

# La persona con infarto miocardico acuto. Studio osservazionale con modello teorico di M. Gordon e tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

## *The patient with heart failure. Observational study with M. Gordon's model and NANDA-I, NOC and NIC taxonomies.*

■ STEFANIA CHIAPPINOTTO<sup>1</sup>, ELISA MARTIN<sup>2</sup>, CRISTINA SANTIN<sup>3</sup>, LUISA ANNA RIGON<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, RSA "San Giuseppe Sereni Orizzonti", Follina (TV)

<sup>2</sup> Infermiere presso Laboratorio BIOS, Treviso (TV)

<sup>3</sup> Tutor Didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova, sede di Conegliano, Azienda ULSS 7, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Dottorando Università degli Studi di Firenze

<sup>4</sup> Presidente di Formazione in Agorà - Scuola di Formazione alla Salute, Padova, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

### RIASSUNTO



**Introduzione:** l'infarto miocardico acuto è una patologia che ha una grande rilevanza nel panorama della sanità a livello mondiale, nazionale e regionale, sia per quanto riguarda l'incidenza che la mortalità. La letteratura internazionale sottolinea la necessità di garantire una pianificazione assistenziale infermieristica attenta ai bisogni di salute della persona nel continuum salute-malattia e di utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato, in particolare le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN), con l'obiettivo di assicurare la qualità delle cure e la sicurezza dell'assistito. Lo scopo principale è descrivere i bisogni di salute della persona con infarto miocardico acuto.

**Materiali e metodi:** lo studio osservazionale è stato condotto utilizzando una scheda di valutazione globale strutturata con gli 11 modelli funzionali di Marjory Gordon e le tassonomie NNN. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il programma informatico Excel.

**Risultati:** sono stati osservati 20 assistiti ricoverati presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) dell'Ospedale di Conegliano (Treviso) nel periodo di tempo compreso tra il 9 luglio 2015 e il 30 agosto 2015. Dai dati raccolti con le schede di valutazione globale dei bisogni di salute della persona, sono state identificate le diagnosi infermieristiche NANDA-I più frequenti, i principali risultati infermieristici NOC e i più frequenti interventi infermieristici NIC. Infine, l'analisi dei dati ha permesso anche di valutare i principali collegamenti tra le diagnosi NANDA-I, i NOC ed i NIC.

**Discussione e conclusioni:** i risultati dello studio evidenziano che l'utilizzo della pianificazione assistenziale strutturata con il modello infermieristico di M. Gordon ed il linguaggio tassonomico NNN permettono di leggere i bisogni di salute della sfera fisiologica, relazionale e psicosociale della persona in un'ottica di sicurezza e di qualità delle cure.

**Parole chiave:** Sindrome coronarica acuta, diagnosi infermieristiche NANDA-I, classificazione dei risultati infermieristici NOC, classificazione degli interventi infermieristici NIC, collegamenti NNN.

### ABSTRACT



**Introduction:** heart failure has a large relevance in worldwide, national and regional healthcare, both for incidence and for mortality. International literature shows the importance of ensure a care nursing plan focused on patient health needs and a standardized nursing language such as NANDA-I, NOC and NIC (NNN) taxonomies to guarantee care quality and patient security. The principal aim is to describe health needs of patient with myocardial infarction.

**Method:** the observational study used a global assessment form with 11 Marjory Gordon's Functional Health Patterns and NNN taxonomies. Data was analyzed with Excel.

**Results:** twenty patients hospitalized in Conegliano Cardiac Intensive Care Unit (Treviso) were observed since the 9<sup>th</sup> July to 30<sup>th</sup> August 2015. From data collected with global assessment form, more frequently NANDA-I nursing diagnosis, principal nursing NOC and more frequent nursing NIC were retrieved. Finally, data analysis allows the valuation of principle connections between NANDA-I diagnosis, NOC and NIC.

**Discussion and conclusion:** results show that the use of a care planning with nursing Gordon's model and NNN taxonomies allows an interpretation of physiological, relational and psychosocial health needs with a view of sure and quality care.

**Key words:** Acute coronary syndrome, NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification (NOC), nursing interventions classification (NIC), NNN linkages.

**ARTICOLO ORIGINALE**

 PERVENUTO IL 19/07/2016  
 ACCETTATO IL 20/02/2017

**Corrispondenza per richieste:**

 Stefania Chiappinotto  
 chiappi1993i@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

**INTRODUZIONE**

Numerose sono le definizioni in letteratura della sindrome coronarica acuta (nel ICD-10 codificato come I21), la quale può essere classificata come infarto miocardico acuto con tratto ST sopraslivellato (STEMI, *ST Elevation Myocardial Infarction*) o senza tratto ST sopraslivellato (NSTEMI, *Non ST Elevation Myocardial Infarction*), secondo il tracciato dell'elettrocardiogramma. Questa patologia ha un forte impatto a livello economico per le organizzazioni, correlato ai giorni di degenza, alla complessità assistenziale, all'utilizzo di indagini diagnostiche, alla somministrazione di farmaci e procedure invasive.

Le linee guida del 2013 e del 2010 pubblicate dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) rappresentano il gold standard per la gestione dell'infarto miocardico acuto e danno delle indicazioni, secondo le migliori evidenze scientifiche a disposizione, per la presa in cura della persona nel contesto assistenziale.<sup>1,2</sup>

Questa sindrome rappresenta la causa più frequente di mortalità e morbilità nel mondo. I dati EUROSTAT del 2012 evidenziano che in Europa 254.968 persone sono morte a causa di infarto, di cui 146.448 uomini e 108.483 donne.<sup>3</sup> I dati ISTAT del 2012 mettono in luce che in Italia i decessi per infarto del miocardio sono stati 27.410, di cui 15.212 uomini e 12.198 donne. Nel Veneto, i dati del 2012 registrano 2.397 morti, di cui 1.296 uomini e 1.101 donne.<sup>4</sup>

Il Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016 sottolinea che le malattie del sistema cardiocircolatorio causano il 33% dei decessi per gli uomini e il 41% per le donne, anche se la mortalità per cardiopatie ischemiche segue un trend che negli ultimi anni è in netto calo. Si riporta che *"l'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'efficiente organizzazione sanitaria per garantire tempestivamente le cure più efficaci"*.<sup>5</sup>

I dati epidemiologici della Regione Veneto evidenziano che anche nell'U.O. dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica l'infarto è la diagnosi medica più frequente. Nello specifico, i dati del 2013 evidenziano che i ricoveri per infarto miocardico sono stati complessivamente 363 di cui 162 per STEMI. Dei 162 casi, 154 sono stati curati con l'intervento di angioplastica. Il 70% delle 363 persone ricoverate

erano maschi e l'età media era di 68 anni. Rispetto a tutto ciò, la letteratura internazionale sottolinea la necessità di garantire la sicurezza dell'assistito e la qualità delle sue cure, le quali si ottengono attraverso la realizzazione di un piano assistenziale infermieristico che utilizzi un linguaggio standardizzato attento ai bisogni di salute della persona.

In particolare, la teorica americana Marjory Gordon ha strutturato uno strumento di valutazione globale dei bisogni di salute della persona che indaga 11 modelli funzionali.<sup>6</sup> *"D'altra parte, il quadro concettuale dei modelli funzionali della salute era stato sviluppato scientificamente per standardizzare la struttura della valutazione iniziale infermieristica. Il modello orienta gli infermieri nella raccolta della storia di vita e nell'effettuazione dell'esame fisico, fornisce gli elementi da valutare e una struttura per organizzare i dati raccolti durante la valutazione iniziale"*.<sup>7</sup> Accanto al modello teorico infermieristico a supporto della pianificazione, vi sono le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN).

Park nel suo studio sottolinea come utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato permetta di chiarire le definizioni dei fenomeni del nursing e di parlare delle cure infermieristiche consentendo agli infermieri e agli altri care providers di utilizzare la stessa terminologia per descrivere i problemi dell'assistito, gli interventi infermieristici e gli outcomes nei vari setting, sia nazionali che internazionali.<sup>8</sup>

In merito all'assistenza infermieristica, Smeltzer<sup>9</sup> sottolinea come questa abbia un ruolo centrale nel continuum assistenziale della persona sia nella fase acuta, che in quella cronica o post acuzia. Nella fase acuta l'obiettivo della presa in cura è ridurre ed alleviare il dolore toracico, garantire un miglioramento della funzione respiratoria ed il mantenimento di un'adeguata perfusione dei tessuti, ridurre la possibile insorgenza dell'ansia ed, infine, monitorare e trattare eventuali complicanze. Nella fase post acuta e nella fase cronica, lo scopo della pianificazione assistenziale infermieristica è promuovere la cura e l'autocura dell'assistito attraverso dei progetti educativi.

Park<sup>10</sup>, nel suo studio che ha come soggetto le persone anziane con infarto miocardico, afferma che riuscire a capire quali

sono gli interventi infermieristici migliori rispettivamente a diagnosi specifiche può aiutare gli infermieri a compiere decisioni cliniche più adatte e, potenzialmente, a migliorare gli outcomes. Continua affermando che gli infermieri svolgono un ruolo chiave nel permettere agli assistiti di raggiungere gli esiti di salute attesi, ma spesso questi sforzi rimangono nascosti: studi che hanno l'obiettivo di realizzare un database costruito usando un linguaggio standardizzato danno la possibilità di evidenziare il grande lavoro svolto da questi professionisti.

Azzolin et al.<sup>11</sup> affermano che le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC sono ormai utilizzate nel 50% delle pubblicazioni della letteratura, ma evidenziano il fatto che solamente la metà di questi studi riporta l'adozione di tali strumenti nella pratica infermieristica. Queste tassonomie sono descritte in maniera ottimale in letteratura, ma vengono testate poco nella pratica clinica.

Infine, Hernández et al.<sup>12</sup> sostengono che le classificazioni NNN hanno la potenzialità di ottenere il dominio in tutti i setting infermieristici: esse sono molto utili nel descrivere i bisogni umani di base e le cure infermieristiche nella pratica clinica. Aggiungono, inoltre, che molti studi hanno associato il sistema NNN con le diagnosi mediche o i DGR, dimostrando come le prime offrissero informazioni complementari riguardo la condizione dell'assistito che permettevano, poi, di predire i risultati di salute e l'uso di specifiche risorse.

L'unità operativa UTIC dell'Ospedale di Conegliano offre 11 posti letto, di cui 5 di terapia intensiva e 6 di terapia sub-intensiva e rappresenta il centro strategico per la presa in cura delle persone con infarto miocardico acuto dell'Azienda ULSS 7, nonché dell'Azienda ULSS 1 (zona del Bellunese).

Gli obiettivi principali dello studio sono:

1. analizzare e descrivere i bisogni di salute della persona con diagnosi medica di infarto miocardico acuto,
2. progettare un piano assistenziale infermieristico personalizzato in base ai bisogni di salute della persona di competenza infermieristica, individuando quali sono le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati sensibili all'assistenza infermieristica NOC e gli interventi NIC più frequenti in modo da permettere al personale infer-

mieristico di operare nella corretta direzione, in una visione olistica di un'assistenza personalizzata.

Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda ULSS 7 e dall'Università degli studi di Padova.

Le informazioni raccolte sono state trattate nel rispetto delle norme di buona pratica clinica e della normativa sulla privacy.

## MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione di letteratura nei principali siti di associazioni inerente l'area critica e la terapia intensiva coronarica e in riviste e banche dati internazionali, quali PubMed e Scopus, per approfondire la patologia, le problematiche assistenziali associate e la loro gestione infermieristica con le tassonomie NNN. Da questa ricerca bibliografica sono stati considerati solo gli articoli scientifici pertinenti e pubblicati in lingua inglese e italiana dal 2000 al 2015. Da 38 articoli, ne sono stati inclusi nella ricerca 10.

Lo studio osservazionale è stato condotto utilizzando una scheda di valutazione globale strutturata con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon, la tassonomia NANDA-I per la formulazione delle diagnosi infermieristiche, la tassonomia NOC per gli *outcomes* e gli indicatori di risultato infermieristici misurabili e la tassonomia NIC per gli interventi infermieristici e le rispettive attività.<sup>7,13,14</sup>

**I criteri d'inclusione** del campionamento definiti sono stati: diagnosi medica di IMA, DRG alla dimissione strettamente correlato alla cura dell'IMA, assistiti coscienti e collaboranti, senza limite di età, degenza minima di due giorni.

**I criteri di esclusione** definiti sono stati: la non adesione alla sperimentazione e l'impossibilità nel raccontare la propria storia.

I dati delle persone coinvolte nello studio sono stati raccolti consultando la documentazione clinica ed ascoltando la narrazione biografica della persona assistita nella sua stanza di degenza.

In un secondo tempo, in linea con le fasi del processo diagnostico-assistenziale infermieristico, con il supporto della letteratura e dei testi dedicati alla pianificazione infermieristica e con l'utilizzo del linguaggio standardizzato NNN, sono state enunciate per ciascun campione della popolazione considerata le diagnosi infermieristiche NANDA-I, valutando con accuratezza la diagnosi infermieristica prioritaria e quelle secondarie per ciascun assistito. Il processo assistenziale prevede che l'infermiere sia responsabile del piano assistenziale, abbia autonomia decisionale

Tabella I - Principali risultati estrapolati dalla scheda di valutazione globale

MODELLO TEORICO		
M. GORDON: CLASSIFICAZIONE 11 MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE		
N	Modelli	Dati rilevati
1	<b>Modello di percezione e di gestione della salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 25% delle persone fumava prima del ricovero;</li> <li>quasi nessuno si sottoponeva a screening preventivi (solamente una persona ha dichiarato di farlo);</li> <li>gran parte (80%) faceva controlli medici periodici e tutti aderivano alle cure prescritte.</li> </ul>
2	<b>Modello nutrizionale e metabolico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 20% degli assistiti era obeso e il 35% in sovrappeso;</li> <li>il punteggio della scala Braden ha rivelato che l'85% delle persone non era a rischio di lesioni da decubito e solo il 15% era a basso rischio.</li> </ul>
3	<b>Modello di eliminazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una persona ha dichiarato di avere nicturia e una di avere un'incontinenza urinaria;</li> <li>tre persone faticavano a raggiungere il bagno;</li> <li>l'unico presidio utilizzato per l'incontinenza era il pannolone.</li> </ul>
4	<b>Modello di attività e di esercizio fisico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 50% delle persone aveva dispnea da sforzo e il 10% anche a riposo;</li> <li>il 50% ha dichiarato di sentirsi affaticato e il 60% di percepire stanchezza;</li> <li>solamente il 50% ha affermato di avere un alto grado di soddisfazione nella cura di sé, mentre il 35% era discretamente soddisfatto e il 15% non era soddisfatto.</li> </ul>
5	<b>Modello di riposo e di sonno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 35% degli assistiti ha dichiarato che il proprio sonno non era profondo;</li> <li>il 50% ha detto che aveva difficoltà ad addormentarsi (le situazioni di disturbo sono risultate essere il suono dei monitor, le voci, le attività assistenziali e i compagni di stanza);</li> <li>il 40% aveva risvegli notturni (tra i 3 e i 9);</li> <li>40% ha affermato che la qualità del riposo non era buona.</li> </ul>
6	<b>Modello cognitivo e percettivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 30% delle persone ha affermato di avere dolore, di cui per 2 assistiti su 6 era acuto, per gli altri 4 era cronico;</li> <li>5 ricoverati su 6 assumevano terapia antidolorifica.</li> </ul>
7	<b>Modello di percezione di sé - di concetto di sé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 75% delle persone ha affermato di essere preoccupato per il ricovero o per la malattia, il 35% per i cambiamenti presenti o attesi del corpo, il 30% per la perdita di parti o funzioni e il 40% per il possibile cambiamento;</li> <li>il 45% aveva uno stato d'ansia moderato.</li> </ul>
8	<b>Modello di ruoli e di relazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le persone a cui si appoggiano gli assistiti sono generalmente i partner e i figli, che solitamente possono dedicare del tempo per l'assistenza e che nel 75% dei casi risultano molto preoccupati per i loro cari.</li> </ul>
9	<b>Modello di sessualità e di riproduzione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nessuno ha dichiarato di avere avuto cambiamenti nella sessualità.</li> </ul>
10	<b>Modello di coping e di tolleranza allo stress</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il 55% delle persone ha dichiarato di risolvere le situazioni difficili con il supporto di altre persone, il 35% di risolverle da solo e il 10% di non riuscire a risolverle per nulla.</li> </ul>
11	<b>Modello di valori e di convinzioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gran parte delle persone non riteneva importante la religione;</li> <li>il 59% ha riferito di non aver percepito cambiamenti dopo l'evento.</li> </ul>

**Tabella II - Diagnosi NANDA-I**

Codice NANDA-I 2015-2017	Denominazione diagnosi	N°
00146	ANSIA	15
00214	BENESSERE COMPROMESSO	12
00092	INTOLLERANZA ALL'ATTIVITÀ	11
00061	TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER	8
00198	MODELLO DI SONNO DISTURBATO	8
00233	SOVRAPPESO	7
00062	RISCHIO DI TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER	4
00232	OBESITÀ	4
00099	MANTENIMENTO DELLA SALUTE INEFFICACE	3
00162	DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE LA GESTIONE DELLA SALUTE	3

**Tabella III - NOC**

Codice NOC	NOC	N°
1211	LIVELLO DI ANSIA	22
2008	STATO DI BENESSERE	8
1212	LIVELLO DI STRESS	7
2011	STATO DI BENESSERE: PSICOSPIRITUALE	6
0002	CONSERVAZIONE DELL'ENERGIA	4
1402	AUTOCONTROLLO DELL'ANSIA	4
1605	CONTROLLO DEL DOLORE	4
2102	LIVELLO DI DOLORE	4
0200	DEAMBULAZIONE	3
1300	ACCETTAZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	3

**Tabella IV - NIC**

Codice NIC	NIC	N°
5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	17
5240	COUNSELING	10
5230	MIGLIORAMENTO DEL COPING	9
5340	PRESENZA	7
0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	6
1400	GESTIONE DEL DOLORE	6
5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	6
7040	SOSTEGNO DEL CAREGIVER	6
5270	SOSTEGNO EMOZIONALE	5
6480	GESTIONE DELL'AMBIENTE	5

e collabori con altre figure professionali ove necessario.

Rispetto alla diagnosi infermieristica primaria e alle diagnosi infermieristiche secondarie, sono stati individuati i NOC più appropriati in relazione all'assistito, identificando,

anche, i relativi indicatori misurabili, prevedendo una valutazione degli stessi ad un tempo  $T_p$ , che corrispondeva al giorno della valutazione globale dell'assistito, e successivamente ad un tempo  $T_r$ , che coincideva, generalmente al giorno successivo alla valu-

tazione iniziale.

Infine, sono stati identificati e scelti i NIC più adeguati che assicurassero maggior efficacia ed efficienza nel garantire i risultati di salute per la persona; per ciascun NIC sono stati selezionati due attività tra quelle proposte dalla letteratura. Tutti i dati sono stati processati utilizzando il programma Excel.

I limiti dello studio sono correlati alla limitata numerosità del campione coinvolto ed al breve tempo dedicato alla raccolta dati.

## RISULTATI

Il campione preso in considerazione era composto da 20 assistiti, 5 donne e 15 uomini, intervistati nel periodo di tempo compreso tra il 9 luglio e il 30 agosto 2015.

Di questi, il 95% era italiano (solo una persona è di nazionalità macedone), con un'età media di 65.3 anni (per le donne età media 78.2, range 17, DS 8.17; per gli uomini età media 60.9, range 45, DS 14.96).

Per quanto riguarda la diagnosi medica di accesso, il 65% era stato ricoverato per infarto miocardico acuto NSTEMI, mentre il 35% per STEMI. La degenza media è stata di 4.2 giorni (range 8, deviazione standard campionaria 1.93).

Molti assistiti, al momento del ricovero, presentavano un quadro clinico caratterizzato da comorbidità e, in particolare: il 75% soffriva di ipertensione arteriosa, il 40% era diabetico, il 10% aveva un'insufficienza renale cronica trattata con dialisi intermittente, il 15% aveva un'ipercolesterolemia e il 15% di lipidemia.

Infine, i farmaci assunti prima del ricovero erano: al 70% antipertensivi, al 60% farmaci antitrombotici, al 40% agenti ipolipemizzanti, al 35% antidiabetici, al 30% analgesici, al 20% antinfiammatori.

I principali risultati estrapolati dall'analisi dei dati raccolti dalla tabulazione informatica della scheda di valutazione globale infermieristica con gli 11 modelli di salute di Marjory Gordon sono riassunti nella **Tabella I**.

Le principali diagnosi infermieristiche NANDA-I non riguardano tanto la sfera fisica, come si potrebbe pensare, ma sono inerenti soprattutto a quella psicologico-emotiva. (**Tabella II**)

In linea con le diagnosi infermieristiche NANDA-I enunciate, i dieci NOC principali scelti ed i NIC principali sono riportati nella **Tabella III** e **IV**. Anch'essi sottolineano l'importanza che riveste la sfera psicologica ed emotiva nell'assistito con infarto miocardico acuto.

Nella **Tabella V** viene riportato un esem-

Tabella V - Collegamenti NNN

Diagnosi NANDA-I 2015-2017		NOC associato alla diagnosi		N°	NIC associato alla diagnosi		N°
00146	ANSIA	1211	LIVELLO DI ANSIA	14	5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	12
		2008	STATO DI BENESSERE	6	5230	MIGLIORAMENTO DEL COPING	5
		1402	AUTOCONTROLLO DELL'ANSIA	3	5340	PRESENZA	5
		1212	LIVELLO DI STRESS	3	5240	COUNSELING	4
		2011	STATO DI BENESSERE: PSICOSPIRITUALE	3	7560	FACILITAZIONE DELLE VISITE	3
		1305	ADATTAMENTO PSICOSOCIALE AI CAMBIAMENTI DELLA VITA	2	5270	SOSTEGNO EMOZIONALE	2
		1300	ACCETTAZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	2	5900	DISTRAZIONE	1
		1302	COPING	2			
		1308	ADATTAMENTO ALLA PROPRIA DISABILITA' FISICA	1			

prio di collegamento NNN per la diagnosi principale (Ansia) rispetto il campione selezionato ed i bisogni di salute valutati per le persone coinvolte nello studio osservazionale.<sup>15</sup>. Ciò dimostra l'estrema flessibilità di questo sistema, che si modella rispetto a ciò che l'assistito percepisce come principalmente importante per sé stesso.

## DISCUSSIONE

Il campione analizzato era prevalentemente composto da persone di genere maschile (75%), con un'età media piuttosto bassa per gli uomini e decisamente più elevata per le donne.

Le patologie prevalentemente riscontrate già presenti all'accesso rispecchiano i fattori di rischio per la malattia in considerazione, se si valuta che un quarto degli assistiti (5 persone) era fumatore e che più della metà era sovrappeso (7) o francamente obeso (4).

Delle 20 persone oggetto del campione, 12 assistiti hanno riportato un senso di stanchezza e di affaticamento, fino alla dispnea da sforzo o anche da riposo dopo l'evento e questo, sommato a molti altri fattori, ha portato a dichiarare nella metà dei casi di non sentirsi soddisfatto per la gestione della propria cura di sé. Ciò può rendere molto più difficoltosa l'aderenza alle cure da parte dell'assistito e, di conseguenza, può ritardare o mettere in difficoltà la buona riuscita della dimissione ospedaliera. Inoltre, se la persona non verrà informata sul fatto che questa situazione è, per la maggior parte delle volte, temporanea, si accrescerà quel senso di ansia, già presente dal momento dell'evento

cardiovascolare. Da qui, come sottolineano Rodríguez-Gázquez et al., risulta essenziale una corretta informazione ed una giusta educazione nei confronti dell'assistito.<sup>16</sup>

Altro dato molto ricorrente è stato la cattiva qualità del sonno, i molti risvegli notturni e la presenza di situazioni disturbanti, in primis monitor che suonano, voci e attività assistenziali. Anche se è vero che l'ambiente della terapia intensiva ostacola molto il sonno, alcune condizioni possono però essere evitate: ad esempio possono essere eliminati gli allarmi superflui dei monitor, si può parlare a voce bassa e gestire le attività infermieristiche in modo da permettere un periodo di sonno adeguato alla persona in modo da migliorare la soddisfazione in questo modello.<sup>17</sup>

Tra gli intervistati, 6 assistiti hanno dichiarato di sentire dolore, sia cronico che acuto e dei 5 che assumevano una terapia, solo per un assistito risultava ben controllato (VAS pari a 1): gli altri hanno affermato di avere un dolore moderato (due persone hanno indicato una VAS pari a 6) o severo (VAS pari a 7 e 8). Questo può essere indice di uno scarso trattamento del dolore, soprattutto quando è cronico e si dovrebbe, quindi, pensare ad una nuova e più corretta gestione di questo sintomo in modo da permettere alla persona una migliore conduzione delle sue attività quotidiane.

Un altro dato rilevante è lo stato di preoccupazione con cui i ricoverati per infarto miocardico acuto si ritrovano a convivere, sommato all'apprensione dei familiari che stanno loro vicino: questi elementi creano una situazione di forte tensione, che deve

essere gestita al meglio, considerato anche che la degenza è breve e che alla dimissione l'assistito dovrà risultare sufficientemente informato e tranquillo. Fondamentale sarà fornire la corretta educazione anche ai caregiver che, una volta a domicilio, daranno il corretto appoggio alla persona, diventando caregiver competenti nella cura dei loro cari, e sapranno gestire le situazioni di emergenza, qualora si ripresentassero.<sup>18</sup>

Si riprende, allora, perché le diagnosi NANDA-I individuate non siano appartenenti ai domini fisiologici, fatta eccezione per le diagnosi infermieristiche *Intolleranza all'attività* e *Sovrappeso*, bensì appartengono alla sfera psicologica/relazionale.

*L'Ansia, Benessere compromesso, Tensione nel ruolo di caregiver e Modello di sonno disturbato* sono le diagnosi più frequenti nel campione selezionato, alle quali sono state collegate i risultati NOC ed gli interventi NIC più appropriati.

Lo studio sottolinea come un attento ascolto attraverso la narrazione e la valutazione dei bisogni di salute, utilizzando un modello teorico ed un linguaggio infermieristico standardizzato, permetta di garantire un'assistenza personalizzata, attenta a pianificare, gestire ed attuare degli interventi infermieristici in linea con i risultati di salute attesi, rafforzando l'attenzione per gli aspetti psicologici, spirituali ed emozionali in una logica di condivisione del piano di cura con l'assistito stesso, attore pro-attivo del suo percorso di salute.

Inoltre, le tassonomie sopra citate danno la possibilità di migliorare la comunicazione tra gli infermieri e gli altri professionisti della sa-

lute e la documentazione assistenziale ai fini di valutare i risultati di salute dell'assistenza, di garantire una miglior aderenza agli standard di cura definiti dalle politiche della salute ed aumentare la visibilità della professione, promuovendo lo sviluppo della ricerca e della diffusione della disciplina infermieristica.

## CONCLUSIONI

I risultati evidenziano come l'utilizzo della pianificazione assistenziale strutturata con il modello teorico di M. Gordon ed il linguaggio tassonomico NNN permettano di leggere e rispondere ai bisogni di salute della sfera fisiologica, psicosociale e relazionale della persona in un'ottica di sicurezza, di qualità e di cure costanti e continue, nonché di descrivere l'assistenza infermieristica concordata con la persona.

Lo studio sottolinea come il prendersi cura della persona richieda all'infermiere di essere presente, di esprimere le proprie conoscenze teoriche scientifiche approfondite, il pensiero critico, la competenza professionale clinica ed l'autonomia di valutazione al fine di prendere le migliori decisioni per la sicurezza e la salute dell'assistito in un'ottica di completa responsabilità.

Questo lavoro vuole essere uno stimolo e un contributo per implementare la pianificazione assistenziale infermieristica nella pratica clinica e sviluppare ulteriori studi che supportino la ricerca in questo ambito.

## BIBLIOGRAFIA

1. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Myocardial infarction with ST-segment elevation: The acute management of myocardial infarction with ST-segment elevation*. 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg167> [30 agosto 2015].
2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Unstable angina and NSTEMI: The early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction*. 2010. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg94> [30 agosto 2015].
3. EUROSTAT. *Causes of death - Deaths by country of residence and occurrence*. 2015 Aug. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [30 agosto 2015].
4. ISTAT. *Mortalità per territorio di residenza*. 2015 Aug. <http://dati.istat.it/> [30 agosto 2015].
5. BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE VENETO. *Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*. 2012 Jul 6. <http://bur.regione.veneto.it/Burv-Services/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095> [30 agosto 2015].
6. GORDON M. *Diagnosi infermieristiche*. Milano: CEA- Casa Editrice Ambrosiana; 2008.
7. HERDMAN TH, KAMITSURU S. *Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione 2015-2017*. Milano: CEA- Casa Editrice Ambrosiana; 2015.
8. PARK H. *Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure*. *Int J Nurs Knowl*. 2014 Feb;25(1):30-38.
9. SMELTZER SC, BARE BG, HINKLE JL. *Brunner Sudarth. Infermieristica medico-chirurgica*. Milano: CEA- Casa Editrice Ambrosiana; 2010.
10. PARK H. *Nursing-Sensitive Outcome Change Scores for Hospitalized Older Adults with Heart Failure. A Preliminary Descriptive Study*. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(4):234-241.
11. AZZOLIN K, MUSSI CM, RUSCHEL KB DE SOUZA EN, DE FATIMA LUCENA A, RABELO-SILVA ER. *Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC*. *App Nurs Res*. 2013 Aug;26(4):239-244.
12. HERNÁNDEZ PE, HERMOSO PM, FRAILE EG, SANTOS B, GONZÁLEZ-VARGAS JA, RAPOSO IF, GIRÓN-GARCÍA JL, MANSO MG. *A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders*. *App Nurs Res*. 2014 May.
13. MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS ML, SWANSON E. *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. Milano: CEA- Casa Editrice Ambrosiana; 2013.
14. BULECHEK GM, BUTCHER HK, DOCHTERMAN JM, WAGNER CM. *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana; 2014.
15. JOHNSON M, MOORHEAD S, BULECHEK G, BUTCHER H, MAAS ML, SWANSON E. *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC*. Milano: CEA- Casa Editrice Ambrosiana; 2014.
16. RODRIGUEZ-GAZQUEZ MDE L, ARREDONDO-HOLGUÍN E, HERRERA-CORTÉS R. *Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012 Mar-Apr;20(2):296-306.
17. ELLIOTT R, MCKINLEY S, CISTULLI P, FIEN M. *Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study*. *Crit care*. 2013 Mar 18; 17(2):R46.
18. ZAMPIERON A, ALDO S, CORSO M. *A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients Admitted to a Cardiology Rehabilitation Unit*. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011 Oct-Dec;22(4):148-156.