollare del respiro; broncodilatazione
Aumento della coagulabilità del sangue	Prevenzione dell'emorragia in caso di trauma	Vasocostrizione (vasi superficiali)