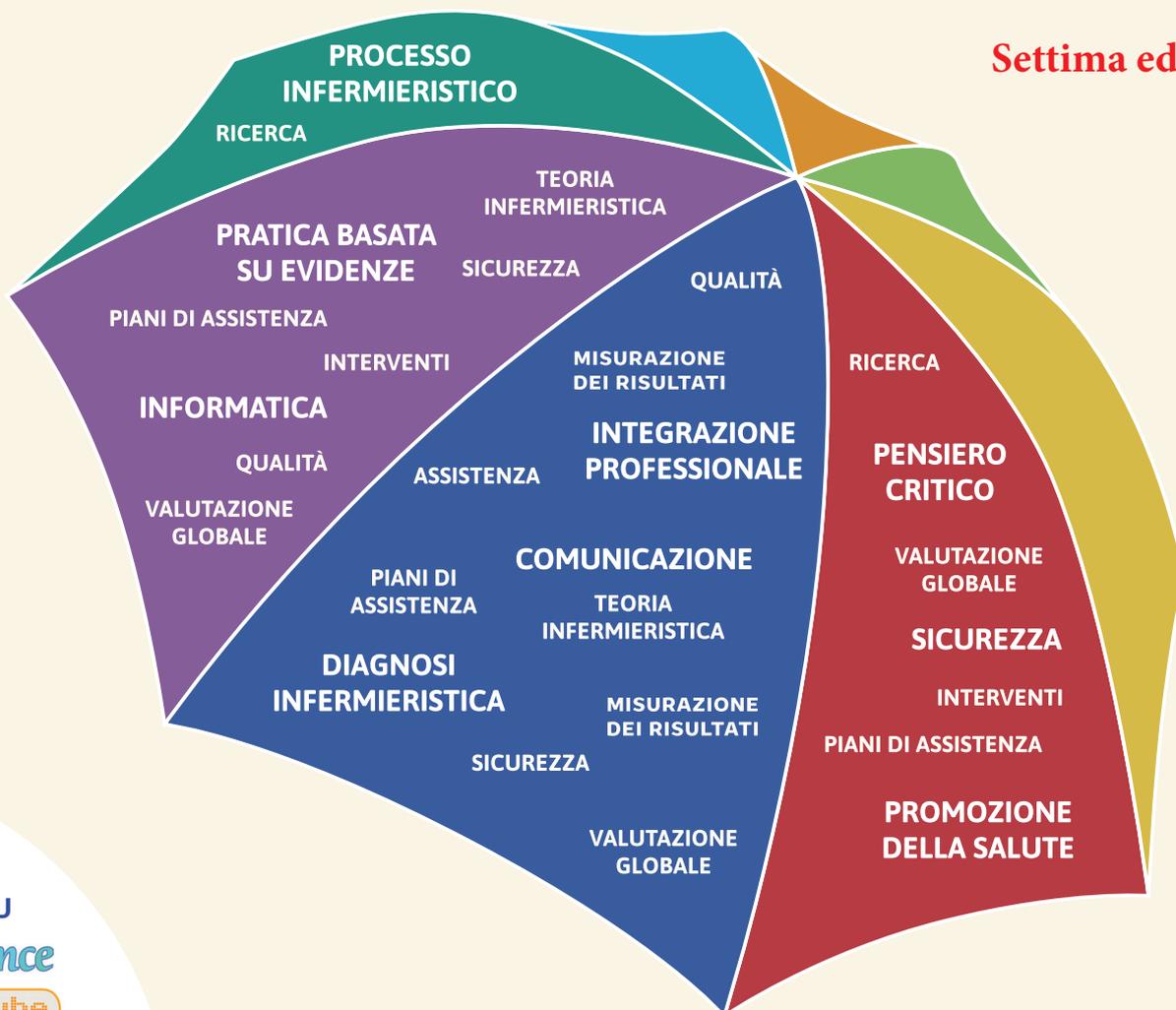


Ruth F. Craven – Constance J. Hirnle – Christine M. Henshaw

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica

Settima edizione



RISORSE
ONLINE SU

 **florence**

 **testtube**
scienze infermieristiche



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica

Settima edizione

Ruth F. Craven

EdD, RN, FAAN

Professor Emerita

Department of Biobehavioral Nursing and Health Informatics
University of Washington School of Nursing
Seattle, Washington

Constance J. Hirnle

MN, RN

Retired Faculty Member

Department of Biobehavioral Nursing and Health Informatics
University of Washington School of Nursing
Seattle, Washington

Christine M. Henshaw

EdD, RN-BC

Professional Development Specialist

Clinical Practice and Professional Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington

Edizione italiana a cura di

Giorgio Nebuloni

Con la collaborazione di

Pierluigi Badon, Silvia Mareggini, Fabrizio Vezzoli



CASA EDITRICE AMBROSIANA

COLLABORATORI ALLA IX EDIZIONE ORIGINALE (VII EDIZIONE ITALIANA)

Marisa Gillaspie Aziz, MSN, RN, ACNS-BC

Senior Manager Oregon Region:
Professional Practice, Outcomes,
and Research
Providence Health and Services
Portland, Oregon
Capitolo 24: Igiene e cura di sé

Doris M. Boutain, PhD, RN, PHNA-BC

Associate Professor and John and
Marguerite Walker Corbally Professor
in Public Service
Department of Child, Family
and Population Health
University of Washington School
of Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 3: Valori, etica e aspetti legali

Diana Taibi Buchanan, PhD, RN

Associate Professor and Mary S. Tschudin
Endowed Professor in Nursing
Education
Department of Biobehavioral Nursing
and Health Informatics
University of Washington School
of Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 36: Sonno

Beth Desaretz Chiatti, PhD, RN, CTN-B, CSN

Associate Professor
College of Nursing and Health Professions
Drexel University
Philadelphia, Pennsylvania
Capitolo 13: Cultura e diversità

B. Jane Cornman, PhD, RN

Senior Lecturer
Nursing and Health Care Leadership
University of Washington Tacoma School
of Nursing
Tacoma, Washington
*Capitolo 11: Salute, benessere e assistenza sani-
taria integrativa*

Ruth F. Craven, EdD, RN, FAAN

Professor Emerita
Department of Biobehavioral Nursing and
Health Informatics
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
*Capitolo 14: Comunicazione: relazione
infermiere-assistito*
Capitolo 29: Percezione sensoriale
Capitolo 41: Stress, coping e adattamento

Tamara Cyhan Cunitz, MN, RN

Lecturer
Clinical Faculty Member
Department of Child, Family,
and Population Health
University of Washington School
of Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 31: Funzione cardiovascolare

Jessica Dunn, MSN, RN, NE-BC

Director, Nursing
Virginia Mason Hospital and Seattle
Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 16: Assistenza alla persona anziana

Kathryn Van Dyke Hayes, PhD, RN, CNE

Professor Emerita
School of Nursing and Allied Health
Professions
Holy Family University
Philadelphia, Pennsylvania
*Capitolo 5: Processo di assistenza infermieristica:
la base per il giudizio clinico*
Capitolo 6: Valutazione infermieristica
Capitolo 7: Diagnosi infermieristica
*Capitolo 8: Pianificazione dei risultati
e degli interventi*
*Capitolo 9: Gestione/attuazione e rivalutazione
continua*

Christine M. Henshaw, EdD, RN-BC

Professional Development Specialist
Clinical Practice and Professional
Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 1: La professione infermieristica
*Capitolo 2: Il ruolo dell'infermiere
per la qualità dell'assistenza sanitaria
e la sicurezza dell'assistito*
Capitolo 17: Sicurezza
*Capitolo 32: Liquidi, elettroliti ed equilibrio
acido-base*

Sharon Jensen, MN, RN

Assistant Professor
School of Nursing
Chaminade University of Honolulu
Honolulu, Hawaii
Capitolo 18: Valutazione dello stato di salute

Niki Kirby, MSN, RN-BC

Professional Development Specialist
Clinical Practice and Professional
Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 21: Somministrazione dei farmaci

Shirley Kopf-Klakken, MSN, RN-BC

Professional Development Specialist
Clinical Practice and Professional
Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 34: Eliminazione urinaria

Kim Leppert, MSN, RN, ACNS-BC, CNOR

Clinical Nurse Specialist Perioperative and
Interventional Services
Providence Regional Medical Center
Everett
Everett, Washington
*Capitolo 23: Assistenza infermieristica
perioperatoria*

Patricia S. Lisk, DACCE, RN

Professor of Nursing
Dean of Nursing and Health Technologies
Germanna Community College
Locust Grove, Virginia
Capitolo 43: Salute spirituale

Vanessa A. Makarewicz, RN, MN, CIC

Neuroscience Clinical Nurse Specialist
Swedish Health Services
Lecturer
Seattle University School of Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 30: Funzione respiratoria

Jennifer Mannino, PhD, RN

Associate Professor
Barbara H. Hagan School of Nursing and
Health Sciences
Molloy College
Rockville Centre, New York
*Capitolo 10: Comunicazione nel team di assistenza
sanitaria: documentazione e reporting*

Heather A. Martin, MSN, RN, CNRN, SCRNI

Neuroscience Clinical Nurse Specialist
Swedish Health Services
Lecturer
Seattle University School of Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 39: Processi cognitivi

Jamie Moran, MSN, RN, CIC

Director
Quality, Safety & Infection Prevention
Virginia Mason Medical Center
Infection Prevention
Seattle, Washington
Capitolo 20: Asepsi e controllo delle infezioni

**Georgia L. Narsavage, PhD, APRN,
FAAN, FNAP, ATSF**

Professor Emerita
Family/Community Health Department
West Virginia University School of
Nursing
Morgantown, West Virginia
Capitolo 38: Famiglia e sue relazioni interne

**Amy Mandeville O'Meara, DrNP,
WHNP, AGNP**

Clinical Associate Professor
Department of Nursing
College of Nursing and Health Sciences
University of Vermont
Burlington, Vermont
Capitolo 40: Sessualità

Mary Ann Osborne, DNP, FNP-BC

Integrative Medicine Fellow
Owner/Nurse Practitioner Private Practice
Institute for Integral Health, LLC
Colorado Springs, Colorado
*Capitolo 11: Salute, benessere e assistenza
sanitaria integrativa*

Pavla Petralli, MSN, RN

Director
Gastrointestinal Unit
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 25: Mobilità e meccanica corporea

Anne P. Poppe, PhD, RN

Director of Nursing
Education & Specialty Rehabilitation
VA Puget Sound Health Care System
Seattle, Washington
Capitolo 37: Concetto di sé

Diana Rae, MSN, RN-BC, AP-PMN

Clinical Nurse Specialist, Pain
Management
CHI Franciscan
Tacoma, Washington
Capitolo 28: Gestione del dolore

Trena Redman, MN, RN, CNE

Lecturer
School of Nursing and Human Physiology
Gonzaga University
Spokane, Washington
*Capitolo 12: Assistenza infermieristica
di comunità e domiciliare*
*Capitolo 15: Educazione sanitaria e promozione
della salute*
Capitolo 19: Parametri vitali
Capitolo 22: Terapia endovenosa

**Lu Ann Reed, DNP, RN, CRRN, BC-RN,
LNHA, WCC, DWC**

Assistant Professor—Clinical
University of Cincinnati
Cincinnati, Ohio
*Capitolo 26: Integrità cutanea e guarigione
delle ferite*

**Craig R. Sellers, PhD, MS, RN,
AGPCNP-BC, GNP-BC, FAANP**

Professor of Clinical Nursing and
Medicine/Geriatrics and Aging
Director, Master's Programs
Specialty Director, Adult-Gerontology
Primary Care Nurse Practitioner
Program
University of Rochester School of Nursing
Nurse Practitioner, URMC Emergency
Medicine
Rochester, New York
Capitolo 42: Perdita e lutto

Judith L. St. Onge, PhD, RN, CNE

Colonel (Ret), U.S. Army Nurse Corps
Assistant Professor (Ret)
College of Health and Human Services
Troy University School of Nursing
Montgomery, Alabama
Capitolo 33: Nutrizione

Susan A. Talbot, MN, RN-BC, CGRN

Professional Development Specialist
Clinical Practice and Professional
Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 35: Eliminazione intestinale

Marian Wilson, PhD, MPH, RN-BC

Assistant Professor
College of Nursing
Washington State University
Spokane, Washington
*Capitolo 4: Ricerca infermieristica e prove
di efficacia*

Jeri Yoder, RN, MNHP, CCRN, CNL, CLNC

Assistant Nurse Manager
Intensive Care Unit
Kaiser Permanente
Oakland, California
Capitolo 27: Prevenzione e gestione delle infezioni

COLLABORATORI ALL'VIII EDIZIONE ORIGINALE (VI EDIZIONE ITALIANA)

Dolly Alex-Wasielewski, MSN, RN

Perianesthesia Educator
UW Medicine/Valley Medical Center
Clinical Instructor
University of Washington School
of Nursing
Seattle, Washington
Inseriti PICO

Marisa Gillaspie Aziz, MSN, RN, ACNS-BC

Heart Failure Specialist
St. Jude Medical
Seattle, Washington
Capitolo 24: Igiene e cura di sé

Debra Beauchaine, MN, AGPCNP-BC, CWOCN-AP

Nurse Practitioner
Cave Creek, Arizona
*Capitolo 30: Integrità della cute e guarigione
delle ferite*

Deanne A. Blach, MSN, RN

Nurse Educator-Professional Conference
Planner
DB Productions of NW AR, Inc.
Green Forest, Arkansas
Mappe concettuali

Doris M. Boutain, PhD, RN

Associate Professor
Psychosocial and Community Health
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 7: Valori, etica e aspetti etico-legali

Terry F. Cicero, MN, CCRN

Senior Instructor
College of Nursing
Seattle University
Seattle, Washington
Capitolo 21: Terapia endovenosa

B. Jane Cornman, PhD, RN, QTP/T, HWC-BC

Senior Lecturer
University of Washington
Tacoma, Washington
*Capitolo 2: Salute, benessere e assistenza sanitaria
integrativa*

Tamara Cyhan Cunitz, MN, RN

Clinical Faculty
Department of Biobehavioral Nursing and
Health Systems
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 27: Funzione cardiovascolare

Jessica Dunn, MSN, BS, RN, CNL

Director, Ambulatory Care Nursing
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 10: Assistenza all'anziano

Phyllis J. Eide, PhD, MPH, MN

Associate Professor of Nursing
Washington State University College
of Nursing
Spokane, Washington
*Capitolo 8: Ricerca infermieristica e prove
di efficacia*

Penny Gilliatt, MN, RN

Manager
Clinical Practice and Professional
Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 19: Asepsi e controllo delle infezioni

Marilyn J. Hammer, PhD, DC, RN

Assistant Professor
New York University College of Nursing
New York, New York
Capitolo 41: Stress, coping e adattamento

Kathryn Van Dyke Hayes, PhD, RN, CNE

Professor and Director of Graduate
Nursing Programs
School of Nursing and Allied Health
Professions
Holy Family University
Philadelphia, Pennsylvania
*Capitolo 11: Pensiero critico e processo
di assistenza infermieristica: la base
per la pratica*
Capitolo 12: Valutazione infermieristica
Capitolo 13: Diagnosi infermieristica
*Capitolo 14: Pianificazione dei risultati
e degli interventi*
*Capitolo 15: Gestione/attuazione e rivalutazione
continua*

Christine M. Henshaw, EdD, RN-BC

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 1: La professione infermieristica
*Capitolo 4: Ricerca infermieristica e prove
di efficacia*
Capitolo 18: Valutazione dello stato di salute
*Capitolo 23: Assistenza infermieristica
perioperatoria*
Capitolo 28: Gestione del dolore

Constance J. Hirnle, MN, RN

Retired Faculty Member
Department of Biobehavioral Nursing
and Health Informatics
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
*Capitolo 16: Documentazione e comunicazione
nel team di assistenza sanitaria*

Pavla Holman, RN

Nurse Manager, Inpatient Orthopedics
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 25: Mobilità e meccanica corporea

Sharon Jensen, MN, RN

Instructor
University of Hawaii, Manoa
Honolulu, Hawaii
Capitolo 17: Valutazione dello stato di salute

Deborah D. Kelly, MN, RN

Administrative Director, Clinical Practice
& Professional Development
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 9: Educazione sanitaria e promozione della salute

Beth Keyte, MSN, RN-BC

Professor, Psychiatric Nursing
Des Moines Area Community College
Ankeny, Iowa
Capitolo 6: Comunicazione: relazione infermiere-assistito

Niki Kirby, MSN, RN

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 20: Somministrazione dei farmaci

Shirley Kopf-Klakken, MSN, RN

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 32: Eliminazione urinaria

Carol Landis, PhD, RN, FAAN

Professor
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 34: Sonno e riposo

Lauren Valk Lawson, DNP, RN

Assistant Professor
Seattle University
Seattle, Washington
Capitolo 3: Assistenza infermieristica di comunità e domiciliare

Janet Lenart, MN, RN, MPH

Director for Online Education, School
of Nursing
Senior Lecturer, Biobehavioral Nursing
and Health Systems
University of Washington
Seattle, Washington

*Capitolo 5: Cultura e diversità***Kim Leppert, MSN, RN, ACNS, CNOR, ONC**

Clinical Supervisor-Perioperative Services
Swedish Medical Center
Ballard, Washington
Capitolo 22: Assistenza infermieristica perioperatoria

Patricia Lisk, MS, RN, DACCE

Professor/Dean of Nursing and Health
Technologies
Germanna Community College
Locust Grove, Virginia
Capitolo 43: Salute spirituale

Vanessa A. Makareiwicz, MN, RN-BC

Infection Control Operations Manager
Harborview Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 26: Funzione respiratoria

Heather A. Martin, MSN, RN, CNRN, SCRNP

Clinical Nurse Specialist-Neuroscience
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 37: Processi cognitivi

Georgia L. Narsavage, PhD, APRN, FAAN, FNAP

Director, Interprofessional Education
West Virginia Health Sciences Center
Professor, West Virginia School of
Nursing
West Virginia University
Morgantown, West Virginia
Capitolo 39: Famiglia e sue relazioni interne

Ellen Noel, MN, RN, CPHQ

Faculty, Education Services
Virginia Mason Institute
Seattle, Washington
Capitolo 35: Gestione del dolore

Mary Ann Osborne, DNP, FNP-C

Family Nurse Practitioner
Integrative Medicine Fellow
Institute for Integral Health
Colorado Springs, Colorado
Capitolo 2: Salute, benessere e assistenza sanitaria

*integrativa***Anne P. Poppe, PhD, MN, RN**

Jonas Scholar
Clinical Instructor
University of Washington School of
Nursing
Seattle, Washington
Capitolo 38: Concetto di sé

Craig R. Sellers, PhD, RN, ANP-BC, GNP-BC, FAANP

Professor of Clinical Nursing
University of Rochester School of Nursing
Rochester, New York
Capitolo 40: Perdita e lutto

Judith L. St. Onge, PhD, RN, CNE

Assistant Professor
Troy University
Montgomery, Alabama
Capitolo 29: Nutrizione

Susan A. Talbot, MN, RN, CGRN

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 33: Eliminazione intestinale

Ryan Townsend, MN, ARNP, BC

Director, Undergraduate Program
Washington State University College
of Nursing
Spokane, Washington
Capitolo 8: Ricerca infermieristica e prove di efficacia

Nancy Westvang, MS, RN

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 42: Sessualità umana

Jean Yockey, PhD, FNP-BC, CNE

Assistant Professor
The University of South Dakota
Vermillion, South Dakota
Capitolo 36: Percezione sensoriale

Jeri Yoder, MNHP, RN, CCRN, CNL, CLNC

Professional Development Specialist
Virginia Mason Medical Center
Seattle, Washington
Capitolo 31: Prevenzione e gestione delle infezioni

Stephanie Becker, MSN/HE, RN

Nursing Faculty
Trocaire College
Buffalo, New York

Rita Bergevin

Adjunct Lecturer at North Carolina
Central University School of Nursing
Professor Emerita Binghamton University
North Carolina Central University
Durham, North Carolina

Jodi Berndt, PhD, MSN

Assistant Professor
College of Saint Benedict
St. Joseph, Minnesota

Tammy Bryant, RN, MSN

Program Chair
Southern Regional Technical College
Thomasville, Georgia

Julie Duff Cloutier

Assistant Professor
Laurentian University School of Nursing
Sudbury, Ontario

Denise Isabel, DNP, RN, CNE

Assistant Professor
University of North Carolina
Wilmington
Wilmington, North Carolina

**Heather LaPoint, MSN, Ed, RN, CNE,
CCRN-K**

Assistant Professor
State University of New York College
at Plattsburgh
Plattsburgh, New York

**Rebekah Mildenhall, MSN, APRN,
WHNP-BC**

Lecturer
University of North Georgia
Dahlonega, Georgia

Amber Murphy

RN Instructor
Angelina College
Lufkin, Texas

Maria Olenick, PhD, FNP, RN

Clinical Associate Professor and Chair
of Undergrad Nursing
Florida International University
Miami, Florida

Rosalynde Peterson, DNP

Nurse Educator
Shelton State Community College
Tuscaloosa, Alabama

Ingrid Simkins, MSN, RN, CNE

Residential Nursing Faculty Maricopa
Nursing at Glendale Community
College
Glendale, Arizona

Lynn I. Skeen, PhD

Assistant Professor
School of Nursing & Health Professions
Langston University
Langston, Oklahoma

Sandra Stone

Assistant Professor
Lincoln University
Fort Leonard Wood, Missouri

Rebecca Toothaker, PhD, RN

Doctor
Bloomsburg University
Bloomsburg, Pennsylvania

Lacey Wallace, MSN, RN, CWON

Assistant Professor
Middle Georgia State University
Macon, Georgia

PERCHÉ QUESTO LIBRO?

Il futuro dell'assistenza infermieristica è luminoso ed eccitante. Come professione, l'assistenza infermieristica è in prima linea nell'assistenza alla salute, di cui definisce il futuro e guida il cambiamento. Nello stesso tempo, l'eccellenza nei fondamenti dell'assistenza infermieristica è ancora essenziale. Questo testo, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, giunto alla nona edizione (si tratta della settima edizione italiana, traduzione della nona edizione originale in lingua inglese, *N.d.C.*), fornisce una struttura per i fondamenti della pratica infermieristica: pensiero critico e giudizio clinico efficaci, comunicazione chiara e capacità cliniche solide.

Il primo dovere di un professionista infermiere è sostenere, o ripristinare, la salute delle persone che assiste in modo che possano agire in modo autonomo e sicuro. In ogni contesto, gli infermieri devono essere in grado di esprimere giudizi validi e prendere decisioni rapidamente.

Per gli studenti infermieri di oggi, la costruzione di una base di conoscenze infermieristiche e di competenze cliniche aggiornate è essenziale ma non più sufficiente. È anche necessario sviluppare capacità di pensiero critico e imparare come applicarle in ambito clinico. Tenendo sempre in mente tali concetti, questo libro è stato sviluppato con un approccio generale per preparare i lettori a una pratica infermieristica stimolante e dinamica.

FARE IN MODO CHE LE CONOSCENZE LAVORINO PER VOI

Tutti gli studenti infermieri, indipendentemente dal background o dalle esperienze personali, hanno una cosa in comune: la necessità di una *struttura*, di un metodo per acquisire conoscenze e trasferirle nella pratica. La giusta struttura semplifica l'intero processo di pensiero clinico. Aiuta a mettere in ordine le informazioni secondo una priorità in modo da non sentirsi sopraffatti. La giusta struttura consente di lavorare in una sequenza logica e di elaborare i dati con calma ed efficienza. Insegna a pensare a ciascuna situazione in modo significativo e sistematico, e consente di avere intuizioni che permettono di cogliere immediatamente il tipo di problema che si sta fronteggiando. La cosa più importante è che lavorare all'interno di una struttura comprovata aiuta a tutelare la sicurezza delle persone assistite e a garantire i migliori risultati possibili per coloro a cui verrà erogata assistenza.

Questo è il motivo per cui il metodo che abbiamo ideato per tale libro è così importante. Questo testo presenta le basi della professione: come promuovere la salute, come distinguere la funzione normale da una funzione alterata, come utilizzare le evidenze scientifiche e come mettere in pratica il processo di assistenza infermieristica. Ma ogni capitolo è stato progettato anche per

l'ambito clinico, con il contributo di infermieri che lavorano in una vasta gamma di ambiti e realtà. Il nostro obiettivo è facilitare il passaggio dalla formazione al lavoro di assistenza sul campo. Questo libro darà al lettore la padronanza delle conoscenze sanitarie fondamentali e qualcosa di altrettanto prezioso: la comprensione di come pensano e agiscono i professionisti infermieri di successo.

È importante ricordare che, oggi più che mai, l'infermiere è attore in un processo di collaborazione integrata. Per fornire la migliore assistenza alle persone assistite e alle loro famiglie, è necessario affinare le capacità di comunicazione, imparare a utilizzare fonti di informazioni sanitarie affidabili, da cui ricavare evidenze scientifiche, e sapere come mettere in pratica queste ricerche.

COME È STRUTTURATO QUESTO TESTO

Il contenuto di questo testo è stato suddiviso in sette unità. Ogni unità è composta da un numero variabile di capitoli (da cinque a sette) che affrontano l'argomento principale dell'unità.

Unità 1: Concetti generali della professione infermieristica

Sebbene inizialmente l'assistenza infermieristica possa essere vista come un insieme di abilità da apprendere e mettere in pratica, in realtà è molto più di questo. I concetti generali della professione infermieristica sono le basi essenziali del ruolo e, senza di essi, qualsiasi attività svolta da un infermiere risulta priva di senso. Questa sezione introduce concetti fondamentali che costituiscono le fondamenta di tutti i successivi capitoli del libro, come la sicurezza, i valori, l'etica, i concetti legali e la ricerca scientifica. Nel loro insieme, questi argomenti costituiscono la base per la pratica infermieristica professionale.

Unità 2: Processo di assistenza infermieristica

Questa unità introduce il processo di assistenza infermieristica (chiamato anche, più semplicemente, *processo infermieristico*): un modo di pensare – un metodo per l'acquisizione e l'elaborazione delle informazioni – che costituisce la base per la pratica infermieristica e il giudizio clinico. Questo metodo consente di non perdere la via nel corso della personalizzazione dell'assistenza per ciascuna persona assistita. Verrà spiegato come identificare la funzione normale, valutare il rischio di alterazione di una funzione, prevedere i possibili risultati dell'assistenza, pianificare ed erogare interventi e valutare l'efficacia del proprio operato. Il processo infermieristico è la base concettuale dell'assistenza infermieristica.

Unità 3: Concetti generali di erogazione dell'assistenza

Questa sezione propone i concetti generali relativi all'erogazione dell'assistenza infermieristica in diversi ambiti. L'assistenza sanitaria complementare e integrativa, la competenza culturale e la comprensione delle diversità, la comunicazione e l'educazione della persona assistita sono applicabili in ogni ambiente di lavoro in cui l'infermiere si trova a operare. Questa sezione affronta anche l'assistenza sanitaria domiciliare e di comunità, oltre all'assistenza alle persone anziane. Le informazioni presenti in questa unità costituiscono una parte essenziale del bagaglio di strumenti che permettono di erogare un'assistenza infermieristica sicura e personalizzata nei vari ambiti clinici.

Unità 4: Competenze cliniche

Mantenere le persone assistite al sicuro è fondamentale per la professione infermieristica. Competenze come la valutazione della salute, il monitoraggio dei parametri vitali e l'asepsi vengono utilizzate in ogni contesto. Questa unità affronta anche la somministrazione dei farmaci, la terapia endovenosa e l'assistenza infermieristica perioperatoria. Indipendentemente dal fatto che tali abilità siano utilizzate nel proprio contesto professionale, la comprensione di questi argomenti è essenziale per assistere le persone che potrebbero essere sottoposte a queste terapie.

Unità 5: Concetti relativi alla protezione e al movimento

Il corpo umano ha una straordinaria capacità di funzionare e guarire. Quando questi meccanismi vengono ostacolati o vengono a mancare, l'infermiere deve sapere come sostenere o proteggere l'organismo. In questa sezione saranno presentati alcuni di questi meccanismi di protezione, come l'igiene e la cura di sé, la mobilità, l'integrità della cute e la guarigione delle ferite, la prevenzione e la gestione delle infezioni, la gestione del dolore e la percezione sensoriale, e sarà spiegato come supportare le persone che affrontano difficoltà in queste funzioni.

Unità 6: Concetti relativi all'omeostasi e alla regolazione

Ogni sistema e funzione del corpo presenta sfide uniche sia per la persona assistita sia per l'infermiere. In questa Unità verrà spiegato come prendersi cura delle persone con problemi legati alle funzioni respiratoria, cardiaca, urinaria o intestinale. Liquidi, elettroliti, equilibrio acido-base, nutrizione e sonno rappresentano i concetti integrati essenziali per l'omeostasi.

Unità 7: Concetti psicosociali

Questa sezione presenta i contenuti relativi a quegli aspetti della personalità che sono meno visibili ma comunque essenziali per la salute generale della persona. Il concetto di sé, la cognizione, la sessualità e la salute spirituale sono parte integrante dell'essere di ogni persona. Il modo in cui la persona interagisce con la propria famiglia e le altre persone, e quello con cui affronta e si adatta a situazioni stressanti può essere alterato da un problema di salute e può essere sostenuto dall'infermiere. La perdita e il lutto fanno parte della vita e l'infermiere può essere determinante nell'aiutare una persona assistita a superare i momenti difficili.

CONCETTI UNIFICANTI

In questo testo, la *sicurezza* è il concetto che sovrintende a tutta l'assistenza infermieristica. Le caratteristiche di questo volume promuovono la sicurezza in ogni aspetto dell'assistenza e incoraggiano gli studenti a pensare in modo autonomo alle migliori pratiche per ogni specifica persona.

- *Pensiero critico*: sono stati creati vari box per aiutare gli studenti a sviluppare il pensiero critico e il giudizio clinico. Lo “Scenario clinico di apertura” di ogni capitolo costituisce la base su cui vengono elaborati la mappa concettuale, il box PICO e la discussione sulle competenze per l'educazione alla qualità e alla sicurezza in infermieristica (QSEN) presenti nel capitolo stesso. I box “Applica il pensiero critico” e “Concetto importante: attenzione” aiutano lo studente ad approfondire i contenuti. I box “Norme di sicurezza” evidenziano le informazioni chiave sulla sicurezza. Gli esercizi di autovalutazione alla fine di ogni capitolo consentono agli studenti di testare la loro comprensione dei concetti presentati nel corso del testo. (Rispetto all'edizione precedente, questa edizione include due domande in più per ciascun capitolo.) I box “Questioni etico-legali” presentano quesiti significativi che possono presentarsi nella pratica infermieristica e pongono domande stimolanti che lo studente deve prendere in considerazione.
- *Comunicazione*: l'apprendimento di abilità di comunicazione efficaci può essere difficile. Il box “Comunicazione terapeutica” mostra diverse opzioni per comunicare e chiede allo studente di valutare quale sia la migliore. Il box “Collaborare con il team di assistenza sanitaria” introduce gli studenti alla comunicazione standardizzata SBAR tra i membri del team di assistenza.
- *Processo di assistenza infermieristico*: il processo infermieristico è fondamentale per l'assistenza infermieristica. Le mappe concettuali, i piani di assistenza e le caratteristiche dei piani educativi forniscono allo studente una struttura per pensare ed erogare l'assistenza infermieristica.
- *Pratica basata sulle evidenze*: la pratica infermieristica si basa sulla ricerca scientifica e sull'applicazione di tale ricerca alla pratica (pratica basata sulle evidenze scientifiche). I box PICO e gli inserti per applicare alla pratica le evidenze scientifiche derivate dalla ricerca incoraggiano lo studente a conoscere le evidenze infermieristiche e a capire come applicare tali evidenze al lavoro quotidiano.

COSA RENDE UNICA QUESTA EDIZIONE

Questo testo utilizza un approccio concettuale alle conoscenze relative alla salute. Gli argomenti sono organizzati in modo da rendere le informazioni accessibili e fruibili con facilità. Il contenuto è basato sulle evidenze scientifiche disponibili e presentato in modo semplice e adatto agli studenti. In tutto il testo, casi clinici, scenari e inserti forniscono esempi di vita reale su come rendere le informazioni applicabili alla pratica attuale.

Una novità di questa edizione sono i box “Pensiero critico usando le competenze QSEN” presenti alla fine di ogni capitolo. Una delle sei competenze (assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare, pratica basata sulle evidenze scientifiche, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica) viene presentata con domande stimolanti che in-

coraggiano gli studenti a considerare come potrebbero utilizzare questa competenza nella cura delle persone. Questo libro è stato pensato per aiutare il lettore a entrare con fiducia nella pratica professionale e offrire fin dal primo momento la migliore assistenza possibile alle persone di cui si prenderà cura.

CARATTERISTICHE PECULIARI

Molte caratteristiche di questo testo sono state pensate per aiutare i lettori a cogliere il contenuto importante. Fare riferimento alla sezione “Come usare questo libro” subito dopo questa prefazione per saperne di più.

Come usare questo libro

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, settima edizione, include molte funzionalità che consentono di acquisire e applicare le conoscenze di cui gli studenti hanno bisogno per affrontare le sfide della professione infermieristica di oggi.

CARATTERISTICHE CHE PRESENTANO L'ARGOMENTO DEL CAPITOLO

- Le **parole chiave** elencate all'inizio di ogni capitolo ed evidenziate in grassetto nel testo mettono in risalto i termini importanti relativi all'argomento trattato nel capitolo. Un glossario alla fine del testo fornisce la definizione dei termini principali.

PAROLE CHIAVE

Accreditamento
Attribuzione
Attuazione
Audit infermieristico
Classificazione NIC degli interventi infermieristici
Delega
Gestione
Programmi di miglioramento della qualità
Revisione tra pari
Rivalutazione continua
Standard di assistenza

- Gli **obiettivi di apprendimento** aiutano i lettori a identificare i contenuti importanti del capitolo e a focalizzare la lettura sui relativi argomenti.

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

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

1. Definire la *gestione/attuazione* e la *rivalutazione continua*.
2. Discutere gli scopi della gestione/attuazione e della rivalutazione continua.
3. Descrivere le abilità cliniche necessarie per mettere in atto un piano di assistenza infermieristica.
4. Spiegare i metodi per rivedere o modificare un piano di assistenza infermieristica.
5. Descrivere le attività che l'infermiere effettua durante la fase di rivalutazione continua del processo di assistenza infermieristica.
6. Discutere il monitoraggio della qualità utilizzato in contesti infermieristici.

CARATTERISTICHE CHE RAFFORZANO IL PENSIERO CRITICO

- Gli inserti **Applica il pensiero critico**, presenti in quasi ogni capitolo, guidano i lettori a esplorare concetti e situazioni in modo più approfondito. Le risposte fornite nell'Appendice B consentono agli studenti di verificare il loro modo di pensare.



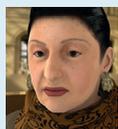
APPLICA IL PENSIERO CRITICO

L'infermiere coordinatore della tua unità operativa di chirurgia ti chiede di partecipare a un audit in cui viene richiesto di esaminare 100 cartelle cliniche dell'unità operativa per controllare se la valutazione del dolore di ciascun assistito è stata documentata prima e 30 minuti dopo la somministrazione della terapia antidolorifica. Non hai mai partecipato a un audit prima, ma sei contento che il tuo coordinatore abbia fiducia in te. In che modo un simile audit apporterà benefici a te stesso, all'unità e alle persone che ricevono assistenza?

Verifica la tua risposta nell'Appendice B.

Caso clinico: Mona Hernandez • Parte 1

Mona Hernandez, una donna di 72 anni ricoverata in un'unità di terapia intensiva con polmonite, sta ricevendo ossigeno tramite cannula nasale e fluidi per via endovenosa. Una prescrizione è: "dal letto alla sedia e deambulazione". In che modo l'infermiere pianificherebbe l'attività per Mona? Quali risultati imprevisti dovrebbe prevedere l'infermiere quando la fa alzare dal letto per la prima volta? Quali misure può intraprendere l'infermiere per garantire la sicurezza dell'assistita durante l'attività? (La storia di Mona Hernandez continua nel Capitolo 21.)



Prenditi cura di Mona e di altre persone assistite in un ambiente virtuale realistico: esercitati a pianificare e documentare la cura di queste persone andando su Florence, l'innovativo sistema di simulazione online.

- I **casi clinici**, scritti dalla National League for Nursing, sono un modo coinvolgente per iniziare discussioni significative in classe. Questi box, che appaiono in tutto il testo vicino al contenuto correlato, presentano casi clinici che rimandano il lettore a esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica utilizzando un ambiente virtuale realistico: Florence, l'innovativo sistema di simulazione online, all'indirizzo dedicato www.i-florence.it/craven.



Sonno

(Diana Taibi Buchanan)

Scenario clinico

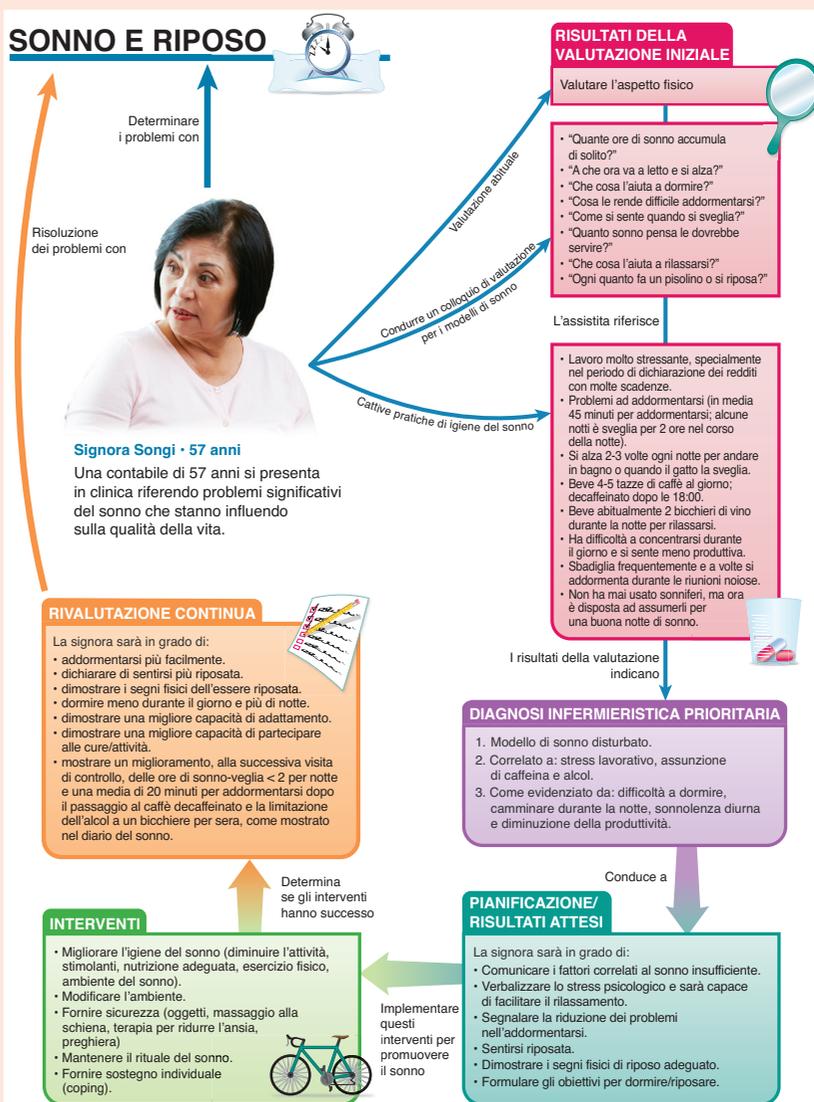
La signora Song, una contabile di 57 anni, si rivolge all'ambulatorio affermando di avere significativi disturbi del sonno che incidono pesantemente sulla sua qualità della vita. Durante la valutazione, vengono raccolte le seguenti informazioni.

- Il lavoro ultimamente è molto stressante, in particolare durante il periodo della dichiarazione dei redditi quando ci sono molte scadenze.
- Fa fatica ad addormentarsi (in media impiega 45 minuti); alcune notti fino a 2 ore).
- Si sveglia fino a tre volte per notte per andare in bagno o perché il gatto la disturba.
- Beve 4-5 tazze di caffè al giorno ma dopo le 18:00 lo prende decaffeinato.
- La sera, in genere, beve 2 bicchieri di vino per rilassarsi.
- Ha difficoltà a concentrarsi durante il giorno e si sente meno produttiva.
- Sbadiglia di frequente e durante le riunioni a volte si appisola.
- Non ha mai assunto farmaci per il sonno, ma a questo punto è propensa a farlo se la possono aiutare a dormire bene di notte.

Dopo aver completato lo studio di questo capitolo, e aver aggiunto alle tue conoscenze di base i concetti relativi a sonno e riposo, riconsidera lo scenario appena descritto e rifletti sui seguenti aspetti di pensiero critico.

1. Quali scadenti regole di igiene del sonno influenzano la qualità del sonno della signora Song?
2. Scrivi le domande che possono aiutare la signora ad analizzare i fattori che potrebbero avere un impatto negativo sul sonno.
3. Identifica gli interventi non farmacologici che potrebbero migliorare la qualità del suo sonno.
4. Discuti vantaggi e svantaggi dell'assunzione di farmaci ipnotici per la cura del sonno.

- Gli **scenari clinici** che aprono ogni capitolo mostrano infermieri che pensano in modo olistico e riflettono su questioni pratiche utilizzando il proprio pensiero critico.



- Le **mappe concettuali a colori**, ideali per gli studenti che prediligono l'apprendimento visuale, applicano il processo di assistenza infermieristica e il pensiero critico agli scenari clinici di apertura di ogni capitolo.

- Novità di questa edizione, gli inserti **Pensiero critico usando le competenze QSEN**, alla fine di ogni capitolo, applicano una delle competenze QSEN allo scenario clinico di apertura. Le domande proposte stimolano la riflessione e consentono allo studente di sintetizzare il contenuto del capitolo alla luce di tale competenza QSEN.

Pensiero critico usando le competenze QSEN

Completato lo studio di questo capitolo, rileggi lo *Scenario clinico* di apertura e sviluppa un piano per soddisfare al meglio la competenza QSEN che implica:

Lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare. Relazioni efficaci tra gli infermieri e gli altri professionisti sanitari, comunicazione libera e sincera, rispetto reciproco e decisioni condivise per garantire un'assistenza sanitaria di qualità.

- Stai facendo il turno di giorno. Quale conversazione avresti con i tuoi colleghi del turno di notte nella pianificazione delle cure della signora Song?
- Come affronteresti una divergenza di opinioni tra i turni riguardo alle cure della signora Song?
- La signora Song è disposta a provare un sonnifero, ma il medico decide di aspettare prima di prescrivere il farmaco. La signora Song vuole davvero provare un farmaco a causa degli effetti del non dormire bene. Come potresti rivolgerti al medico riguardo alla sua decisione di aspettare per prescrivere un sonnifero per la signora Song?

Definizione QSEN ristampata con il permesso di Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131; QSEN Institute. (2018). *QSEN competencies: Definitions and pre-licensure KSAs*. Estratto l'11 dicembre 2018 da: <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas>

Caratteristica relativa alla pratica basata su evidenze scientifiche e al pensiero critico

- Gli inserti **PICO** (Popolazione/Problema, Intervento, Controllo, Obiettivo) illustrano esempi di un percorso strutturato e basato sulle evidenze scientifiche per trovare la risposta a una domanda clinica relativa allo scenario di apertura del capitolo.



Sonno e riposo PICO

La signora Song dello scenario di apertura del capitolo ti rivela che uno dei suoi medici le ha diagnosticato l'OSA e che dovrebbe usare una macchina CPAP durante la notte. Dichiarò: "Odio quella cosa". "Non riesco a dormire con questa su... è troppo grande sulla mia faccia. Se non la indosso, mio marito mi dice che rusco troppo forte e va a dormire in un'altra stanza." La signora Song chiede: "Ho cercato su Internet e ho scoperto che i dentisti realizzano bite per l'apnea notturna. Potrei usare qualcosa del genere?". Incerto sulla risposta, fai una ricerca su PubMed per trovare prove di evidenza. Il quesito PICO che decidi di utilizzare è: *Nei soggetti con apnea ostruttiva del sonno, un apparecchio orale è un trattamento efficace per migliorare la respirazione durante il sonno?*

- P** = persone con apnea ostruttiva del sonno
- I** = terapia con apparecchi orali
- C** = nessuna terapia
- O** = migliorare la respirazione durante la notte

Trovi molti studi sugli apparecchi orali per l'apnea notturna in PubMed. Una linea guida di pratica clinica pubblicata dall'American Academy of Sleep Medicine attira la tua attenzione perché fornisce raccomandazioni terapeutiche specifiche basate sulle attuali prove di ricerca (Ramar et al., 2015). La terza raccomandazione in questa linea guida afferma che un apparecchio orale dovrebbe essere preso in considerazione quando un assistito non può tollerare la CPAP e l'alternativa è nessun trattamento, come nel caso della signora Song. La linea guida riassume i risultati di diversi studi randomizzati controllati che confrontano gli apparecchi orali con la CPAP. Nel complesso, i risultati hanno mostrato che l'apparecchio orale ha ridotto gli episodi di apnea e la desaturazione dell'ossigeno, e ha migliorato la qualità della vita, ma non sembra migliorare né l'architettura né l'efficienza del sonno. I miglioramenti sono stati superiori a nessun trattamento, ma non così spiccati come i miglioramenti osservati con la CPAP. La linea guida conclude che, sebbene la CPAP debba ancora essere considerata un trattamento di prima linea, gli apparecchi orali sono preferibili a nessun trattamento.

Condividi la tua scoperta con la signora Song e spiegale come modificare alcune delle sue abitudini per migliorare il sonno.

BIBLIOGRAFIA

Ramar, K., Dort, L.C., Katz, S.G., Lettieri, C.J., Harrod, C.G., Thomas, S.M. et al. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: Aggiornamento del 2015. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(7), 773-827. DOI: 10.5664/jcsm.4858.

Caratteristica relativa agli aspetti etici e legali della professione e al pensiero critico

- Le **Questioni etico-legali**, che sono incluse in molti capitoli, presentano domande di pensiero critico per aiutare gli studenti a pensare a situazioni complesse nell'ambito della pratica professionale infermieristica.



QUESTIONI ETICO-LEGALI

IMPATTO DEI TURNI DI NOTTE SUI PROFESSIONISTI SANITARI

Due mesi fa sei stato ingaggiato per il tuo primo incarico a tempo pieno da quando ti sei laureato al corso di studi infermieristici. Lavori permanentemente con turni di notte in un'unità operativa di chirurgia. All'inizio godi di flessibilità, avendo le giornate e le sere libere, e stai attento a non sacrificare il tuo tempo per dormire. Ultimamente, comunque, hai un sonno agitato durante il giorno e sei vigile durante la notte. Per due volte, la scorsa settimana, stavi per commettere errori nella somministrazione di farmaci. Questa notte hai la medesima tendenza e stai provando difficoltà di concentrazione anche per semplici procedure. Hai chiesto al tuo supervisore di avere una diversa rotazione dei turni. Ma lui ti dice che il tuo programma non può essere cambiato.

PENSIERO CRITICO

- Quali alternative potresti considerare relativamente alla situazione?
- La cura di sé è una questione etica? Spiega perché o perché no.
- Rileggi il Codice deontologico dell'infermiere al Capitolo 3. Elenca le disposizioni del codice che applicheresti in questa situazione. Spiega il principio scientifico delle tue scelte.
- Identifica le responsabilità legali ed etiche del supervisore in questo contesto.

Caratteristiche relative alla comunicazione e al pensiero critico

- Gli inserti **Collaborare con il team di assistenza sanitaria** mostrano esempi di comunicazione efficace utilizzando la tecnica SBAR che consente di comunicare in modo efficace informazioni accurate e sicure.



COLLABORARE CON IL TEAM DI ASSISTENZA SANITARIA Richiesta di consulto per apnea del sonno

Sei l'infermiere assegnato al signor Sensini, un uomo di 48 anni che è appena stato ricoverato per riacutizzazione dell'asma. Durante la valutazione iniziale ti dice che si sveglia molte volte per notte, e di frequente si sveglia in iperventilazione. Presenta spesso sonnolenza durante il giorno e ha frequenti mal di testa. La moglie afferma che "russa così forte che sembra un treno che sta per entrare in casa". Quando arriva il medico per completare il ricovero del signor Sensini, gli comunichi queste informazioni.

Situazione Il signor Sensini afferma di soffrire di mal di testa e iperventilazione associati a sonno scarso.

Background È in ospedale per il trattamento della riacutizzazione dell'asma, attualmente è in ossigenoterapia a 2 L per naso-cannula con saturazione del 95%. Poco prima, mentre dormiva, i livelli di ossigeno erano scesi all'86%. L'assistito afferma di russare e di svegliarsi in iperventilazione molte volte durante la notte. Lamenta che, al risveglio, è costantemente stanco e ha frequenti mal di testa. Usa un dosatore di albuterolo al bisogno.

Analisi della valutazione Tutti i sintomi riferiti dal signor Sensini sono coerenti con l'apnea ostruttiva del sonno.

Raccomandazioni Credo sia opportuno prescrivere uno studio del sonno per il signor Sensini, poiché potrebbe aver bisogno di un dispositivo per la ventilazione meccanica a pressione positiva delle vie aeree (CPAP). Vuole chiamare il laboratorio del sonno o lo faccio io?

Pensiero critico

- I risultati dello studio del sonno del signor Sensini mostrano che soffre di apnea ostruttiva del sonno; gli viene prescritto un CPAP da usare quando dorme. All'appuntamento di controllo 1 settimana dopo la dimissione dice all'infermiere che non usa costantemente il CPAP. Puoi elencare almeno tre motivi per i quali le persone non usano il CPAP quando gli è stato raccomandato di farlo?
- Quale soluzione potresti trovare tu e il signor Sensini per aiutarlo ad abituarsi al CPAP?



COMUNICAZIONE TERAPEUTICA Farmaci per il dolore

Episodio di riflessione

Mentre cammina nel corridoio di un reparto ospedaliero l'infermiere sente un gemito. Entra nella stanza e vede Katia Bussi con la faccia rivolta al muro: è in uno stato di agitazione psicomotoria e respira in maniera irregolare. La sua compagna di stanza dice (un po' irritata) che è in quella situazione da 10 minuti. Katia si è sottoposta oggi a un intervento di chirurgia addominale e ha 42 anni.

Meno efficace

Infermiera: Signora Bussi, sono Lisa Neve, la caposala. Mi può dire che cos'ha? (*Stando vicino al letto.*)

Katia: La ferita mi fa male. (*Sospira e fa delle smorfie quando si muove.*)

Infermiera: Il dolore è peggiorato di recente?

Katia: No, è costante, se non mi muovo. Perciò non mi muovo.

Infermiera: Vado a prendere la sua cartella, così vediamo quando le è stato dato l'ultimo analgesico. (*Lo fa.*) Okay, lei dovrebbe prendere altri farmaci, ma forse possiamo aumentare un po' la dose finché il dolore diminuisce e lei inizia a stare meglio.

Katia: No! Non voglio prenderne di più.

Infermiera: Ma sembra che abbia così tanto dolore! Inoltre penso che la sua compagna di stanza sia realmente preoccupata per lei e forse un po' seccata.

Katia: (*Sembra imbarazzata.*) Oh, non sapevo che ciò fosse seccante per lei. Non è pericoloso prendere altre pillole? Sa, qualcuno mi ha detto che potrei diventarne dipendente. (*Il suo corpo è teso.*)

Infermiera: Finché continua ad avvertire dolore, non può diventarne dipendente. Staremo attenti. È meglio avere un supporto farmacologico.

Katia: (*Riluttante.*) Okay.

Infermiera: Bene! Glielo porto subito. (*Si allontana in fretta.*)

Katia: (*Guarda la compagna di stanza per vedere se parla, ma lei rimane in silenzio. La compagna di stanza sfugge il suo sguardo. Il corpo di Kathy rimane teso.*)

Più efficace

Infermiera: Signora Bussi, sono Linda Norvi, la caposala. Mi può dire che cos'ha? (*Stando vicino al letto.*)

Katia: La ferita mi fa male. (*Sospira e fa delle smorfie quando si muove.*)

Infermiera: Il dolore è peggiorato di recente?

Katia: No, è costante, se non mi muovo. Perciò non mi muovo.

Infermiera: Vado a prendere la sua cartella, così vediamo quando le è stato dato l'ultimo analgesico. (*Lo fa.*) Okay, lei dovrebbe prendere altri farmaci, ma forse possiamo aumentare un po' la dose finché il dolore diminuisce e lei inizia a stare meglio.

Katia: No! Non voglio prenderne di più.

Infermiera: Sono sorpresa di sentirla dire. Mi può spiegare perché?

Katia: (*Guarda verso il basso.*) Io non voglio diventare troppo dipendente dai farmaci per il dolore.

Infermiera: (*Ascolta in silenzio.*)

Katia: L'ultima volta che mi hanno operato, l'infermiere ha voluto darmi dei farmaci per il dolore solo ogni 4 ore e non di più. Diceva che non era possibile darmene di più, perché ne sarei diventata dipendente. Perciò non ne voglio di più. (*Guarda in basso.*) Perciò devo sopportare il dolore. (*Inizia a chiudere gli occhi e a rilassare il suo corpo.*)

Infermiera: La posso aiutare in qualche modo?

Katia: (*Apri gli occhi attentamente.*) Come?

Infermiera: Dunque, prima ho bisogno di esaminare il sito dell'incisione e farle alcune domande. Poi potremmo aggiungere un antidolorifico non oppioide alla sua terapia per avere un effetto potenziato. Quando gli oppioidi vengono utilizzati a scopo medico, come per il dolore da intervento chirurgico, pochissime persone diventano dipendenti. Posso anche mostrarle alcune tecniche di rilassamento che possono aiutare a ridurre il dolore. Che cosa ne pensa?

Katia: (*Ci pensa.*) Potrebbero essermi utili. Potrei provare, in ogni caso.

Infermiera: Penso che la interesseranno. Possiamo cominciare.

Pensiero critico

- Collega il linguaggio del corpo di Katia al suo dolore.
- Spiega le relazioni fra stress e dolore.
- Individua che cosa ha insegnato la prima infermiera a Katia. Confrontarlo con ciò che le ha insegnato la seconda infermiera.
- Proponi altri modi attraverso cui Katia può essere supportata nella gestione del dolore.
- Spiega che cosa concorre, alla fine del primo dialogo, ad aumentare la tensione di Katia.
- Descrivi il modo in cui ogni infermiera parla a Katia.

- Gli inserti **Comunicazione terapeutica** sono pensati per permettere ai lettori di confrontare da vicino esempi di una comunicazione con la persona assistita più funzionale rispetto a una meno efficace. Sebbene la maggior parte della comunicazione con le persone assistite sia adeguata, un ascolto attento e alcune domande specifiche possono migliorare l'interazione, fornendo informazioni importanti per l'infermiere al fine di conoscere e sostenere la persona di cui si sta prendendo cura.

UTILIZZARE IL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER PERSONALIZZARE L'ASSISTENZA

- I **piani di assistenza** “mettono tutto insieme” per mostrare ai lettori il risultato del ragionamento clinico con il processo di assistenza infermieristica. Al fine di costruire consapevolezza, sono incluse le motivazioni scientifiche alla base degli interventi infermieristici indicati.

PIANO DI ASSISTENZA
La persona con disturbo del modello di sonno

DIAGNOSI INFERMIERISTICA
Modello di sonno disturbato correlato a perdita del ciclo giorno-notte, che si manifesta con un errato orario per dormire, frequenti risvegli, vagare notturno, necessità di fare colazione alle 1:00 o alle 2:00.

RISULTATI DELL'ASSISTITO
L'assistito dormirà di più durante la notte e meno durante il giorno.

CRITERI DI RISULTATO PER L'ASSISTITO

- Aumenterà il tempo per il sonno notturno dal 10 al 20% nelle prossime 2 settimane.
- Dichiarerà un tempo più appropriato di orientamento durante il giorno.

INTERVENTI INFERMIERISTICI	MOTIVAZIONE SCIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Offrire i pasti a orari regolari, in corrispondenza ai precedenti modelli dell'assistito. 2. Fornire attività significative durante le ore del giorno, includendo l'esposizione alla luce naturale all'aperto, quando possibile. 3. Monitorare la frequenza e la durata dei risvegli diurni ed evitare di sonnecchiare in prima serata. 4. Creare un rituale personalizzato al momento di addormentarsi che includa attività tranquillizzanti, uno spuntino leggero con carboidrati o proteine, fare il bagno e mantenere una routine. 5. Nel caso di incontinenza, non svegliare l'assistito. Cambiarlo e assisterlo nel bagno quando si sveglia spontaneamente. 6. Se è necessario girare l'assistito o somministrare altre cure, cercare di fornire periodi di sonno indisturbato superiori alle 2 ore ogniqualvolta sia possibile. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I tempi per i pasti sono momenti sociali importanti che rinforzano il ritmo circadiano, che tende a indebolirsi con l'avanzare dell'età. 2. L'esposizione alla luce è comunicata dalla retina all'ipotalamo, regolando l'"orologio" circadiano. 3. I risvegli non sono controindicati, ma è meglio riservarli in un momento del giorno opposto al punto medio del periodo di sonno notturno. Preferire brevi risvegli di 15 minuti. 4. Riduce le stimolazioni e i rituali associati con il momento di addormentarsi. 5. Le persone anziane che possono girarsi da sole, in genere, preferiscono non essere disturbate nel sonno e tendono a svegliarsi spontaneamente se si sentono bagnate quando il sonno diventa più leggero. 6. Il ciclo del sonno dura mediamente 90 minuti. La latenza del sonno è in genere di 20-30 minuti. In questo modo si permettono 2 ore di pieno ciclo del sonno.

VALUTAZIONE

3/4/2020, 16:00 – L'assistito riferisce un aumento del tempo di sonno notturno da 5 ore a 6 ore (20%) a notte nelle ultime 2 settimane. I familiari affermano che l'assistito ha migliorato l'orientamento nel tempo e distingue data e ora; da monitorare nelle prossime due settimane.
S. Roberti, Infermiere

PIANO EDUCATIVO PER OBIETTIVI

La signora Song è una contabile con un pesante programma di lavoro già definito all'inizio di ogni anno. Si accorge che la sua grande difficoltà è quella di addormentarsi e di mantenere il sonno durante la notte. Durante il giorno si sente assonata ed è preoccupata di poter fare errori di contabilità. Si è rivolta alla clinica per effettuare delle valutazioni sul suo problema di sonno e avere alcuni consigli.

RISULTATO ATTESO

Al termine della sessione educativa, la signora Song dichiara i fattori che possono contribuire alla sua difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno durante la notte.

STRATEGIE

- Valutare le normali abitudini di sonno della signora Song, le sue conoscenze sui fattori che contribuiscono a disturbare il sonno e il suo approccio abituale alla gestione dei problemi di sonno.
- Discutere i fattori che interferiscono con l'addormentarsi e mantenere il sonno, come l'assunzione di alcol o caffeina, oppure la mancanza di rilassamento prima di andare a letto.
- Invitare la signora Song a discutere insieme su questi aspetti sui fattori correlati.

RISULTATO ATTESO

La signora Song concorderà un piano per ridurre l'interruzione del sonno.

STRATEGIE

Suggerire alla signora Song di adottare i seguenti approcci indicandole come determinerà la loro efficacia.

- Ricordare alla signora Song di alzarsi sempre alla stessa ora ogni giorno e di evitare di dormire durante il giorno.
- Suggerire alla signora Song di mangiare ragionevolmente e regolarmente. Se è solita fare uno spuntino prima di andare a dormire, dovrebbe mantenere l'abitudine.
- Educare la signora Song a evitare alcol e caffeina. I loro effetti disturbano il sonno.
- Pianificare per la signora Song degli esercizi giornalieri, ma non troppo tardi nella giornata. Attività piacevoli avranno benefici sul sonno e sul riposo.
- Aiutare la signora Song a definire i modi per mettere a riposo la sua mente prima di andare a letto, come musica rilassante, un buon libro o stare in compagnia. Se non riuscirà a dormire, si alzerà e farà qualcosa di rilassante finché non sentirà di avere sonno.

VALUTAZIONE

1/4/2020, 08:30 – Secondo quanto riferisce, la signora Song ha eliminato caffeina e alcol dalle sue routine del sonno.
La signora Song riferisce che si alza alla stessa ora per la maggior parte dei giorni.
La signora Song afferma che ha iniziato a fare esercizio fisico per tre giorni alla settimana, la mattina presto.
La signora Song riferisce che ascolta musica rilassante prima di andare a letto; sembra esserle d'aiuto.
J. Woodman, Infermiere

- I **piani educativi per obiettivi** forniscono chiari esempi di educazione della persona assistita. Concentrarsi sugli obiettivi dell'insegnamento facilita una chiara valutazione dell'apprendimento.

- Le tabelle dedicate alla **diagnosi infermieristiche NANDA-I** descrivono chiaramente la relazione tra diagnosi infermieristiche, risultati di salute NOC e interventi infermieristici NIC. Piuttosto che vedere ogni passaggio del processo infermieristico come a se stante, i lettori possono immediatamente capire che diagnosi infermieristica, pianificazione dei risultati e pianificazione degli interventi sono strettamente correlate.

TABELLA 36.4 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NANDA-I SELEZIONATE RELATIVE AL SONNO

Diagnosi infermieristica	Fattori correlati	Enunciato diagnostico	NOC*	NIC*
Modello di sonno disturbato Risvegli limitati nel tempo dovuti a fattori esterni.	Interruzione causata dal partner di sonno Barriera ambientale Immobilizzazione Privacy insufficiente Modello di sonno non ristoratore	<i>Modello di sonno disturbato correlato a barriere ambientali, tra cui ambiente rumoroso e scarsa circolazione dell'aria, che si manifesta con insoddisfazione per il sonno, sensazione di irrequietezza e difficoltà nella funzionalità diurna</i>	Resistenza; Fatigue; livello; Benessere personale; Riposo; Sonno	Miglioramento del sonno

Fonti: NANDA-I, *Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazione 2021-2023*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2021.
*Moorhead S., Swanson E., Johnson M. e Maas M.L., *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2018.
*Butcher H., Bulechek G.M., Dochterman J. M. e Wagner C.M., *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2018.

CARATTERISTICHE RELATIVE ALLA SICUREZZA

! NORME DI SICUREZZA

L'applicazione del freddo è controindicata sulle aree di ridotta circolazione, con patologia vascolare periferica, con fenomeno di Raynaud e su cute sottoposta a radioterapia.

- Le **Norme di sicurezza** sono piccoli riquadri che appaiono vicino agli argomenti a cui sono correlati e affrontano specifici problemi di sicurezza della persona assistita e dell'infermiere.



APPLICARE ALLA PRATICA LE EVIDENZE SCIENTIFICHE DERIVATE DALLA RICERCA

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI EMATICHE ASSOCIATE ALLA LINEA CENTRALE (CLABSI)

Dal 1970, il CDC ha iniziato a raccogliere dati sull'incidenza di infezioni acquisite in ospedale. La maggior parte delle infezioni del circolo ematico acquisite in ospedale è associata all'utilizzo del catetere venoso centrale. Le CLABSI sono associate a una maggiore durata della degenza ospedaliera, a un aumento dei costi e a una significativa morbilità e mortalità. La loro prevenzione è uno degli obiettivi della *Joint Commission* (TJC, 2018). Di seguito sono elencate alcune componenti dell'assistenza basate sull'evidenza che le istituzioni possono includere nelle loro politiche di mantenimento dei cateteri venosi centrali (CVC) (CDC, 2017; HRET, 2017; Marschall *et al.*, 2014).

Definizione di infezioni ematiche associate alla linea centrale: "Infezione ematica primaria confermata in laboratorio in un assistito con un catetere venoso centrale in sede per più di 48 ore prima dello sviluppo dell'infezione, che non è correlata a un'infezione in un altro sito" (INS, 2016).

RACCOMANDAZIONI BASATE SU EVIDENZE SCIENTIFICHE

1. *Igiene delle mani:* Lavare le mani con sapone antisettico, acqua e/o gel prima e dopo qualsiasi contatto con un assistito.

Modifiche alle linee:

- la maggior parte delle linee deve essere cambiata almeno ogni 96 ore.
2. *Asepsi della cute.*
 - Bagni giornalieri con clorexidina gluconato (CHG) al 2% per assistiti con CVAD.
 - Utilizzo di garze semipermeabili sterili trasparenti o di garze sterili per coprire il sito.
 - Benda imbevuta di CHG con medicazione semipermeabile trasparente.
 - Cambio della medicazione 24 ore dopo l'inserimento.
 - Cambio della medicazione trasparente ogni 7 giorni o se visibilmente sanguinante o macchiata.
 3. *Disinfettare i mozzi del catetere:*
 - Strofinare per un minimo di 15 secondi con alcol al 70% o CHG prima di inserirlo.
 4. *Controllare quotidianamente le necessità della linea:*
 - Rimozione immediata della linea non necessaria.
 - È consigliata la sostituzione routinaria del catetere a intervalli programmati.

- Gli inserti **Applicare alla pratica le evidenze scientifiche derivate dalla ricerca** si concentrano su metodi strutturati per migliorare l'assistenza infermieristica. Dato un problema specifico, questo inserto raccomanda una serie di attività basate sulle evidenze scientifiche che, quando effettuate tutte insieme in modo integrato, migliorano i risultati della persona assistita.

CARATTERISTICHE PER L'APPRENDIMENTO DI ABILITÀ E CONCETTI

Procedura 20.3 Preparare e mantenere un campo sterile

Scopo

1. Creare un ambiente che prevenga la trasmissione dei microrganismi durante lo svolgimento delle procedure sterili.
2. Creare un ambiente che permetta di garantire la sterilità del materiale e degli strumenti durante lo svolgimento delle procedure sterili.

Materiale occorrente

Superficie piana di lavoro.
Teli sterili.
Materiale sterile necessario (garze, bacinella, soluzioni, forbici, pinze).
Confezioni di guanti sterili.

Valutazione

- Selezionare il materiale sterile necessario per la procedura.
- Individuare una zona a livello o sopra la vita appropriata per preparare il campo sterile.
- Valutare la presenza di fonti di contaminazione sull'area dove verrà preparato il campo sterile (per esempio, umidità o sporco) e rimuoverle, se necessario.
- Valutare la sterilità di tutto il materiale controllando l'integrità della confezione, il viraggio di colore degli indicatori di sterilità (Figura 20.8) e la data di scadenza sulla confezione.
- Valutare l'ordine con il quale il materiale sarà utilizzato durante la procedura, in maniera tale che il materiale usato per primo venga posto sul campo sterile per ultimo.

Procedura

Preparare il campo sterile con l'uso di un pacco standard

1. Effettuare il lavaggio delle mani.
Principio scientifico: Riduce il numero di batteri transitori presenti sulle mani e previene la contaminazione batterica.
2. Verificare l'integrità, la presenza di umidità e la data di scadenza delle confezioni sterili (Figura 1).
Principio scientifico: L'umidità, le lacerazioni delle confezioni e la contaminazione visibile indicano che il contenuto non è più sterile e pertanto deve essere sostituito.
3. Durante l'intera procedura, non volgere mai la schiena al campo sterile e non portare mai le mani a un'altezza inferiore a quella del piano di lavoro.
Principio scientifico: La sterilità del campo non può essere garantita.
4. Rimuovere l'involucro interno sterile dalla confezione esterna e porre lo stesso al centro della superficie di lavoro, a livello della vita, con la falda di apertura distalmente da voi.



FIGURA 1 Verificare l'integrità, la presenza di umidità e la data di scadenza delle confezioni sterili.

- Le **procedure** presenti alla fine dei capitoli clinici utilizzano descrizioni chiare, motivazioni scientifiche e immagini per aiutare i lettori ad apprendere importanti abilità cliniche. Ogni procedura si concentra sulla sicurezza e sul benessere della persona assistita e include le più recenti pratiche e tecnologie basate sulle evidenze scientifiche.

CARATTERISTICHE PER LA VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- I box **Concetto importante: attenzione** chiariscono e sottolineano concetti fondamentali dell'assistenza infermieristica per migliorare la comprensione da parte del lettore di argomenti critici che potrebbero dare origine a dubbi e/o malintesi. Gli argomenti cui sono dedicati questi box sono stati scelti attraverso l'analisi dei dati di migliaia di studenti reali che negli Stati Uniti hanno utilizzato la piattaforma di esercitazioni online *Adaptive Learning* di Lippincott, editore dell'edizione originale di questo testo. L'analisi di questi dati ha permesso di individuare i più comuni errori e malintesi per i quali è stato valutato opportuno fornire una spiegazione più dettagliata e attenta attraverso questa funzionalità.
- Alla fine di ogni capitolo sono presentati alcuni **esercizi di autovalutazione** le cui risposte sono presentate in Appendice A con spiegazioni a sostegno delle risposte corrette e di quelle sbagliate. Questo permette agli studenti di verificare l'apprendimento e le proprie capacità di pensiero clinico.



Concetto importante: attenzione

Quando si effettua l'igiene orale su persone non coscienti è necessario disporle sul fianco, con la testiera del letto abbassata. Tale posizione minimizza il rischio di ingestione durante l'operazione, poiché consente un agevole deflusso dei liquidi.

ESERCIZI DI AUTOVALUTAZIONE

Verifica le tue risposte nell'Appendice A.

- 1 Quali delle seguenti persone sono a rischio di alterazione della funzione tegumentaria? Seleziona tutte le possibili.
 - a. Persona di 23 anni con anoressia nervosa.
 - b. Persona di 45 anni, obesa, con febbre e sudorazione.
 - c. Persona di 61 anni sottoposta a trapianto renale.
 - d. Persona di 72 anni con scompenso cardiaco congestizio.
- 2 Un infermiere sta valutando una nuova colostomia: riscontra buona robustezza, è rossa e umida anche se la cute circostante appare intatta. Quale dovrebbe essere la conclusione dell'infermiere?
 - a. La persona sta sviluppando un'infezione.
 - b. La persona sta avendo una macerazione del sito.
 - c. Il sito sta guarendo in maniera adeguata.
 - d. La placca e la sacca dello stoma sono troppo stretti.
- 3 Un assistito è completamente immobilizzato per trazione spinale. Quale tipo di forza meccanica potrebbe porlo a rischio?
 - a. Frizione.
 - b. Tensione.
 - c. Pressione.
 - d. Tutte le precedenti risposte.
- 4 A un assistito è stata riscontrata rottura della cute a livello del coccige, il quale presenta un'escara nera che copre la base della lesione. In quale stadio si trova la ferita?
 - a. Stadio I.
 - b. Stadio II.
 - c. Stadio III.
 - d. Non stadiabile.
- 5 Una persona diabetica riferisce di avere una ferita che non guarisce al piede. Quali fattori aumentano il suo rischio per questo tipo di lesione? Seleziona tutti quelli possibili.

Come accedere alle risorse online

Questo volume è accompagnato da risorse online che comprendono cinque capitoli addizionali, la versione ebook dell'opera e la possibilità di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC accedendo a un'apposita sezione di Florence, l'innovativo sistema di simulazione della pianificazione dell'assistenza realizzato adattando per la didattica lo strumento impiegato nella pratica clinica: la cartella clinica infermieristica informatizzata.

Per accedere a queste risorse, è necessario utilizzare il codice univoco OTP (*One-Time Password*) che è stampato in fondo al riquadro che si trova dietro la copertina di questo volume.

Per prima cosa, occorre registrarsi sul sito MyZanichelli (my.zanichelli.it) scegliendo il profilo opportuno. Una volta in MyZanichelli, inserire nella specifica casella il **codice di attivazione stampato in fondo al riquadro che si trova dietro la copertina di questo volume** e fare clic sul pulsante **ATTIVA**. Il codice di attivazione può essere usato una sola volta. Da questo momento sarà possibile accedere alle risorse digitali collegate a questo manuale per un periodo di 24 mesi.

VERSIONE EBOOK DEL TESTO

La versione ebook del testo è disponibile direttamente sul sito MyZanichelli (my.zanichelli.it).

Per accedere all'ebook, una volta entrati in MyZanichelli e attivato il libro con il codice OTP come appena descritto, è sufficiente fare clic sul link **Leggi l'ebook su laZ Ebook**, presente a fianco dell'immagine della copertina. Si aprirà un nuovo pannello del browser in cui sarà possibile sfogliare, leggere, evidenziare e annotare la versione digitale del testo.

Per consultare la versione online dell'ebook è necessario essere connessi a Internet. In alternativa, è possibile scaricare e installare sul proprio computer o su un tablet la app Booktab, utilizzando il pulsante presente nella home page personale di MyZanichelli. Al primo avvio dell'app Booktab, inserire lo username e la password del proprio account MyZanichelli per visualizzare la versione elettronica di questo testo. L'applicazione Booktab consente di scaricare l'ebook sul computer o su un altro device, per poterlo successivamente consultare anche in modalità offline in assenza di una connessione Internet.

CAPITOLI ADDIZIONALI

Una volta attivate su MyZanichelli le risorse online di questo testo, con le proprie credenziali sarà anche possibile accedere al sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche su cui è presente una pagina dedicata a quest'opera da cui è possibile scaricare la versione PDF dei cinque capitoli addizionali dedicati a: valori, etica e aspetti legali; salute, benessere e assistenza sanitaria integrativa: assistenza infermieristica di comunità e domiciliare; cultura e diversità; assistenza alla persona anziana.

PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA CON FLORENCE

Florence (www.i-florence.it) è l'innovativo sistema avanzato di simulazione online che consente di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, a partire da uno dei numerosi casi clinici disponibili, utilizzando un modello teorico di riferimento, il processo di assistenza infermieristica in sei fasi e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

Una volta attivate su MyZanichelli le risorse online di questo testo, tramite le proprie credenziali è possibile accedere a una sezione dedicata di Florence (www.i-florence.it/craven).

Selezionando il pulsante **Anteprima** è possibile leggere il testo di un caso per verificarne il contenuto. Cliccando sul pulsante **Vai alla simulazione** si verrà invece trasferiti in un ambiente che simula un sistema di documentazione dell'assistenza infermieristica professionale.

Nel pannello **Assistenza infermieristica** presente in questo ambiente, è possibile esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza grazie a una vera cartella clinica infermieristica informatizzata, adattata a scopo didattico. Utilizzando i comandi opportuni è possibile registrare l'anagrafica della persona assistita e, con il comando **Pianifica assistenza**, iniziare la raccolta dati della valutazione iniziale e procedere con la pianificazione dell'assistenza.

Nella versione riservata ai lettori di questo testo si potrà pianificare l'assistenza infermieristica solamente fino alla scelta delle diagnosi infermieristiche. Non sarà possibile procedere con le fasi successive del processo infermieristico e la relativa selezione di risultati NOC e interventi NIC.

Presentazione della 7^a edizione italiana

La settima edizione italiana del testo *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica* di Craven, Hirnle e Henshaw origina dalla nona edizione americana del 2021.

Le principali novità di questa settima edizione italiana, sono rappresentate dai box posti alla fine dei capitoli dedicati al progetto QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*) che introducono anche nel Craven le linee guida didattiche di questo istituto di ricerca uniformandolo così al testo Brunner-Suddarth, *Infermieristica Medico-Chirurgica* impiegato in molte università per il 2° e 3° anno accademico. Un'ulteriore novità rispetto alla precedente edizione è rappresentata dai box con i casi clinici inseriti in diversi capitoli e che rimandano il lettore dell'edizione italiana a esercitarsi nella risoluzione del caso utilizzando Florence, il sistema di simulazione online per la pianificazione dell'assistenza infermieristica. I lettori del Craven avranno accesso a una speciale partizione (www.i-florence.it/craven) in cui troveranno i casi clinici presenti nel testo per i quali potranno pianificare l'assistenza per le prime due fasi del processo: valutazione iniziale e diagnosi infermieristica.

Il capitolo che ha subito le modifiche più significative è il 28, dedicato al dolore, che è stato ulteriormente aggiornato e adattato alla realtà italiana, adattamento che ha nuovamente riguardato un po' tutti i capitoli proseguendo il lavoro già avviato con le precedenti edizioni.

Come già era per la precedente edizione, i paragrafi dedicati alla diagnosi infermieristica e alla pianificazione di risultati di salute e interventi infermieristici sono riuniti in **tabelle riassuntive** che presentano:

- le **diagnosi infermieristiche NANDA-I**, applicabili al contesto trattato, con la relativa definizione;
- i relativi **fattori correlati** o **di rischio** pertinenti alla situazione;
- esempi di **enunciazione diagnostica completa**;
- i **risultati infermieristici** pertinenti tratti dalla **classificazione NOC**;
- i corrispondenti **interventi infermieristici** tratti dalla **classificazione NIC**;

rendendo più immediata la consultazione per la redazione dei piani di assistenza.

Anche questa edizione italiana non è solo la fedele traduzione del testo originale ma, come già avvenuto per le precedenti edizioni, in seguito ai consigli e ai suggerimenti pervenuti in questi anni dai fruitori del testo, comprende anche un ampio lavoro di integrazione e adattamento alla realtà italiana.

Come per la sesta edizione italiana, anche questa settima prevede la fruizione in formato digitale di 5 capitoli (il Capitolo 3 su valori, etica e aspetti legali; il Capitolo 11 su salute, benessere e assistenza sanitaria integrativa; il Capitolo 12 sull'assistenza infermieristica di comunità e domiciliare; il Capitolo 13 su cultura e diversità; e il Capitolo 16 sull'assistenza alla persona anziana) selezionati con la collaborazione di numerosi docenti universitari

che utilizzano da anni il testo per i loro corsi. Questa operazione consente di disporre di un'opera cartacea più in linea con le esigenze dei docenti italiani e più agile e maneggevole per i lettori che, dopo essersi registrati sul sito my.zanichelli.it, potranno scaricare i capitoli PDF elettronici dal sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche utilizzando la chiave di accesso riportata sulla seconda di copertina del volume e le istruzioni fornite nelle pagine precedenti del testo.

Questa edizione, adattata, aggiornata e arricchita, risponde quindi ancora più sostanzialmente alla richiesta di un testo di assistenza infermieristica di base, di qualità, al quale possono efficacemente riferirsi gli studenti del primo e del secondo anno di corso della laurea in Infermieristica.

Il testo, che nella versione originale compie quest'anno 32 anni con nove edizioni americane, mentre compie 25 anni nel nostro Paese con 7 edizioni italiane, conserva e rafforza tutta la sua carica innovativa ed è più che mai consona, per il livello dei contenuti, per la qualità dell'esposizione e per il modello assistenziale di riferimento, alla sfida della formazione universitaria degli infermieri del XXI secolo. Questa sfida impone in primo luogo alla professione di dotarsi di metodi e strumenti qualitativamente all'altezza della professionalità richiesta agli infermieri stessi.

Questo testo intende fornire allo studente infermiere le conoscenze necessarie e gli spunti per le opportune riflessioni critiche al fine di aiutarlo ad acquisire le abilità per valutare lo stato di salute delle persone che si rivolgono al Servizio Sanitario, rilevare la presenza di deficit a carico delle diverse funzioni dell'organismo e valutare la capacità degli utenti di provvedere in maniera efficace alla conservazione del miglior stato di salute, compatibilmente con il loro stato fisico, psichico e sociale. Il testo fornisce inoltre un metodo analitico per aiutare le persone assistite a prevenire le malattie e provvedere alla propria autocura. Da tutta l'opera traspare la concezione olistica dell'individuo e l'assistenza infermieristica proposta va in questa direzione utilizzando il *processo di assistenza infermieristica* come metodo e considerando l'utente e il suo "mondo" quale risorsa e soggetto attivo del processo, da coinvolgere per avere successo nell'assistenza.

Anche questa edizione italiana presenta l'opera in un solo volume a colori. Le prime tre unità (16 capitoli comprensivi dei cinque capitoli online 3, 11, 12, 13 e 16) sono dedicate agli aspetti concettuali fondamentali per l'assistenza: dal processo infermieristico alle principali teorie infermieristiche, dal ruolo che assume per la professione la ricerca infermieristica alle tecniche di comunicazione, dagli aspetti etici e legali alle tecniche per la valutazione infermieristica, dalle diagnosi infermieristiche (NANDA-I) al processo di pianificazione dei risultati di salute (con l'utilizzo della classificazione NOC) e degli interventi infermieristici (con l'utilizzo della classificazione NIC). Dalla relazione infermiere-persona assistita agli aspetti relativi all'educazione sanitaria.

La quarta unità è interamente dedicata agli aspetti di base dell'infermieristica clinica attraverso sette capitoli, dal 17 al 23,

che discutono rispettivamente della tutela della sicurezza delle persone assistite, delle modalità e tecniche di valutazione dello stato di salute delle persone, delle tecniche di rilevazione dei parametri vitali, e della gestione di alcuni interventi trasversali a tutte le persone assistite, quali il controllo delle infezioni, la somministrazione della terapia farmacologica e l'assistenza perioperatoria.

La quinta unità, dedicata alla protezione e al movimento, comprende 6 capitoli (dal 24 al 29) ciascuno dei quali affronta temi fondamentali per l'assistenza di base: l'igiene e la cura di sé, la mobilità e la meccanica corporea, l'integrità cutanea, la prevenzione delle infezioni, l'assistenza alla persona con dolore, e la percezione sensoriale. In questa unità è presente anche un approfondimento dedicato alla termoregolazione, non presente nell'edizione originale del testo, ma aggiunto nell'edizione italiana per andare incontro alle richieste dei docenti che utilizzano il Craven nei loro corsi.

La sesta e la settima unità sono dedicate rispettivamente al mantenimento dell'omeostasi e agli aspetti psicosociali dell'assistenza. Nella sesta unità, i 7 capitoli (dal 30 al 36) sono dedicati agli aspetti relativi al mantenimento dell'omeostasi degli apparati respiratorio, cardiovascolare, gastroenterico, urinario, all'equilibrio idrico e acido base, alla nutrizione e al sonno. Nei 7 capitoli della settima e ultima unità, dal 37 al 43, sono invece affrontati gli aspetti relativi al concetto di sé, alle relazioni familiari, ai processi cognitivi, alla sessualità, allo stress, al lutto e alla salute spirituale.

In ognuno dei capitoli vengono evidenziate le responsabilità e le competenze infermieristiche necessarie per aiutare la persona a conservare l'integrità di queste funzioni vitali o a recuperarle nel caso in cui le stesse risultino compromesse da uno stato di malattia. Nell'espone i contenuti viene utilizzata una metodologia attiva che richiama continuamente lo studente a una rielaborazione o applicazione di quanto appreso ai casi clinici proposti in ciascun capitolo. In questo modo lo studente può verificare autonomamente il proprio livello di apprendimento e le proprie capacità di tradurre in atti assistenziali i contenuti appresi.

In questa direzione vanno gran parte degli apparati ancillari del testo: dagli inserti dedicati alla "comunicazione terapeutica" ai "piani di assistenza", dai riquadri che presentano gli "scenari clinici" esposti in apertura di ogni capitolo, a quelli con le "mappe concettuali", dai box dedicati alla ricerca basata sulle evidenze per finire con "Il pensiero critico usando le competenze QSEN", novità di questa edizione; scelte che accompagnano lo studente nella lettura e nello studio dei vari capitoli stimolando a riflettere criticamente e ad applicare simultaneamente alla pratica i contenuti teorici del testo.

Il libro presenta inoltre 82 procedure cliniche, raccolte alla fine dei capitoli e arricchite di numerose fotografie a colori che, oltre ad aiutare lo studente nell'apprendimento di manualità e pratiche assistenziali, costituiscono un valido e aggiornato punto di partenza per la costruzione di linee guida e protocolli assistenziali.

L'adattamento italiano del testo ha mantenuto tutti i contenuti dell'opera originale, anche quelli che non trovano analogo riscontro nella nostra realtà nazionale. Questa scelta è stata compiuta per fornire allo studente una panoramica sulla situazione infermieristica statunitense, per consentire confronti con la nostra realtà e per stimolare riflessioni.

Confortati, ancora una volta, dal crescente interesse riscontrato per le precedenti edizioni e certi di contribuire con questa settima edizione a un arricchimento del panorama editoriale dei libri per infermieri con un prodotto di qualità, ci rimettiamo fiduciosamente al giudizio e alla critica dei professionisti, dei formatori e degli studenti dei corsi universitari per infermieri.

Dr. Giorgio Nebuloni
Dirigente dell'assistenza infermieristica

Già da diversi anni CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore infermieristico, per offrire 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. 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, la cui ultima edizione, al momento di andare in stampa, è relativa al triennio 2021-2023.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. 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 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 del 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia precedentemente messa a punto per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC, e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Questa attività è proseguita negli anni successivi e ha dato origine alla pubblicazione, avvenuta nel 2020, delle edizioni del 2018 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 impiegando 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 di 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".



UNITÀ 1

Concetti professionali 1

CAPITOLO 1

La professione infermieristica 1

- Sintesi dell'evoluzione storica dell'infermieristica moderna 2
- Socializzazione per la professione infermieristica 6
- Ruoli infermieristici estesi 8
- Pratica infermieristica professionale 9
- Responsabilità infermieristiche 11
- Competenze infermieristiche 12
- Teoria infermieristica 12
- Teorie non infermieristiche usate nell'assistenza infermieristica 13
- Approccio funzionale come modello per l'assistenza infermieristica 15
- Problemi e tendenze nell'infermieristica attuale 16
- Punti chiave 18
- Esercizi di autovalutazione 18
- Bibliografia 19

CAPITOLO 2

Il ruolo dell'infermiere per la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dell'assistito 21

- Crisi di sicurezza nell'assistenza sanitaria 22
- Creare una cultura della sicurezza 22
- Regolamenti e linee guida sulla sicurezza nella sanità 24
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) 24
- Problemi di sicurezza nell'assistenza sanitaria 26
- Strumenti per migliorare la qualità e la sicurezza 27
- Punti chiave 29
- Esercizi di autovalutazione 30
- Bibliografia 30

CAPITOLO 3

Valori, etica e aspetti legali 31

(Il capitolo completo è su www.testtube.it/scienzeinfermieristiche, per l'indice del capitolo si veda p. 32)

CAPITOLO 4

Ricerca infermieristica e prove di efficacia 33

- Ricerca e assistenza infermieristica 34
- Il processo di ricerca 38
- Aspetti etico-legali 42
- La ricerca e l'infermiere 44
- Punti chiave 46
- Esercizi di autovalutazione 46
- Bibliografia 47

CAPITOLO 5

Processo di assistenza infermieristica: la base per il giudizio clinico 49

- Componenti del processo infermieristico 50
- Pratica infermieristica e processo infermieristico 54
- Importanza del pensiero critico come base del giudizio clinico in infermieristica 54
- Stili di apprendimento che influenzano il pensiero critico 55
- Abilità per erogare assistenza 55
- Abilità di apprendimento 56
- Applicare il pensiero critico alle attività di apprendimento 58
- Punti chiave 59
- Esercizi di autovalutazione 59
- Bibliografia 60

UNITÀ 2

Processo infermieristico 61

CAPITOLO 6

Valutazione infermieristica 61

- Preparazione per la valutazione 62
- Abilità di valutazione 63
- Attività di valutazione 67
- Punti chiave 71
- Esercizi di autovalutazione 72
- Bibliografia 72

CAPITOLO 7**Diagnosi infermieristica 73**

- Tassonomia delle diagnosi infermieristiche 74
- Diagnosi infermieristiche e altri problemi di assistenza sanitaria 75
- Elementi di una diagnosi infermieristica 76
- Attività diagnostiche 77
- Pratica infermieristica e diagnosi infermieristiche 81
- Punti chiave 82
- Esercizi di autovalutazione 83
- Bibliografia 83

CAPITOLO 8**Pianificazione dei risultati e degli interventi 85**

- Pianificazione dei risultati 86
- Attività di pianificazione dei risultati 87
- Pianificazione degli interventi 88
- Punti chiave 95
- Esercizi di autovalutazione 95
- Bibliografia 96

CAPITOLO 9**Gestione/attuazione e rivalutazione continua 97**

- Gestione/attuazione 98
- Rivalutazione continua 102
- Programmi di miglioramento della qualità 106
- Punti chiave 108
- Esercizi di autovalutazione 108
- Bibliografia 109

CAPITOLO 10**Comunicazione nel team di assistenza sanitaria: documentazione e reporting 111**

- Documentazioni sanitaria dell'assistito 112
- Comunicazione verbale 126
- Punti chiave 132
- Esercizi di autovalutazione 132
- Bibliografia 133

UNITÀ 3**Concetti di erogazione di assistenza sanitaria 135****CAPITOLO 11****Salute, benessere e assistenza sanitaria integrativa 135**

(Il capitolo completo è su www.testtube.it/scienzeinfermieristiche, per l'indice del capitolo si veda p. 136)

CAPITOLO 12**Assistenza infermieristica di comunità e domiciliare 137**

(Il capitolo completo è su www.testtube.it/scienzeinfermieristiche, per l'indice del capitolo si veda p. 138)

CAPITOLO 13**Cultura e diversità 139**

(Il capitolo completo è su www.testtube.it/scienzeinfermieristiche, per l'indice del capitolo si veda p. 140)

CAPITOLO 14**Comunicazione: relazione infermiere-persona assistita 141**

- Il processo di comunicazione 142
- Relazione infermiere-assistito:
 - una relazione d'aiuto 145
- Elementi della comunicazione terapeutica 148
- Comunicazione e processo di assistenza infermieristica 151
- Punti chiave 160
- Esercizi di autovalutazione 160
- Bibliografia 161

CAPITOLO 15**Educazione sanitaria e promozione della salute 163**

- Scopi dell'educazione della persona assistita 165
- Processo di insegnamento-apprendimento 167
- Valutazione dell'apprendimento 169
- Diagnosi infermieristiche 173
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 173
- Implementazione degli interventi educativi 179
- Valutazione dell'apprendimento 181
- Considerazioni sulle fasi della vita 182
- Punti chiave 185
- Esercizi di autovalutazione 186
- Bibliografia 186

CAPITOLO 16**Assistenza alla persona anziana 189**

(Il capitolo completo è su www.testtube.it/scienzeinfermieristiche, per l'indice del capitolo si veda p. 190)

UNITÀ 4**Competenze cliniche** 191**CAPITOLO 17****Sicurezza** 191

- Sicurezza 192
- Fattori che influiscono sulla sicurezza 195
- Sicurezza inadeguata 197
- Valutazione iniziale 200
- Diagnosi infermieristiche 203
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 203
- Gestione/attuazione 204
- Rivalutazione continua 214
- Punti chiave 216
- Esercizi di autovalutazione 216
- Bibliografia 217
- Procedura 17.1 – Utilizzo dei mezzi di contenzione fisica 218

CAPITOLO 18**Valutazione dello stato di salute** 221

- Scopo della valutazione dello stato di salute 222
- Modelli per la valutazione dello stato di salute 222
- Effettuare la valutazione dello stato di salute 224
- Raccogliere i dati soggettivi: l'intervista 225
- Raccogliere i dati oggettivi: esame fisico 232
- Esame fisico secondo il modello testa-piedi 235
- Concludere la valutazione 253
- Punti chiave 255
- Esercizi di autovalutazione 256
- Bibliografia 256
- Procedura 18.1 – Rilevare il peso corporeo 258
- Procedura 18.2 – Valutazione del sistema neurologico 260
- Procedura 18.3 – Auscultazione dei suoni respiratori 264
- Procedura 18.4 – Auscultazione dei suoni cardiaci 266
- Procedura 18.5 – Auscultazione dei suoni intestinali 268

CAPITOLO 19**Parametri vitali** 271

- Temperatura corporea 273
- Polso arterioso 277
- Respiro 280
- Pressione arteriosa 281
- Registrazione sulla documentazione sanitaria 289
- Punti chiave 290
- Esercizi di autovalutazione 291
- Bibliografia 292
- Procedura 19.1 – Valutazione della temperatura corporea 293
- Procedura 19.2 – Rilevare il polso arterioso 299

- Procedura 19.3 – Rilevare le caratteristiche del respiro 301
- Procedura 19.4 – Misurare la pressione arteriosa 303
- Procedura 19.5 – Valutare la presenza di ipotensione ortostatica 306

CAPITOLO 20**Asepsi e controllo delle infezioni** 309

- Ruolo dei microrganismi nelle infezioni 310
- Controllo delle infezioni 315
- Misure per l'asepsi 318
- Punti chiave 331
- Esercizi di autovalutazione 331
- Bibliografia 332
- Procedura 20.1 – Igiene delle mani 333
- Procedura 20.2 – Indossare e rimuovere i dispositivi di protezione individuale 336
- Procedura 20.3 – Preparare e mantenere un campo sterile 339
- Procedura 20.4 – Indossare e rimuovere i guanti sterili 343

CAPITOLO 21**Somministrazione dei farmaci** 347

- Tipi e forme di farmaci 348
- Standard sui farmaci 349
- Fonti di informazione sui farmaci 349
- Sistemi di distribuzione dei farmaci 350
- Farmaci non prescritti e farmaci su prescrizione 351
- Prescrizione farmacologica 352
- Aspetti legali della somministrazione dei farmaci 354
- Principi dell'azione dei farmaci 356
- Valutazione farmacologica 358
- Somministrazione sicura dei farmaci 361
- Vie di somministrazione dei farmaci 367
- Punti chiave 382
- Esercizi di autovalutazione 383
- Bibliografia 384
- Procedura 21.1 – Somministrare i farmaci per via orale 385
- Procedura 21.2 – Somministrare un farmaco mediante un erogatore di dosaggio inalatorio 389
- Procedura 21.3 – Aspirare un farmaco da un flaconcino 391
- Procedura 21.4 – Aspirare un farmaco da una fiala 392
- Procedura 21.5 – Aspirare due farmaci in una siringa 394
- Procedura 21.6 – Somministrare iniezioni intradermiche 396
- Procedura 21.7 – Somministrare iniezioni sottocutanee 397
- Procedura 21.8 – Somministrazione di iniezioni intramuscolari 400

CAPITOLO 22

Terapia endovenosa	403
Principi della terapia endovenosa	404
Ruolo dell'infermiere nella terapia endovenosa	413
Nutrizione parenterale totale e periferica	422
Trasfusioni di sangue	424
Assistenza domiciliare e di comunità	427
Punti chiave	428
Esercizi di autovalutazione	429
Bibliografia	430
Procedura 22.1 – Iniziare una terapia endovenosa	431
Procedura 22.2 – Monitorare un'infusione endovenosa	436
Procedura 22.3 – Cura del sito di inserzione di un catetere endovenoso periferico	439
Procedura 22.4 – Cura del sito di accesso del catetere venoso centrale inserito perifericamente (CCIP)	441
Procedura 22.5 – Cambiare la soluzione endovenosa e il set	444
Procedura 22.6 – Conversione in una porta di infusione intermittente e lavaggio	448
Procedura 22.7 – Somministrare farmaci endovenosi intermittenti con pompa a siringa	450
Procedura 22.8 – Somministrazione di farmaci in bolo endovenoso (in meno di 5 minuti)	453
Procedura 22.9 – Monitoraggio della nutrizione parenterale totale (NPT) e somministrazione di Intralipid	457
Procedura 22.10 – Somministrare una trasfusione di sangue	460

CAPITOLO 23

Assistenza infermieristica perioperatoria	465
Intervento chirurgico	466
Assistenza infermieristica perioperatoria	474
Assistenza infermieristica intraoperatoria	479
Assistenza infermieristica postoperatoria	485
Punti chiave	491
Esercizi di autovalutazione	491
Bibliografia	492

UNITÀ 5**Concetti relativi alla protezione e al movimento** 493**CAPITOLO 24**

Igiene e cura di sé	493
Cura di sé	494
Fattori che influiscono sulla cura di sé	497

Problemi nella cura di sé	499
Valutazione iniziale	499
Diagnosi infermieristiche	501
Pianificazione dei risultati e degli interventi	503
Gestione/attuazione	503
Rivalutazione continua	520
Punti chiave	522
Esercizi di autovalutazione	522
Bibliografia	523
Procedura 24.1 – Bagno o doccia assistiti	524
Procedura 24.2 – Igiene della persona a letto	526
Procedura 24.3 – Massaggio alla schiena	529
Procedura 24.4 – Igiene e cura dei piedi e delle mani	530
Procedura 24.5 – Lavare i capelli di una persona allettata	532
Procedura 24.6 – Igiene del cavo orale	535
Procedura 24.7 – Usare la padella	539
Procedura 24.8 – Rifare il letto occupato dall'assistito	542

CAPITOLO 25

Mobilità e meccanica corporea	547
Mobilità normale	548
Fattori che influiscono sul movimento	556
Compromissione della mobilità	557
Valutazione iniziale	565
Diagnosi infermieristiche	568
Pianificazione dei risultati e degli interventi	568
Gestione/attuazione	568
Rivalutazione continua	580
Punti chiave	581
Esercizi di autovalutazione	582
Bibliografia	583
Procedura 25.1 – Applicare principi di meccanica corporea negli spostamenti della persona assistita	584
Procedura 25.2 – Posizionare la persona assistita nel letto	585
Procedura 25.3 – Effettuare gli esercizi di escursione articolare	591
Procedura 25.4 – Assistere la persona nella deambulazione	597
Procedura 25.5 – Trasferire la persona su una barella	600
Procedura 25.6 – Trasferire la persona su una sedia a rotelle	602
Procedura 25.7 – Trasferire la persona dal letto a una sedia utilizzando un sollevatore	605

CAPITOLO 26

Integrità cutanea e guarigione delle ferite	607
Normale funzione tegumentaria	608
Fattori che influiscono sulla funzione tegumentaria	610

Alterazioni della funzione tegumentaria	615
Valutazione iniziale	622
Diagnosi infermieristiche	625
Pianificazione dei risultati e degli interventi	626
Gestione/attuazione	626
Rivalutazione continua	638
Punti chiave	641
Esercizi di autovalutazione	641
Bibliografia	642
Procedura 26.1 – Cambiare una medicazione sterile asciutta	643
Procedura 26.2 – Irrigazione di una ferita e applicazione di medicazioni inumidite con fisiologica	645
Procedura 26.3 – Mantenere l'aspirazione di un drenaggio portatile per ferita (Hemovac)	648
Procedura 26.4 – Applicare un sistema terapeutico a pressione negativa per il trattamento delle ferite (terapia VAC)	650
Procedura 26.5 – Applicazione del calore	652
Procedura 26.6 – Applicazione del freddo	654

CAPITOLO 27

Prevenzione e gestione delle infezioni

Normale resistenza alle infezioni	658
Fattori che influiscono sulla resistenza alle infezioni	662
Alterazioni della resistenza alle infezioni	664
Valutazione iniziale	668
Diagnosi infermieristiche	674
Pianificazione dei risultati e degli interventi	675
Gestione/attuazione	675
Rivalutazione continua	681
Punti chiave	683
Esercizi di autovalutazione	685
Bibliografia	685
Procedura 27.1 – Ottenere la coltura di una ferita	687

APPROFONDIMENTO

Termoregolazione

Termoregolazione	692
Alterazioni della termoregolazione	696
Valutazione iniziale	700
Diagnosi infermieristiche	701
Pianificazione dei risultati e degli interventi	701
Gestione/attuazione	701
Rivalutazione continua	704
Punti chiave	705
Bibliografia	705

CAPITOLO 28

Gestione del dolore

Dolore	708
Tipi di dolore	708
Un modello biopsicosociale del dolore	711
Valutazione iniziale	716
Diagnosi infermieristiche	720
Pianificazione dei risultati e degli interventi	720
Gestione/attuazione	721
Rivalutazione continua	730
Punti chiave	730
Esercizi di autovalutazione	731
Bibliografia	732
Procedura 28.1 – Gestione del dolore: analgesia controllata dall'assistito (PCA)	734
Procedura 28.2 – Gestione del dolore: analgesia epidurale	737

CAPITOLO 29

Percezione sensoriale

Percezione sensoriale normale	740
Fattori che influiscono sulla percezione sensoriale	741
Alterazioni della funzione percettiva sensoriale	744
Valutazione iniziale	745
Diagnosi infermieristiche	748
Pianificazione dei risultati e degli interventi	750
Gestione/attuazione	750
Rivalutazione continua	753
Punti chiave	756
Esercizi di autovalutazione	756
Bibliografia	757
Procedura 29.1 – Rimozione delle lenti a contatto	758
Procedura 29.2 – Assistenza nell'inserimento di un apparecchio acustico nell'adulto	759

UNITÀ 6

Concetti relativi all'omeostasi e alla regolazione

CAPITOLO 30

Funzione respiratoria

Funzione respiratoria	764
Fattori che influiscono sulla funzione respiratoria	767
Alterazioni della funzione respiratoria	769
Valutazione iniziale	770
Diagnosi infermieristiche	778
Pianificazione dei risultati e degli interventi	778

Gestione/attuazione	779
Rivalutazione continua	798
Punti chiave	799
Esercizi di autovalutazione	800
Bibliografia	801
Procedura 30.1 – Pulsossimetria	802
Procedura 30.2 – Ottenere un campione di espettorato	804
Procedura 30.3 – Monitoraggio dell'End-tidal CO ₂ (EtCO ₂)	806
Procedura 30.4 – Picco di flusso espiratorio	807
Procedura 30.5 – Esercizi di respirazione e tosse efficace	809
Procedura 30.6 – Spirometria incentivante	811
Procedura 30.7 – Ossigenoterapia	813
Procedura 30.8 – Gestione della tracheotomia	816
Procedura 30.9 – Aspirazione endotracheale	822
Procedura 30.10 – Assistenza alla persona con drenaggio pleurico	825

CAPITOLO 31

Funzione cardiovascolare	829
Funzione cardiovascolare	830
Fattori che influiscono sulla funzione cardiovascolare	835
Alterazione della funzione cardiovascolare	838
Valutazione iniziale	841
Diagnosi infermieristiche	849
Pianificazione dei risultati e degli interventi	849
Gestione/attuazione	850
Rivalutazione continua	859
Punti chiave	862
Esercizi di autovalutazione	862
Bibliografia	863
Procedura 31.1 – Applicare le calze elastiche antiemboliche	864
Procedura 31.2 – Applicare la compressione pneumatica sequenziale	866

CAPITOLO 32

Liquidi, elettroliti ed equilibrio acido-base	869
Equilibrio idroelettrolitico normale	870
Equilibrio acido-base	876
Fattori che influiscono su liquidi, elettroliti ed equilibrio acido-base	878
Alterazioni dell'equilibrio idrico, elettrolitico e acido-base	880
Valutazione iniziale	885

Diagnosi infermieristiche	891
Pianificazione dei risultati e degli interventi	891
Gestione/attuazione	892
Rivalutazione continua	895
Punti chiave	896
Esercizi di autovalutazione	897
Bibliografia	897

CAPITOLO 33

Nutrizione	899
Introduzione alla nutrizione	900
Nutrienti	900
Linee guida nutrizionali americane ed europee	906
Sistema digestivo	911
Fattori che influiscono sulla nutrizione	916
Alterazioni delle funzioni nutrizionali	919
Valutazione iniziale	920
Diagnosi infermieristiche	924
Pianificazione dei risultati e degli interventi	924
Gestione/attuazione	925
Rivalutazione continua	931
Punti chiave	934
Esercizi di autovalutazione	934
Bibliografia	935
Procedura 33.1 – Misurazione della glicemia attraverso puntura cutanea	937
Procedura 33.2 – Aiutare un adulto nell'alimentazione	939
Procedura 33.3 – Somministrare il supporto nutrizionale speciale per via naso-gastrica, per sonda gastrostomica o per digiunostomia	942

CAPITOLO 34

Eliminazione urinaria	947
Funzione urinaria normale	948
Fattori che influiscono sull'eliminazione urinaria	951
Alterazioni della funzione urinaria	955
Valutazione iniziale	958
Diagnosi infermieristiche	962
Pianificazione dei risultati e degli interventi	962
Gestione/attuazione	963
Rivalutazione continua	973
Punti chiave	975
Esercizi di autovalutazione	975
Bibliografia	976
Procedura 34.1 – Monitoraggio del volume dell'urina mediante ecografia vescicale	977
Procedura 34.2 – Raccogliere campioni di urina	979
Procedura 34.3 – Applicare un catetere esterno	983
Procedura 34.4 – Inserire un catetere retto o un catetere urinario a permanenza	985

CAPITOLO 35

- Eliminazione intestinale** 995
- Funzione normale dell'intestino 996
- Fattori che influiscono
sull'eliminazione intestinale 999
- Alterazione della funzione intestinale 1001
- Valutazione iniziale 1004
- Diagnosi infermieristiche 1010
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1010
- Gestione/attuazione 1010
- Rivalutazione continua 1022
- Punti chiave 1023
- Esercizi di autovalutazione 1023
- Bibliografia 1024
- Procedura 35.1 – Valutare le feci per verificare
la presenza di sangue occulto (SOF)** 1026
- Procedura 35.2 – Somministrare un clistere** 1028
- Procedura 35.3 – Applicare una sacca da stomia
fecale** 1031
- Procedura 35.4 – Inserire un sondino nasogastrico** 1035

CAPITOLO 36

- Sonno** 1039
- Sonno e riposo normali 1040
- Fattori che influiscono sul sonno e sul riposo 1046
- Alterazioni del sonno e del riposo 1050
- Valutazione iniziale 1056
- Diagnosi infermieristiche 1056
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1059
- Gestione/attuazione 1059
- Rivalutazione continua 1062
- Punti chiave 1062
- Esercizi di autovalutazione 1063
- Bibliografia 1063

UNITÀ 7**Concetti psicosociali** 1065**CAPITOLO 37**

- Concetto di sé** 1065
- Funzionalità normale dell'io 1066
- Fattori che influiscono sul concetto di sé 1072
- Disturbi del concetto di sé 1076
- Valutazione iniziale 1079
- Diagnosi infermieristiche 1079
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1079
- Gestione/attuazione 1080

- Rivalutazione continua 1083
- Punti chiave 1084
- Esercizi di autovalutazione 1085
- Bibliografia 1085

CAPITOLO 38

- Famiglia e sue relazioni interne** 1087
- Relazioni familiari 1088
- Funzione della famiglia 1090
- Modello funzionale di famiglia 1090
- Fattori che influiscono sulla funzione familiare 1093
- Valutazione iniziale 1099
- Diagnosi infermieristiche 1102
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1102
- Gestione/attuazione 1103
- Rivalutazione continua 1105
- Punti chiave 1107
- Esercizi di autovalutazione 1107
- Bibliografia 1108

CAPITOLO 39

- Processi cognitivi** 1111
- Processi cognitivi normali 1112
- Modelli cognitivi normali 1113
- Fattori che influiscono sulla funzione cognitiva 1116
- Alterazioni della funzione cognitiva 1119
- Valutazione iniziale 1124
- Diagnosi infermieristiche 1129
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1130
- Gestione/attuazione 1130
- Rivalutazione continua 1138
- Punti chiave 1139
- Esercizi di autovalutazione 1139
- Bibliografia 1140

CAPITOLO 40

- Sessualità** 1141
- Sessualità umana normale 1142
- Fattori che influiscono sulla sessualità 1150
- Malattia e disabilità 1152
- Alterazioni della funzione sessuale 1152
- Valutazione iniziale 1154
- Diagnosi infermieristiche 1161
- Pianificazione dei risultati e degli interventi 1161
- Gestione/attuazione 1161
- Rivalutazione continua 1167
- Punti chiave 1169
- Esercizi di autovalutazione 1169
- Bibliografia 1169

CAPITOLO 41

Stress, coping e adattamento	1171
Normali strategie di coping e adattamento	1172
Fattori che influiscono sui modelli di coping	1180
Modelli alterati di coping	1183
Valutazione iniziale	1186
Diagnosi infermieristiche	1189
Pianificazione dei risultati e degli interventi	1190
Gestione/attuazione	1190
Rivalutazione continua	1194
Punti chiave	1196
Esercizi di autovalutazione	1196
Bibliografia	1196

CAPITOLO 42

Perdita e lutto	1197
Normale processo di lutto	1198
Fattori che influiscono sul lutto	1203
Alterazione del lutto	1204
Valutazione iniziale	1204
Diagnosi infermieristiche	1206
Pianificazione dei risultati e degli interventi	1206
Gestione/attuazione	1207
Rivalutazione continua	1210
Assistenza al morente	1211
Punti chiave	1213
Esercizi di autovalutazione	1217
Bibliografia	1218

CAPITOLO 43

Salute spirituale	1219
Funzione spirituale normale	1220
Fattori che influiscono sulla salute spirituale	1225
Alterazioni della funzione spirituale	1228
Valutazione iniziale	1231
Diagnosi infermieristiche	1232
Pianificazione dei risultati e degli interventi	1233
Gestione/attuazione	1234
Rivalutazione continua	1239
Punti chiave	1239
Esercizi di autovalutazione	1239
Bibliografia	1240

GLOSSARIO	1243
------------------	------

APPENDICE A

Risposte motivate agli esercizi di autovalutazione	1261
---	------

APPENDICE B

Risposte ai quesiti	
<i>Applica il pensiero critico</i>	1287

APPENDICE C

Abbreviazioni comunemente usate nella documentazione	1295
---	------

APPENDICE D

Diagnosi infermieristiche citate nel testo	1299
---	------

APPENDICE E

Livelli di assunzione raccomandati di vitamine	1311
---	------

INDICE ANALITICO	1313
-------------------------	------

Casi clinici presentati nel testo

Caso clinico: Massimo Giordani

Parte 1: Capitolo 15 183

Parte 2: Capitolo 24 498

Caso clinico: Marta Giocondi

Parte 1: Capitolo 23 476

Parte 2: Capitolo 36 1059

Caso clinico: Assan Franceschi

Parte 1: Capitolo 3 (*online*) 10

Parte 2: Capitolo 40 1159

Caso clinico: Caterina Robusti

Parte 1: Capitolo 16 (*online*) 13

Parte 2: Capitolo 17 208

Caso clinico: Yussuf Pouls

Parte 1: Capitolo 11 (*online*) 8

Parte 2: Capitolo 12 (*online*) 3

Caso clinico: Aldo Cambio

Parte 1: Capitolo 35 1012

Parte 2: Capitolo 37 1079

Caso clinico: Mona Hernandez

Parte 1: Capitolo 9 103

Parte 2: Capitolo 21 357

Caso clinico: Rashid Ahmed

Parte 1: Capitolo 10 117

Parte 2: Capitolo 15 180

Caso clinico: Sara Lin

Parte 1: Capitolo 4 46

Parte 2: Capitolo 9 103

Caso clinico: Luiz Sanchez

Parte 1: Capitolo 14 159

Parte 2: Capitolo 41 1183

Indice delle procedure presentate nel testo

Capitolo 17

Procedura 17.1 – Utilizzo dei mezzi di contenzione fisica 218

Capitolo 18

Procedura 18.1 – Rilevare il peso corporeo 258

Procedura 18.2 – Valutazione del sistema neurologico 260

Procedura 18.3 – Auscultazione dei suoni respiratori 264

Procedura 18.4 – Auscultazione dei suoni cardiaci 266

Procedura 18.5 – Auscultazione dei suoni intestinali 268

Capitolo 19

Procedura 19.1 – Valutazione della temperatura corporea 293

Procedura 19.2 – Rilevare il polso arterioso 299

Procedura 19.3 – Rilevare le caratteristiche del respiro 301

Procedura 19.4 – Misurare la pressione arteriosa 303

Procedura 19.5 – Valutare la presenza di ipotensione ortostatica 306

Capitolo 20

Procedura 20.1 – Igiene delle mani 333

Procedura 20.2 – Indossare e rimuovere i dispositivi di protezione individuale 336

Procedura 20.3 – Preparare e mantenere un campo sterile 339

Procedura 20.4 – Indossare e rimuovere i guanti sterili 343

Capitolo 21

Procedura 21.1 – Somministrare i farmaci per via orale 385

Procedura 21.2 – Somministrare un farmaco mediante un erogatore di dosaggio inalatorio 389

Procedura 21.3 – Aspirare un farmaco da un flaconcino 391

Procedura 21.4 – Aspirare un farmaco da una fiala 392

Procedura 21.5 – Aspirare due farmaci in una siringa 394

Procedura 21.6 – Somministrare iniezioni intradermiche 396

Procedura 21.7 – Somministrare iniezioni sottocutanee 397

Procedura 21.8 – Somministrazione di iniezioni intramuscolari 400

Capitolo 22

Procedura 22.1 – Iniziare una terapia endovenosa 431

Procedura 22.2 – Monitorare un'infusione endovenosa 436

Procedura 22.3 – Cura del sito di inserzione di un catetere endovenoso periferico 439

Procedura 22.4 – Cura del sito di accesso del catetere venoso centrale inserito perifericamente (CCIP) 441

Procedura 22.5 – Cambiare la soluzione endovenosa e il set 444

Procedura 22.6 – Conversione in una porta di infusione intermittente e lavaggio 448

Procedura 22.7 – Somministrare farmaci endovenosi intermittenti con pompa a siringa 450

Procedura 22.8 – Somministrazione di farmaci in bolo endovenoso (in meno di 5 minuti) 453

Procedura 22.9 – Monitoraggio della nutrizione parenterale totale (NPT) e somministrazione di Intralipid 457

Procedura 22.10 – Somministrare una trasfusione di sangue 460

Capitolo 24

Procedura 24.1 – Bagno o doccia assistiti 524

Procedura 24.2 – Igiene della persona a letto 526

Procedura 24.3 – Massaggio alla schiena 529

Procedura 24.4 – Igiene e cura dei piedi e delle mani 530

Procedura 24.5 – Lavare i capelli di una persona allettata 532

Procedura 24.6 – Igiene del cavo orale 535

Procedura 24.7 – Usare la padella 539

Procedura 24.8 – Rifare il letto occupato dall'assistito 542

Capitolo 25

- Procedura 25.1 – Applicare principi di meccanica coporea negli spostamenti della persona assistita 584
- Procedura 25.2 – Posizionare la persona assistita nel letto 585
- Procedura 25.3 – Effettuare gli esercizi di escursione articolare 591
- Procedura 25.4 – Assistere la persona nella deambulazione 597
- Procedura 25.5 – Trasferire la persona su una barella 600
- Procedura 25.6 – Trasferire la persona su una sedia a rotelle 602
- Procedura 25.7 – Trasferire la persona dal letto a una sedia utilizzando un sollevatore 605

Capitolo 26

- Procedura 26.1 – Cambiare una medicazione sterile asciutta 643
- Procedura 26.2 – Irrigazione di una ferita e applicazione di medicazioni inumidite con fisiologica 645
- Procedura 26.3 – Mantenere l'aspirazione di un drenaggio portatile per ferita (Hemovac) 648
- Procedura 26.4 – Applicare un sistema terapeutico a pressione negativa per il trattamento delle ferite (terapia VAC) 650
- Procedura 26.5 – Applicazione del calore 652
- Procedura 26.6 – Applicazione del freddo 654

Capitolo 27

- Procedura 27.1 – Ottenere la coltura di una ferita 687

Capitolo 28

- Procedura 28.1 – Gestione del dolore: analgesia controllata dall'assistito (PCA) 734
- Procedura 28.2 – Gestione del dolore: analgesia epidurale 737

Capitolo 29

- Procedura 29.1 – Rimozione delle lenti a contatto 758
- Procedura 29.2 – Assistenza nell'inserimento di un apparecchio acustico nell'adulto 759

Capitolo 30

- Procedura 30.1 – Pulsossimetria 802
- Procedura 30.2 – Ottenere un campione di espettorato 804

Procedura 30.3 – Monitoraggio dell'End-tidal CO₂ (EtCO₂) 806

Procedura 30.4 – Picco di flusso espiratorio 807

Procedura 30.5 – Esercizi di respirazione e tosse efficace 809

Procedura 30.6 – Spirometria incentivante 811

Procedura 30.7 – Ossigenoterapia 813

Procedura 30.8 – Gestione della tracheotomia 816

Procedura 30.9 – Aspirazione endotracheale 822

Procedura 30.10 – Assistenza alla persona con drenaggio pleurico 825

Capitolo 31

Procedura 31.1 – Applicare le calze elastiche antiemboliche 864

Procedura 31.2 – Applicare la compressione pneumatica sequenziale 866

Capitolo 33

Procedura 33.1 – Misurazione della glicemia attraverso puntura cutanea 937

Procedura 33.2 – Aiutare un adulto nell'alimentazione 939

Procedura 33.3 – Somministrare il supporto nutrizionale speciale per via naso-gastrica, per sonda gastrostomica o per digiunostomia 942

Capitolo 34

Procedura 34.1 – Monitoraggio del volume dell'urina mediante ecografia vescicale 977

Procedura 34.2 – Raccogliere campioni di urina 979

Procedura 34.3 – Applicare un catetere esterno 983

Procedura 34.4 – Inserire un catetere retto o un catetere urinario a permanenza 985

Capitolo 35

Procedura 35.1 – Valutare le feci per verificare la presenza di sangue occulto (SOF) 1026

Procedura 35.2 – Somministrare un clistere 1028

Procedura 35.3 – Applicare una sacca da stomia fecale 1031

Procedura 35.4 – Inserire un sondino nasogastrico 1035

UNITÀ 4

Competenze cliniche



CAPITOLO 17

Sicurezza

(Christine M. Henshaw)

Scenario clinico

Sei un infermiere che lavora in un reparto di pediatria e stai effettuando una valutazione su un bambino sano e attivo, accompagnato dalla giovane madre. Quando affronti l'argomento dell'ambiente domestico, la madre ti dice che vivono in una casa a due piani, con le stanze da letto al piano superiore e le altre a pianterreno. Si lamenta perché il piccolo va su e giù per le scale, si arrampica sulle sedie, si mette in piedi su mobili e tavoli, ed è molto attratto da scatole e bottiglie di ogni genere. La madre appare stanca e irritata mentre cerca di tenere il bambino in braccio. Lui piange e si dibatte nel tentativo di scendere.

Dopo aver completato lo studio di questo capitolo, e aver acquisito le conoscenze sulla sicurezza, riconsidera lo scenario appena descritto e rifletti sui seguenti aspetti di pensiero critico.

1. Elenca e analizza le tue prime impressioni riguardo alla famiglia in questione.
2. Come pensi che la madre si senta in questo momento?
3. Descrivi come condurresti la valutazione sulla madre, sul bambino e sull'ambiente domestico.
4. Quali ulteriori informazioni ritieni necessarie per fornire una guida preventiva alla famiglia?
5. Pianifica metodi per migliorare la sicurezza del bambino.
6. Rifletti su come puoi seguire la madre nel tempo, valutandone il comportamento e le strategie di coping.

PAROLE CHIAVE

Aree di sicurezza
Asfissia
Avvelenamento
Bioterrorismo
Cadute
Contenzione
Inquinamento
Messa a terra
RACE
Shock elettrico
Sicurezza
Soffocamento
Ustioni

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

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

1. Riconoscere l'importanza della sicurezza nell'ambiente domestico e negli istituti di cura.
2. Considerare le speciali norme di sicurezza in relazione agli stadi di sviluppo dell'uomo.
3. Identificare i fattori che influiscono sulla sicurezza e descrivere le manifestazioni comuni di una compromissione della sicurezza.
4. Identificare, attraverso la valutazione, i rischi per la sicurezza.
5. Discutere gli interventi infermieristici da attuare per garantire la sicurezza domestica e dell'ambiente di cura.
6. Progettare un piano educativo individuale per le persone a rischio identificato per la sicurezza.

La sicurezza è un problema importante a diversi livelli: individuale, di comunità, nazionale e mondiale. L'accresciuta consapevolezza riguardo ai pericoli che possono minacciare l'incolumità dell'individuo e agli ambienti in cui questi pericoli si trovano ha determinato una crescente preoccupazione della società riguardo ai temi inerenti la sicurezza. Un contesto sociale in cui i fattori di stress aumentano costantemente e la tecnologia è in rapida evoluzione può facilmente portare a incidenti derivanti da situazioni in cui la capacità di attenzione della persona risulta compromessa. Lo scopo della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie si è spostato dal contesto di un singolo infermiere interessato alla sicurezza fisica dell'assistito assegnato alle sue cure, alla comprensione dei problemi del sistema nel mantenimento di un ambiente sicuro sia per i pazienti sia per il personale.

Un ambiente in cui non esista alcun rischio di infortuni è assai raro: pertanto, per garantire la sicurezza, si deve agire sia sulle conoscenze, sia sulla consapevolezza del problema, sia sull'applicazione di norme e standard. Inoltre, è importante informare l'assistito e i suoi familiari sulle precauzioni da prendere a casa, sul luogo di lavoro e negli spazi sociali. Gli infermieri lavorano in molti ambiti diversi, alcuni dei quali pericolosi, e devono pertanto ridurre al minimo il rischio personale di infortuni. Le misure di sicurezza per l'assistito e per l'infermiere assicurano le condizioni ottimali per un ambiente terapeutico e per il mantenimento della buona salute. La sicurezza è cruciale a ogni livello di interazione umana. Indipendentemente dal tipo di contesto considerato, la formazione e l'applicazione dei concetti relativi alla sicurezza sono parte integrante della prevenzione degli infortuni.

SICUREZZA

Secondo la piramide di Maslow, sicurezza e protezione sono bisogni fondamentali per gli esseri umani, secondi per priorità soltanto ai bisogni psicologici. Sicurezza intesa non solo come prevenzione da dolore e infortuni, ma anche come percezione di fiducia nelle proprie azioni. Il senso di sicurezza riduce lo stress e promuove il benessere generale. La sicurezza permette di soddisfare altri bisogni fondamentali quali l'amore, il senso di appartenenza e l'autostima, e di raggiungere i propri obiettivi. Uno sguardo positivo verso la vita favorisce a sua volta una migliore salute mentale e un funzionamento più efficace.

La **sicurezza** può essere definita come stato di libertà dal male e dal pericolo. L'infortunio è una particolare forma o esempio di danno. Oggi, discutendo di prevenzione degli infortuni, non si utilizza più il termine *incidente*, che implica un evento casuale, imprevedibile e pertanto inevitabile. Diversamente dagli incidenti, gli infortuni derivano infatti da circostanze precise, spesso identificabili e controllabili. Infortuni accidentali possono provocare disabilità permanente, sofferenza, stress emotivo e difficoltà economiche.

In Italia, nel 2021 sono stati denunciati all'INAIL poco più di 564 000 infortuni sul lavoro, in calo dell'1,4% rispetto all'anno precedente. Questa diminuzione è però dovuta esclusivamente alla contrazione dei contagi professionali da Covid-19, che sono passati dai quasi 150 mila del 2020 ai circa 50 mila del 2021. Gli infortuni mortali sono stati 1361 nel 2021, con un decremento del 19,2% rispetto al 2020. Come per gli infortuni in complesso, anche in questo caso la contrazione è legata interamente ai decessi causati dal contagio da Covid-19, passati dai circa 600 del 2020 ai circa 200 del 2021 (rapporto INAIL 2021).

In termini di modalità di accadimento, gli infortuni con esito mortale maggiormente frequenti in ambito lavorativo, esclusi quelli stradali, risultano le cadute dall'alto del lavoratore e le cadute di pesi dall'alto sul lavoratore.

Il fenomeno delle malattie professionali ha visto nel 2021 un aumento notevole delle denunce di malattia professionale in confronto al 2020, anno in cui il fenomeno è stato fortemente condizionato dall'emergenza epidemiologica Covid-19. Le patologie lavoro-correlate denunciate all'INAIL sono state poco più di 55 000, in crescita del 22,8% rispetto al 2020. Le denunce riguardano le malattie e non i lavoratori ammalati, che sono oltre 38 000, di cui il 40,3% per causa professionale riconosciuta. Sempre nel 2021, le malattie causate dall'amianto sono state 948. I lavoratori deceduti nel 2021 con riconoscimento di malattia professionale sono stati 820, il 23,6% in meno rispetto al 2020, di cui 154 per silicosi/asbestosi (rapporto INAIL 2021).

L'infermiere deve fornire assistenza sanitaria garantendo sempre la sicurezza. Attraverso l'impiego delle competenze del pensiero critico, del processo infermieristico e del giudizio clinico, l'infermiere è responsabile della valutazione dell'assistito e dell'ambiente; deve formulare diagnosi infermieristiche per offrire un'assistenza appropriata che includa il controllo degli infortuni e il mantenimento di un ambiente sicuro.

I principi del controllo degli infortuni comprendono interventi distinti in tre livelli principali: un primo livello centrato sull'individuo, basato su interventi educativi riguardanti i rischi relativi alla sicurezza e le strategie per la prevenzione; un secondo livello riguardante la fase di progettazione, che utilizza controlli ingegneristici e ambientali (elementi di sicurezza attiva e passiva che possono prevenire infortuni provocati da una sostanza o da un'apparecchiatura); infine, un terzo livello, la fase normativa, che crea, impone e controlla l'applicazione di regolamenti fra produttori, rivenditori, datori di lavoro, lavoratori e consumatori, allo scopo di garantire prodotti e ambienti sicuri.

Gestione

Una persona in grado di riconoscere i pericoli ambientali si preoccupa di prevenirli e, in genere, adotta misure di sicurezza che la riguardano personalmente e che preservano la sicurezza altrui. La prevenzione è un aspetto fondamentale della sicurezza. Il rispetto di misure di sicurezza permette di tutelare non solo la propria incolumità ma anche quella degli altri. L'infermiere, operando nel rispetto delle norme che regolano l'esercizio della professione, si assume la responsabilità di proteggere la persona assistita e di garantirne la sicurezza.

A causa dello stile di vita o dei modelli di comportamento, alcune persone corrono maggiori rischi per la sicurezza. Lo stile di vita di una persona può comprendere comportamenti impulsivi o rischiosi, come camminare da solo di notte o guidare ad alta velocità. Altre persone praticano sport potenzialmente pericolosi come il paracadutismo o l'alpinismo, e potrebbero farlo senza seguire le precauzioni di sicurezza. L'inclinazione all'assunzione del rischio varia ampiamente da persona a persona. Anche l'uso di tabacco, alcol e droghe, le pratiche sessuali non protette e la cattiva alimentazione mettono a rischio la sicurezza. Queste pratiche possono essere il risultato della mancanza di consapevolezza del rischio, dell'assuefazione o della noncuranza per la salute e la sicurezza.

Considerazioni sulle fasi della vita

Le misure di sicurezza devono essere adeguate allo stadio di sviluppo della persona. Le differenti capacità funzionali e psicologiche che accompagnano lo sviluppo dell'uomo, e l'esposizione a pericoli di natura diversa nel corso della vita, comportano rischi diversi per individui di diverse età e quindi misure di prevenzione diverse. L'infermiere si troverà ad assistere individui che differiscono per quanto riguarda la capacità di riconoscere i pericoli, di valutarli, di rispondere a essi in maniera opportuna e di applicare misure di

sicurezza. Egli, quindi, dovrà essere in grado di valutare il singolo individuo mettendo in atto interventi appropriati all'età delle persone a cui sono rivolti.

Neonato e lattante

In relazione al loro livello di sviluppo muscolo-scheletrico e neurologico, neonati e bambini piccoli sono esposti al rischio di ustioni, di soffocamento e di altre lesioni traumatiche; essi inoltre sono in grado di esprimere i bisogni solo attraverso il pianto e la comunicazione non verbale. A causa della loro limitata capacità di rispondere alle necessità corporee (per esempio, termoregolazione) o di adattarsi ai cambiamenti dell'ambiente e del loro modo particolare di comunicare, i neonati e i lattanti dipendono da chi li assiste per il mantenimento di un ambiente sicuro, che consenta una crescita regolare e un normale sviluppo, evitando ogni tipo di infortunio.

NORME DI SICUREZZA

Corde, tovaglie, sacchetti di plastica e lattine sono oggetti allettanti e potenzialmente pericolosi, quindi il caregiver deve impegnarsi a tenerli lontani dai bambini piccoli.

Garantire tale sicurezza è uno dei principali compiti dei genitori. Man mano che la funzionalità neurologica e muscolo-scheletrica

progredisce, i bambini imparano a esplorare il mondo avvicinando a sé gli oggetti e mettendo in bocca quasi tutto ciò che toccano.

Un ambiente ospedaliero sicuro per il neonato e il lattante deve garantire una temperatura adeguata, la disponibilità di una siringa a bulbo o di dispositivi per l'aspirazione per mantenere la pervietà delle vie aeree e di braccialetti identificativi, e deve corredare ogni bambino con un'etichetta di sicurezza associata a un sistema di allarme per evitarne il rapimento. Una casa sicura per neonati e lattanti deve avere una temperatura confortevole, i bambini nel primo anno di vita devono indossare vestiti adeguati non infiammabili e non restrittivi; devono essere presenti acqua calda per il bagno; aria pulita; giocattoli sicuri; barriere di protezione per scale e gradini; parasigoli per il fasciatoio e imbottiture per le sponde della culla; coperture per le prese di corrente. Per ridurre il rischio di sindrome da morte improvvisa infantile (SIDS), l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) raccomanda che i neonati dormano in posizione supina su una superficie solida e piana. L'AAAP raccomanda inoltre l'utilizzo di seggiolini e sistemi di ritenuta per auto appropriati per neonati e bambini, e fornisce indicazioni per la loro progettazione (2019). La **Tabella 17.1** elenca queste informazioni.

NORME DI SICUREZZA

Ai genitori dovrebbe essere insegnato a sistemare i loro bambini in posizione supina quando dormono per prevenire la SIDS.

TABELLA 17.1 ISTRUZIONI GENERALI PER L'UTILIZZO DI SEGGIOLINI DI SICUREZZA PER BAMBINI

Cinture allacciate per tutti. Bambini fino a 12 anni sul sedile posteriore!

	Età/Peso	Tipo di seggiolino/ Posizione del seggiolino	Modalità di utilizzo
Bambini nel primo anno di vita	Da 0 a 12 mesi di età	“Navicella” della carrozzina o seggiolino del gruppo “0” e “0+”. I seggiolini di questo gruppo devono essere montati in senso contrario a quello di marcia o verso il senso di marcia se il bambino pesa almeno 6 kg. <i>Il seggiolino deve essere assicurato al veicolo mediante le cinture di sicurezza.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Non utilizzare il sedile anteriore dell'automobile se è presente un air-bag. Seguire le linee guida del produttore per l'installazione. Assicurarsi di selezionare un seggiolino adatto alla propria automobile.
Primi passi/età prescolare	Da 1 a 3 anni di età	Tenere il bambino rivolto all'indietro il più a lungo possibile. Una volta che il bambino supera i limiti di altezza e peso stabiliti dal produttore, sistemarlo su un seggiolino rivolto in avanti. <i>Il seggiolino deve essere assicurato al veicolo mediante le cinture di sicurezza.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Seguire le linee guida del produttore per l'installazione. Assicurarsi di selezionare un seggiolino adatto alla propria automobile.
Bambini	Da 4 a 7 anni di età	Seggiolino per auto rivolto in avanti con imbracatura e cintura di sicurezza fino a quando il bambino non raggiunge l'altezza massima o il limite di peso indicato dal produttore. Una volta raggiunto il limite, utilizzare a un seggiolino rialzato, comunque posto sul sedile posteriore. Selezionare il tipo di rialzo che si adatta alla propria auto.	<ul style="list-style-type: none"> Devono essere utilizzati preferibilmente sul sedile posteriore; il corpo del bambino deve essere trattenuto dalle cinture di sicurezza dell'automobile. Il ramo ventrale della cintura di sicurezza deve passare sopra il bacino. Il ramo toracico della cintura di sicurezza deve aderire bene al torace e passare sulla clavicola, non sul collo.
Ragazzi	Da 8 a 12 anni di età	I bambini che sono diventati troppo grandi per il seggiolino rialzato possono usare la sola cintura di sicurezza. Continuare a viaggiare sul sedile posteriore.	<ul style="list-style-type: none"> Il ramo ventrale della cintura di sicurezza deve passare sopra il bacino. Il ramo toracico della cintura di sicurezza deve aderire bene al torace e passare sulla clavicola, non sul collo.

Regolamento n. 44 della Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UN/ECE) – Disposizioni relative all'omologazione dei dispositivi di ritenuta per bambini occupanti di autoveicoli (“sistema di ritenuta per bambini”).

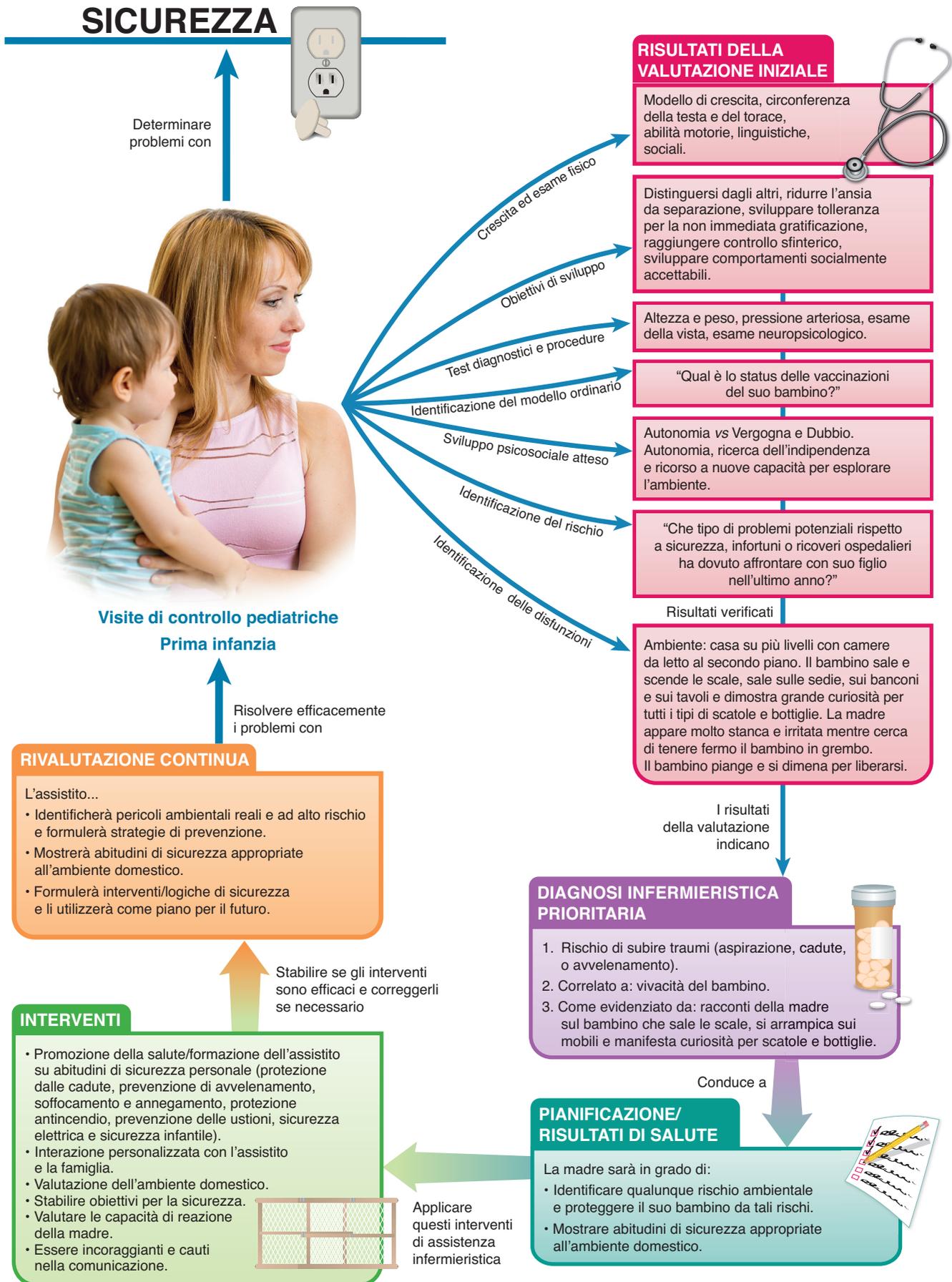


FIGURA 17.3 Mappa concettuale per la sicurezza.

siano stati modificati o eliminati. Per esempio, se un assistito riferisce di aver riportato ustioni a causa di un incendio, gli si chiederà cosa ha provocato l'incendio. Se il problema è stato causato da una sigaretta fumata a letto, si valuterà se egli abbia cambiato le sue abitudini. Se questo non è avvenuto, si domanderà al soggetto se è consapevole del rischio di ulteriori danni.

Esame fisico

Le tecniche di esame fisico permettono di identificare eventuali infortuni e i relativi fattori di rischio. L'esame fisico si rivolge ai sistemi nervoso, cardiovascolare, muscolo-scheletrico e respiratorio, nonché all'integrità cutanea e alla mobilità.

Valutazione delle funzioni neurologiche

La valutazione delle funzioni neurologiche include la valutazione dello stato mentale, delle funzioni sensoriali, dei riflessi e della coordinazione (Capitoli 18, 29 e 3). La valutazione dello stato mentale inizia con l'osservazione dell'aspetto dell'assistito e del suo comportamento generale. Allo scopo di determinare la sua capacità di garantire la propria sicurezza, l'infermiere valuta la capacità di percepire i pericoli e di evitarli prontamente. Qualsiasi comportamento impulsivo o che suggerisca un'alterazione delle capacità di giudizio, o valutazioni che compromettono la sicurezza, deve essere annotato. Si deve determinare il livello di lucidità, attenzione e orientamento in relazione alle persone, allo spazio e al tempo; ponendo domande semplici, si valutano le funzioni cognitive di base. Si valuta la capacità decisionale e di giudizio con domande del tipo: "Che cosa farebbe se...?", adattate all'età e all'esperienza dell'assistito.

L'esame delle funzioni sensoriali fornisce informazioni sull'accuratezza e sulla qualità delle percezioni. L'esame dovrebbe includere almeno la valutazione dell'equilibrio, della sensibilità alla stimolazione meccanica (in un punto preciso o diffusa) e della sensibilità delle estremità al tocco. Un assistito le cui capacità sensoriali sono compromesse non ha accesso a informazioni importanti che possono avvertirlo di un pericolo o di un infortunio imminente.



QUESTIONI ETICO-LEGALI

CAPACITÀ DELLE PERSONE ANZIANE DI RESTARE AUTONOME NONOSTANTE IL DETERIORAMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Dopo una caduta, Giorgia Macchi, 83 anni, è ricoverata da 2 giorni nell'ospedale in cui lavori per accertamenti che escludano la frattura di un'anca. Le indagini radiologiche hanno dato esito negativo e la dimissione della signora Macchi è programmata per domani. Suo figlio ti avvicina con un'espressione molto preoccupata e ti dice: "So che il medico manderà a casa mia madre domani, ma la nostra famiglia è in costante apprensione per lei. Lo scorso mese è caduta tre volte. La sua casa è ingombra di ogni sorta di oggetti inutili, e lei non è più in grado di farcela da sola. Perde la memoria e spesso lascia le pentole sui fornelli accesi. È così testarda che non vuole neanche parlare di trasferirsi in una struttura di lungodegenza. Possiamo obbligarla a farsi ricoverare per il suo bene?".

PENSIERO CRITICO

- Indaga sui timori e sui sentimenti della signora Macchi e dei suoi familiari in questa situazione.
- Sotto il profilo legale, i familiari della signora Macchi possono obbligarla a trasferirsi in una casa di riposo? Se sì, a quali condizioni?
- Quali responsabilità hanno le persone che assistono la signora Macchi per garantire la sua sicurezza?

La valutazione dovrebbe includere test della vista, dell'udito, del gusto e dell'olfatto. Se gusto e olfatto sono compromessi, il soggetto può non accorgersi che un alimento è avariato o non percepire una fuga di gas, oppure l'odore di fumo derivante da un incendio. Una riduzione della vista può impedire di distinguere due farmaci, di notare un terreno accidentato o la presenza di scalini, di leggere la segnaletica stradale o i numeri di telefono. Un deficit uditivo ha implicazioni rilevanti quando impedisce di avvertire la vicinanza di automobili oppure di sentire un allarme antincendio o altri suoni di avvertimento. In una persona non completamente lucida o con un tono muscolare ridotto, che deve essere imboccata, si deve valutare la presenza del riflesso del vomito. Un controllo dell'arco riflesso fornirà preziose informazioni sulla capacità dell'assistito di reagire istintivamente a stimoli dolorosi ritraendosi dal pericolo. La coordinazione è importante per evitare cadute, e può essere verificata osservando l'andatura e valutando la forza e i movimenti ripetitivi dell'assistito.

L'infermiere osserverà i cambiamenti dell'assistito in termini di consapevolezza e percezione dell'ambiente. Le persone deliranti possono avere una scarsa coscienza di ciò che le circonda e non essere in grado di integrare le informazioni. Possono muoversi in modo non appropriato alla situazione, interrompendo un'infusione endovenosa, o staccando il sondino per l'alimentazione naso-enterica o i tubi del sistema di ventilazione. Per alcuni degenti può essere necessario mantenere una valutazione neurologica costante.

Valutazione dei sistemi cardiovascolare e respiratorio

L'integrità cardiovascolare in relazione alla sicurezza viene valutata determinando la mobilità della persona, la sua tolleranza all'attività e la presenza di qualsiasi disfunzione che comprometta l'efficienza fisica (Capitoli 25, 30 e 31). Se una persona può percorrere solo una quindicina di metri senza sviluppare dispnea o senza che insorga un dolore toracico acuto (angina da sforzo) la sua capacità di svolgere molte ADL è limitata. Inoltre, se la persona vive in un appartamento che si trova a più di 15 metri da un'uscita di emergenza dell'edificio potrebbe non riuscire a mettersi in salvo in caso di incendio. La *tolleranza all'attività* viene di solito definita come la distanza percorsa, o la durata di un'attività (camminare o rimanere in piedi), prima che la fatica o altri sintomi rendano necessario interrompere l'azione. Questa valutazione è importante nella pianificazione della dimissione dell'assistito, per garantire la sua sicurezza al di fuori dell'ospedale.

Valutazione dell'integrità cutanea

Un breve esame della cute (si veda Capitolo 26) fornisce importanti dati sulla storia di infortuni o incidenti di un assistito. Si ispeziona la cute per verificare l'assenza di ecchimosi, tagli, abrasioni e cicatrici. Si prende nota della posizione e della distribuzione delle eventuali lesioni, corredandole con la spiegazione della loro origine fornita dall'assistito. Assistere il degente mentre fa il bagno è non solo un servizio che aumenta il benessere del soggetto, ma anche un'opportunità eccellente per valutare il suo sistema tegumentario.

Valutazione della mobilità

La mobilità può essere valutata ispezionando e palpando i muscoli, le articolazioni e le ossa dell'assistito (Capitolo 25). La valutazione della mobilità articolare in base all'ampiezza del movimento, la valutazione della forza muscolare degli arti e l'osservazione del soggetto durante la deambulazione sono importanti per identificare eventuali rischi legati al mantenimento della sicurezza. Qualsiasi articolazione che mostri una riduzione dell'ampiezza di movimento, e ogni gruppo di muscoli che sia indebolito, riduce la capaci-

tà della persona di evitare pericoli. Per esempio, una persona che soffre di artrite alle ginocchia potrebbe camminare senza rischi su una superficie piana, ma non essere in grado di salire o scendere le scale in caso di emergenza. L'osservazione della postura e del tipo di andatura può fornire importanti informazioni sul grado di stabilità e di equilibrio.

Le informazioni sulle ADL possono essere ottenute interrogando la persona che assiste il soggetto e i familiari, ma devono essere accompagnate, quando possibile, da informazioni ottenute direttamente, attraverso l'osservazione personale. L'infermiere dovrebbe osservare la persona quando si alza dal letto per sedersi in poltrona, e viceversa; nel caso di un assistito più mobile, l'osservazione sarà centrata sugli spostamenti dal letto al bagno, alla cucina, alla porta d'ingresso e al telefono.

Esami e procedure diagnostiche

Esami e procedure diagnostiche sono utilizzate per valutare lo stato di salute di una persona attraverso la valutazione dell'assenza o della presenza di condizioni mediche che possono esporla al rischio di infortuni. Una valutazione neuropsicologica permette di determinare il tipo e l'origine di un'anomalia delle funzioni cognitive. La misurazione della pressione arteriosa, lo svolgimento di un elettrocardiogramma e dei test di funzionalità polmonare permettono di valutare la funzionalità ed eventuali anomalie cardiopolmonari. Alcuni problemi possono essere identificati con specifiche analisi del sangue: l'esame emocromocitometrico e gli esami di funzionalità renale ed epatica, per esempio, rilevano la presenza di un'infezione, di un eventuale danno renale o epatico, e la capacità di eliminare le sostanze tossiche dall'organismo. Gli esami di laboratorio, inoltre, possono misurare la quantità di alcol, droga o piombo presente nel sangue.

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Le diagnosi infermieristiche NANDA-I dell'area della sicurezza includono *Rischio di avvelenamento* e *Rischio di soffocamento* (Herdman, Kamitsuru e Takáo Lopez, 2021). Le diagnosi infermieristiche selezionate sono presentate nella **Tabella 17.2** insieme ad alcuni risultati dell'assistito tratti dalla classificazione NOC dei risultati infermieristici e interventi tratti dalla classificazione NIC degli interventi infermieristici.

PIANIFICAZIONE DEI RISULTATI E DEGLI INTERVENTI

Dopo aver enunciato la diagnosi infermieristica e i fattori correlati, l'infermiere identifica i risultati dell'assistito e gli interventi infermieristici. I risultati attesi comuni per le persone la cui sicurezza è a rischio sono:

- l'assistito identificherà i pericoli reali e i pericoli ambientali che lo espongono a rischi elevati, e li eviterà;
- l'assistito dimostrerà comportamenti adeguati sotto il profilo della sicurezza in funzione dell'ambiente in cui si trova (casa, istituto di cura, luogo di lavoro, luoghi pubblici);
- l'assistito avrà infortuni sempre meno frequenti e sempre meno gravi;
- l'assistito (e il personale infermieristico) identificherà le misure di sicurezza da applicare nell'ambiente di lavoro e diminuirà il numero di infortuni.

Questi risultati saranno personalizzati per riflettere gli specifici bisogni della persona a rischio, e specifici interventi infermieristici contribuiranno al loro conseguimento.



TABELLA 17.2 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NANDA-I SELEZIONATE RELATIVE ALLA SICUREZZA

Diagnosi infermieristiche	Fattori di rischio	Enunciato diagnostico	NOC*	NIC*
Rischio di soffocamento Suscettibilità a un'adeguata disponibilità di aria per l'inspirazione, che può compromettere la salute	Mancata sorveglianza in acqua, fuga di gas, gioco con sacchetti di plastica, piccolo oggetto nelle vie respiratorie, automobile con il motore acceso in un garage chiuso, conoscenza inadeguata delle precauzioni di sicurezza	Rischio di soffocamento correlato ad assenza di precauzioni per la sicurezza da parte dei genitori per i bambini all'interno della casa e in prossimità di acqua	Conoscenze: sicurezza fisica del bambino, Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree, Prestazioni di ruolo genitoriale: sicurezza del neonato e del bambino fino a due anni	Identificazione dei rischi, Gestione dell'ambiente: sicurezza, Guida preventiva alle situazioni critiche, Insegnamento: sicurezza del bambino, Monitoraggio respiratorio, Vie aeree: gestione
Rischio di avvelenamento Suscettibilità a esposizione accidentale o a ingestione di farmaci o sostanze pericolose in dosi tali da compromettere la salute	Accesso a droghe illegali potenzialmente contaminate con additivi velenosi, accesso a prodotti pericolosi, conoscenza inadeguata della prevenzione dell'avvelenamento	Rischio di avvelenamento correlato a sostanze tossiche e farmaci custoditi in armadi senza serratura e a portata di bambini	Controllo dei rischi, Sicurezza: ambiente domestico, Prestazioni di ruolo genitoriale: sicurezza del neonato e del bambino fino a due anni, Comunità: controllo dei rischi di saturnismo	Protezione dai rischi ambientali, Guida preventiva alle situazioni critiche, Gestione dell'ambiente: sicurezza, Riconciliazione della terapia farmacologica

Fonti: Herdman, T.H., Kamitsuru, S. e Takáo Lopez, C., (a cura di) (2021). *NANDA International, Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e Classificazione 2021-2023*. Milano: CEA, Casa Editrice Ambrosiana.

*Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. e Maas, M. (2020). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, 3° edizione italiana sulla 6° edizione in lingua inglese. Milano: CEA, Casa Editrice Ambrosiana.

*Butcher, H., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. e Wagner, C.M. (2020). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, 3° edizione italiana sulla 7° edizione in lingua inglese. Milano: CEA, Casa Editrice Ambrosiana.



PIANO DI ASSISTENZA

L'assistito a rischio di lesione

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Rischio di lesione correlato a disfunzione sensoriale e integrativa che si manifesta con compromissione della mobilità e della capacità di giudizio.

RISULTATO ATTESO PER L'ASSISTITO

Durante le ADL adatterà comportamenti sicuri per la prevenzione degli infortuni.

CRITERI DI RISULTATO PER L'ASSISTITO

- Si serve del campanello per chiedere assistenza ogni volta che deve andare in bagno, dopo essere stato educato dall'infermiere.
- Accende la luce sopra il letto e indossa pantofole antidrucciolo ogni volta che scende dal letto o si alza dalla sedia.
- Identifica modifiche che migliorano la sicurezza dell'abitazione (eliminazione di tappeti non fissati, corrimano lungo i corridoi, migliore illuminazione di corridoi e scale) 24 ore dopo essere stato educato dall'infermiere sulla sicurezza domestica.

INTERVENTI INFERMIERISTICI

1. Posizionare il letto al livello più basso.
2. Mettere il campanello di chiamata a portata di mano dell'assistito; educarlo sull'uso del campanello.
3. Spiegare i requisiti di sicurezza della stanza: assenza di ingombri, assenza di ostacoli sul percorso tra la stanza e il bagno, luce notturna, letti e sedie dotati di freni, campanello di chiamata.
4. Verificare lo stato dell'assistito con frequenti controlli visivi.
5. Usare una cintura di sicurezza per qualsiasi trasferimento se l'assistito non è stabile o ha problemi di equilibrio.
6. Valutare la capacità dell'assistito di servirsi del gabinetto; se necessario, dotare il gabinetto di un sedile rialzato o di maniglie di sicurezza.
7. Aiutare l'assistito nello svolgimento delle pratiche igieniche presso un lavabo con un ampio specchio; incoraggiarlo a esaminare l'ambiente sfruttando tutto il suo campo visivo.
8. Discutere con l'assistito e con il caregiver l'organizzazione dell'abitazione in termini di sicurezza. Suggestire modifiche che possono rendere l'ambiente domestico più sicuro.
9. Esporre la scritta "Non alzarsi da solo. Chiamare aiuto".

MOTIVAZIONE SCIENTIFICA

1. La posizione più bassa riduce la distanza tra letto e pavimento (nel caso l'assistito cada dal letto).
2. Il campanello permette all'assistito di chiedere aiuto.
3. L'assistito e i familiari si sentiranno più sicuri se saranno consapevoli delle strategie che promuovono la sicurezza.
4. L'assistito potrebbe cercare di alzarsi dal letto o dalla sedia senza chiedere assistenza.
5. Una cintura di sicurezza permette di controllare i movimenti dell'assistito senza causare traumi fisici.
6. La persona con debolezza muscolare potrebbe non essere in grado di alzarsi dal sedile del gabinetto. Le maniglie possono aiutare una persona debole a muoversi lentamente e in modo sicuro.
7. Lo specchio permette un riscontro visivo dell'attività, che viene pertanto favorita.
8. È necessario che il soggetto e chi lo assiste prendano parte alla pianificazione riguardante la sicurezza dell'abitazione.
9. Ricordare all'assistito e ai familiari che non deve alzarsi senza aiuto.

VALUTAZIONE

11/10/2021, 13:00 – Ancora scarso equilibrio, necessita di almeno una persona e della cintura di trasporto per gli spostamenti e la deambulazione. Ha tentato di alzarsi da solo anche dopo aver ricevuto le istruzioni. La famiglia è stata educata sul piano di sicurezza. Valutazione domiciliare programmata prima delle dimissioni.

S. Roberts, Infermiere

Risultato atteso

La persona mostrerà abitudini che garantiscono la sicurezza adeguata a una serie di ambienti (domicilio, contesti sanitari, luogo di lavoro, comunità).

POSSIBILI CRITERI DI RISULTATO

- Subito dopo aver ricevuto le indicazioni dell'infermiere, l'assistito utilizza il campanello di chiamata quando ha bisogno di recarsi in bagno.
- Ogni volta che si trasferisce dal letto alla sedia, l'assistito accende la luce sopra il letto, indossa pantofole antidrucciolo e mette gli occhiali.
- L'assistito identifica modifiche che migliorano la sicurezza dell'abitazione (rimozione di tappeti non fissati, corrimano lungo i corridoi, migliore illuminazione di corridoi e scale)

24 ore dopo essere stato educato dall'infermiere sulla sicurezza domestica.

Risultato atteso

La persona sarà soggetta a infortuni meno frequenti e meno gravi.

POSSIBILI CRITERI DI RISULTATO

- La persona prende le necessarie precauzioni in merito alla sicurezza, come dimostrato dall'assenza di cadute o di infortuni durante il ricovero.

Risultato atteso

L'infermiere (e lo staff infermieristico) identificherà le misure di sicurezza da applicare nell'ambiente di lavoro e diminuirà il numero di infortuni.

POSSIBILI CRITERI DI RISULTATO

- Ogni giorno saranno rispettati gli standard stabiliti dalla *Joint Commission* e sarà garantita la sicurezza della persona assistita.
- Nell'ambiente di lavoro sono presenti le risorse materiali e umane adeguate ad assistere la persona in sicurezza e a evitare infortuni al personale durante la mobilitazione della persona assistita; l'ambiente inoltre garantisce che l'assistito possa essere trasferito in sicurezza da un contesto all'altro.

Pensiero critico usando le competenze QSEN

Completato lo studio di questo capitolo, rileggi lo *Scenario clinico* di apertura. Dopo aver assistito ai bisogni immediati di sicurezza del bambino e della sua famiglia, sei preoccupato per la mancanza di un approccio standard all'educazione alla sicurezza da parte della struttura in cui lavori. Considera come puoi soddisfare al meglio la competenza QSEN relativa alla sicurezza nella tua clinica:

Sicurezza. Minimizzare il rischio di danno per l'assistito attraverso l'efficacia del sistema e la competenza professionale del singolo.

- Identifica risorse affidabili e basate sull'evidenza per le informazioni sulla sicurezza per cliniche ambulatoriali.
- È prudente utilizzare risorse incentrate sulle strutture ospedaliere per le strutture ambulatoriali?
- Come ti avvicinerai, in quanto infermiere, alla direzione della clinica per condividere le tue idee sull'implementazione di maggiori risorse e strumenti di sicurezza nell'educazione delle persone assistite?
- In che modo la clinica può monitorare l'efficacia della propria educazione alla sicurezza?

Definizione QSEN ristampata con il permesso di Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131; QSEN Institute. (2018). *QSEN competencies: Definitions and pre-licensure KSAs*. Estratto l'11 dicembre 2018 da: <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas>

PUNTI CHIAVE

- La sicurezza è un bisogno umano basilare, essenziale negli istituti di cura, a casa, sul luogo di lavoro e nella comunità.
- Fattori individuali e ambientali influiscono sulla sicurezza.
- Le conseguenze di una sicurezza ridotta possono essere: cadute, incendi, ustioni, lacerazioni, avvelenamenti, soffocamenti, scosse elettriche, danni da radiazioni, infezioni, allergie, disturbi respiratori, patologie da stress e incidenti stradali.
- I bambini piccoli, le persone anziane e coloro che sono invalidati da alcune patologie o dall'assunzione di alcuni farmaci sono soggetti a un maggior rischio di cadute.
- Le cadute che avvengono negli istituti di cura sono spesso associate al tentativo dell'assistito di recarsi in bagno oppure a una precoce deambulazione dopo una malattia, un trauma o un intervento chirurgico.
- Gli interventi infermieristici per la promozione della salute e della sicurezza comprendono l'educazione dell'assistito e la garanzia di un ambiente sicuro nell'istituto di cura, sul luogo di lavoro, a casa e nella comunità.
- Gli infermieri hanno il compito di informare i genitori sulle capacità dei bambini in relazione allo stadio di sviluppo, e sulle speciali precauzioni da prendere per la loro sicurezza.

- Gli infermieri devono avere familiarità con gli interventi da attuare in caso di emergenze ambientali: tra questi, l'evacuazione in caso di incendio o la stesura di un rapporto d'incidente.
- Gli infermieri devono essere consapevoli dei pericoli per la propria salute e sicurezza presenti nel loro contesto professionale, in modo da prevenire lesioni e malattie.

ESERCIZI DI AUTOVALUTAZIONE**Verifica le tue risposte nell'Appendice A.**

1. Negli ospedali, gli infermieri attuano la prevenzione delle cadute a diversi livelli. Quale delle seguenti opzioni non è un esempio di prevenzione delle cadute praticato da un infermiere?
 - a. Ricordare all'assistito di chiedere aiuto quando deve alzarsi dal letto.
 - b. Posizionare il materasso sul pavimento per prevenire gli infortuni.
 - c. Sviluppare un protocollo organizzativo che preveda ogni ora il controllo del reparto con lo scopo di monitorare i bisogni dell'assistito e il livello di comfort.
 - d. Applicare le contenzioni agli assistiti a rischio di caduta.
2. La baby-sitter di un bambino di 1 anno chiede informazioni sulla sicurezza di questo in automobile. Quale principio guiderà la tua risposta?
 - a. Tenere i bambini rivolti contro il senso di marcia del veicolo il più a lungo possibile.
 - b. I bambini devono essere tolti dai seggiolini per auto il prima possibile.
 - c. Il posto più sicuro per un bambino è il sedile anteriore del veicolo.
 - d. I bambini devono indossare le cinture di sicurezza per adulti il prima possibile.
3. Le persone anziane possono essere maggiormente a rischio di lesioni correlate a fattori fisiologici. Quali dei seguenti sono fattori di rischio rilevanti esclusivi di questa popolazione? Seleziona tutte le voci pertinenti.
 - a. Diminuzione della funzione sensoriale-percettiva e del giudizio cognitivo.
 - b. Alterazioni dovute al consumo di alcol.
 - c. Termoregolazione alterata.
 - d. Effetti collaterali dei farmaci.
 - e. Progressione dell'osteoporosi.
4. Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli dei numerosi pericoli per la sicurezza presenti in ospedale. Quali delle seguenti opzioni rappresentano un rischio per la sicurezza degli infermieri? Seleziona tutte le voci pertinenti.
 - a. Fuoriuscita di soluzioni per la pulizia.
 - b. Somministrazione di chemioterapia.
 - c. Puntura accidentale con ago.
 - d. Assistenza durante la deambulazione e lo spostamento degli assistiti.
 - e. Sistemi di chiamata dell'assistito.
5. A causa di una carenza nel processo di doppio controllo nella somministrazione di un farmaco oppiaceo per il dolore, è stato commesso un errore. L'assistito è sovrasedato ed è necessario contrastare l'effetto degli oppiacei per ristabilire i normali livelli respiratori. Che cosa dovrebbe fare l'infermiere per documentare l'incidente? Seleziona tutte le voci pertinenti.
 - a. Descrivere i fattori che hanno causato l'incidente.
 - b. Documentare la valutazione della persona assistita in seguito all'errore.
 - c. Riportare nella cartella clinica dell'assistito i fattori contribuenti.

Procedura 17.1 Utilizzo dei mezzi di contenzione fisica

Scopo

1. Prevenire che l'assistito si faccia del male strappando tubi o set, oppure prevenire azioni che interferirebbero negativamente con il trattamento.
2. Gestire i comportamenti aggressivi o autodistruttivi che mettono a repentaglio la sicurezza fisica dell'assistito, del personale sanitario e degli altri ospiti.

Materiale occorrente

- Selezionare il mezzo di contenzione più idoneo: camicia, polsiere o cavigliere, manopole o campanelli di allarme.
- Selezionare un mezzo di contenzione adeguato per modello e misura, e che sia il più appropriato possibile alle condizioni dell'assistito.

Valutazione

- Valutare la causa per la quale si considera l'utilizzo dei mezzi di contenzione, individuare misure alternative all'impiego di tali mezzi e cercare di implementare le alternative prima di adottarli.
- Consentire l'utilizzo dei mezzi di contenzione solo con la supervisione di personale sanitario qualificato e per un periodo di tempo ben definito, ottenendo la prescrizione del medico. Prima dell'utilizzo o, in caso di emergenza, al più presto possibile dopo l'applicazione, ottenere il consenso informato dal familiare o dal caregiver dell'assistito. Valutare la presenza di deficit cognitivi o fisici che possono aumentare il rischio di infortuni.
- Valutare la necessità di altro personale per applicare in modo sicuro il mezzo di contenzione.

Procedura

1. Effettuare l'igiene delle mani.
Principio scientifico: Riduce la diffusione di microrganismi.
2. Identificare l'assistito.
Principio scientifico: Garantisce che la giusta persona riceva la giusta valutazione o il giusto trattamento e riduce gli errori.
3. Chiudere la porta o le tende e spiegare la procedura all'assistito.
Principio scientifico: Garantisce la privacy dell'assistito, aumenta l'adesione alla procedura, riduce l'ansia e promuovere il suo apprendimento.
4. Selezionare il mezzo di contenzione più appropriato.
Principio scientifico: Usare il mezzo di contenzione meno restrittivo possibile. La corretta misura è importante per garantire la sicurezza.

Polsiere (o cavigliere) per la contenzione

5. Avvolgere la contenzione attorno alle estremità degli arti posizionando il lato imbottito a contatto con la cute (**Figura 1**).
Principio scientifico: Proteggere la cute da irritazioni.



FIGURA 1 Applicare il mezzo di contenzione ai polsi, facendo attenzione che l'imbottitura sia a contatto della cute.

6. Assicurare la contenzione fermandola con il velcro o con la fibbia (**Figura 2**). Accertarsi che si possano inserire due dita tra il dispositivo e il polso dell'assistito (**Figura 3**).
Principio scientifico: Mantiene un flusso ematico distale adeguato nel sito di applicazione della contenzione.



FIGURA 2 Fermare il presidio.



FIGURA 3 Accertarsi che si possano inserire due dita tra il dispositivo e il polso dell'assistito.

Procedura 17.1 (continua)

Manopole di contenzione

5. Infilare la mano dell'assistito nella manopola. Non è necessario che le dita arrivino a toccare la punta del guanto. Fermare la contenzione allacciando lo strap e il velcro attorno alla parte più stretta del polso. A volte le manopole possono essere legate al letto con una polsiera; tuttavia, sono spesso utilizzate da sole per evitare che l'assistito usi la mano per afferrare (Figura 4).
Principio scientifico: Mantiene un flusso ematico distale adeguato nel sito di applicazione della contenzione. Allacciare la parte più stretta del polso previene la rimozione della manopola.



FIGURA 4 Utilizzo di una manopola.

Camice (camicia) di contenzione

5. Selezionare la taglia corretta e verificare il "fronte" e il "retro" della contenzione. Posizionare il "fronte" della veste sul "fronte" dell'assistito e chiudere la cerniera. Accertarsi che si possano infilare le dita della mano tra la camicia e l'addome dell'assistito.
Principio scientifico: Assicura che la camicia sia della misura giusta e garantisce la corretta applicazione; previene infortuni ed eventuale soffocamento.
6. Assicurare le fibbie a sgancio rapido attorno alla rete o alla struttura del letto e mai al materasso o alle spondine (Figura 5).
Principio scientifico: Il materasso e le spondine possono spostarsi e cambiare la forza e la sicurezza della contenzione. Il meccanismo a sgancio rapido permette di spostare rapidamente l'assistito in caso di emergenza ed è quindi da preferire a semplici nodi per fissare il dispositivo di contenzione (che non deve mai essere fissato con nodi che possono essere complicati da sciogliere).



FIGURA 5 Legare il mezzo di contenzione alla struttura del letto, non al materasso.

7. Monitorare frequentemente l'assistito in contenzione e documentare secondo il protocollo in uso descrivendo il comportamento, gli interventi effettuati e le risposte agli interventi. L'assistito dovrebbe essere valutato "faccia a faccia" dopo un'ora dall'applicazione e in seguito di frequente.
Principio scientifico: Valutare la persona entro un'ora permette all'infermiere di determinare se la contenzione è ben tollerata e di verificare se è ancora necessaria; consente di prevenire gli infortuni.
8. Rimuovere il mezzo di contenzione almeno ogni 2 ore o, se necessario, più spesso. Permettere le attività di vita quotidiana.
Principio scientifico: Controlla le aree di pressione, la tolleranza dell'assistito al dispositivo e la necessità di eliminarlo.

Documentazione

15/6/2021, 14:30 – La signora Sarri ritorna dall'unità di recupero post-anestesia, in seguito a un intervento di sostituzione totale dell'anca, in stato confusionale. Crede di essere a casa e di dover evacuare. Viene rassicurata e informata di essere in ospedale, di avere un catetere e le spondine al letto. Tuttavia, continua a cercare di mettersi seduta. Dopo aver consultato la famiglia e il medico, le viene applicato un mezzo di contenzione ai polsi, in modo da ricordarle che deve chiamare aiuto per potersi alzare. Anche la famiglia è presente e glielo rammenterà. Tra un'ora sarà rivalutata la necessità del mezzo di contenzione.

A. Rossi, Infermiere

Considerazioni sulle fasi della vita**Bambino**

- I bambini sono esposti a un maggior rischio di lesioni causate dai mezzi di contenzione.
- Utilizzare il mezzo di contenzione meno restrittivo necessario a raggiungere il risultato.
- Per i bambini nel primo anno di vita si possono usare fasciature o contenzioni a mummia.

Persona anziana

- Ricordare che con l'invecchiamento la cute perde elasticità e integrità, e diventa più sensibile. Evitare l'utilizzo di nastro adesivo o di mezzi di contenzione che frizionano, in quanto possono danneggiare la cute.
- Una struttura residenziale qualificata potrebbe rifiutare un assistito tenuto in contenzione nelle ultime 24 ore.

Assistenza domiciliare

- Dopo le dimissioni, il mezzo di contenzione può non essere più necessario. I caregiver devono essere avvisati che non è corretto o legale porre sotto contenzione le persone e che possono essere perseguiti penalmente.

Collaborazione intra- e inter-professionale

- Educare gli operatori addetti all'assistenza a osservare lo stato respiratorio, circolatorio e della cute, i cambiamenti dei parametri vitali e altre manifestazioni non usuali.
- Educare lo staff a osservare faccia a faccia i requisiti per la valutazione, come previsto dai protocolli in uso.
- Il medico che prescrive mezzi di contenzione deve rivedere la prescrizione ogni 24 ore. Spesso sono gli infermieri che ricordano al medico che la prescrizione è scaduta.

Ruth F. Craven – Constance J. Hirnle – Christine M. Henshaw

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica

MATERIALI ONLINE

Questo testo è arricchito da numerose risorse digitali.

la Z Ebook

Possibilità di consultare il **testo in versione elettronica**



5 capitoli aggiuntivi in formato PDF



Accesso a una sezione dedicata del sistema di simulazione **Florence** per esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza

Maggiori informazioni sul riguardo della copertina e nelle pagine iniziali del testo.

La settima edizione italiana (traduzione della nona edizione in lingua inglese) del noto testo di Craven, Hirnle e Henshaw dedicato ai principi fondamentali dell'assistenza infermieristica.

L'opera mantiene inalterata la struttura delle precedenti edizioni, basata sul processo di assistenza infermieristica e sui modelli funzionali della salute di M. Gordon. La nuova edizione vede inoltre l'introduzione di nuovi contenuti dedicati alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza, collegati al progetto QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*), e di nuovi casi clinici che consentono di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza con le tassonomie NNN utilizzando il sistema avanzato di simulazione online Florence.

La prima parte del testo è dedicata ai concetti generali, al processo infermieristico e ai concetti e alle competenze cliniche trasversali per l'erogazione dell'assistenza. La seconda parte presenta invece l'assistenza infermieristica clinica nell'ambito dei vari modelli della salute e delle relative funzioni del corpo umano.

Quest'opera si caratterizza per:

- Una trattazione completa e accurata di tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica di base, con riferimenti specifici a tutti i contesti in cui questa viene erogata.
- Lo sviluppo dell'assistenza attraverso le diverse fasi del processo infermieristico con l'utilizzo delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.
- Schemi, inserti e tabelle che organizzano e riassumono le informazioni per facilitarne la comprensione e l'apprendimento.
- 82 procedure cliniche che, anche grazie alle immagini a colori, permettono di acquisire le abilità pratiche fondamentali per la professione infermieristica in modo ancora più semplice e preciso.
- Scenari clinici che consentono di applicare gli argomenti trattati alla realtà dell'assistenza olistica e personalizzata e di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica.
- Mappe concettuali che schematizzano il processo infermieristico riassumendo il ragionamento clinico che sta alla base dello sviluppo dei piani di assistenza.
- Esercizi di applicazione del pensiero critico e quiz a risposta multipla con tutte le risposte riportate in appendice.
- Un importante adattamento alla realtà italiana che consente di vedere gli argomenti trattati nell'ottica del nostro contesto normativo e culturale.

ISBN 978-88-08-68008-2



9 788808 680082

L'edizione originale in lingua inglese è pubblicata da

