



Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica

**Tesi di Laurea**

**La persona con infarto miocardico acuto.  
Studio osservazionale  
con modello teorico M. Gordon e  
tassonomie NANDA-I, NOC e NIC  
nell'UTIC dell'Azienda ULSS 7.**

**Relatore:** Dott.ssa Santin Cristina

**Correlatore:** Dott.ssa Rigon Luisa Anna

**Laureanda:** Chiappinotto Stefania

**Matr.** 1048002

**Anno Accademico 2014-2015**

*Spesso s'incontra il proprio destino  
nella via che s'era presa  
per evitarlo.*

*(Jean de La Fontaine)*

# **INDICE**

## **PRESENTAZIONE**

## **SINTESI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE**

<b>INDAGINE EPIDEMIOLOGICA</b>	<b>p. 1</b>
<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>p. 1</b>
1.1 Descrizione di come ha avuto origine il lavoro	p. 1
1.2 Scopo e finalità della tesi	p. 1
1.3 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro	p. 1
<b>2. QUADRO TEORICO</b>	<b>p. 3</b>
2.1 Rilevanza del problema per la professione	p. 3
2.2 Contesto in cui si sviluppa il problema	p. 4
2.3 Rassegna critica della letteratura disponibile	p. 6
<b>3. SCOPO DELLO STUDIO</b>	<b>p. 9</b>
3.1 Scopo dello studio e domande di ricerca	p. 9
<b>4. MATERIALI E METODI</b>	<b>p. 11</b>
4.1 Disegno dello studio	p. 11
4.2 Campionamento	p. 11
4.3 Setting	p. 12
4.4 Attività di raccolta dati	p. 12
4.5 Strumenti di misura	p. 12
4.6 Affidabilità della raccolta dati	p. 12
4.7 Analisi dei dati	p. 13
<b>5. RISULTATI</b>	<b>p. 15</b>
5.1 Descrizione del campione	p. 15
5.2 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi	p. 15
<b>6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b>	<b>p. 19</b>
6.1 Discussione	p. 19
6.2 Limiti dello studio	p. 20
6.3 Raccomandazioni	p. 21
6.4 Implicazioni per la pratica	p. 21

## **BIBLIOGRAFIA**

### **ALLEGATI**

- Allegato 1.** Tempogramma delle attività – Gantt
- Allegato 2.** Revisione bibliografica della letteratura
- Allegato 3.** Scheda di valutazione globale con gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon
- Allegato 4.** Diagnosi infermieristiche NANDA-I
- Allegato 5.** NOC principali in relazione alle diagnosi principali e secondarie
- Allegato 6.** NIC principali in relazione alle diagnosi principali e secondarie
- Allegato 7.** Collegamenti NNN

### **RINGRAZIAMENTI**

## PRESENTAZIONE

Durante il percorso formativo del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova - sede di Conegliano, ho avuto l'occasione di fare un'esperienza di tirocinio presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dell'Ospedale Civile di Conegliano, Azienda Socio Sanitaria ULSS 7, dove ho potuto osservare alcuni aspetti dell'arte infermieristica: innanzitutto, ho notato che il modello assistenziale implementato nell'Unità Operativa è per compiti e che il personale infermieristico, nel prendersi cura delle persone, utilizza prevalentemente come strumenti operativi linee guida, protocolli e procedure elaborati nel corso degli anni dall'Azienda stessa; inoltre, ho osservato che gli infermieri documentano le cure assistenziali all'interno del diario clinico, utilizzando un linguaggio infermieristico scientifico, ma non standardizzato, riportando le principali attività assistenziali effettuate, nonché le fondamentali informazioni di carattere sanitario raccolte durante la visita del medico al letto dell'assistito.

Questa esperienza clinica e la partecipazione agli insegnamenti di metodologia del nursing, durante le lezioni accademiche, hanno rinforzato il mio interesse per la tematica della pianificazione assistenziale attenta ai bisogni, ai desideri della persona e al raggiungimento dei risultati di salute per l'assistito.

Infine, la preziosa opportunità offertami dal Corso di Laurea di prendere parte ad alcuni eventi formativi e seminari, organizzati da Formazione in Agorà, Scuola di Formazione alla Salute di Padova, in merito al processo assistenziale e all'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN), mi ha permesso di ampliare e rafforzare le mie conoscenze, alimentando il mio desiderio di strutturare questo elaborato di tesi.

Animata dal personale entusiasmo per l'argomento e supportata da una formatrice esperta del processo assistenziale con i modelli funzionali di Marjory Gordon e delle tassonomie NNN, dalla tutor referente del mio anno accademico e da due infermiere cliniche dell'UTIC, ho iniziato a dar vita al mio progetto.

La **prima fase** del mio studio ha incluso un'analisi epidemiologica mirata delle principali diagnosi mediche dell'UTIC, previa approvazione dell'Azienda per l'utilizzo dei dati.

Nella **seconda fase**, ho condotto una revisione della letteratura per approfondire le problematiche assistenziali associate alla diagnosi di infarto miocardico acuto.

Nella **terza fase**, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla Casa Editrice Ambrosiana (CEA) per poter utilizzare i testi didattici a fini formativi e di studio, ho strutturato una scheda di valutazione globale con gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon, che mi ha permesso di leggere i bisogni di salute della persona in chiave olistica.

Nella **quarta fase**, nel periodo compreso tra luglio ed agosto 2015, ho raccolto i dati riguardo i bisogni di salute delle persone ricoverate in UTIC, sia analizzando le cartelle medico-infermieristiche, sia ascoltando le narrazioni degli assistiti, sia raccogliendo i dati in merito al loro stato di salute utilizzando la scheda di valutazione globale strutturata per descrivere e leggere i modelli funzionali della persona nella sua dimensione olistica. Questa fase si è rivelata un'esperienza meravigliosa: le persone intervistate, forti dell'accoglienza e dell'ascolto che offrivano loro, si sono raccontate, dichiarando apertamente ed in maniera confidenziale le loro emozioni e le loro paure.

Il passaggio dall'universo fisiologico a quello psicologico ed emozionale è avvenuto in un attimo. In questo si racchiude la grande potenza dell'infermieristica: accogliere, ascoltare, leggere e rispondere in modo olistico ai bisogni dell'assistito, considerandolo *persona*, e non *paziente*.

Nella **quinta fase**, ho strutturato una pianificazione infermieristica personalizzata con le tassonomie NNN.

Nella **sesta ed ultima fase**, ho analizzato i dati, utilizzando il programma Excel e li ho esaminati confrontandoli con i dati reperiti in letteratura, elaborando delle considerazioni che sottolineano l'importanza di implementare un piano assistenziale con un modello teorico infermieristico di riferimento e con un linguaggio standardizzato al fine di leggere i bisogni di salute della persona nella sua globalità e di prendersi cura dell'assistito garantendo l'efficacia e l'efficienza dell'agire professionale.

## **SINTESI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE**

**Breve sintesi dello scopo dello studio.** 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.

I dati epidemiologici dell'Azienda ULSS 7 evidenziano che l'infarto è la principale diagnosi medica nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Coronarica e, inoltre, la letteratura internazionale sottolinea la necessità di garantire una pianificazione assistenziale attenta ai bisogni di salute della persona nel continuum salute-malattia e di utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato con l'obiettivo di assicurare la qualità delle cure e la sicurezza dell'assistito. Lo scopo principale della tesi è descrivere i bisogni di salute della persona con infarto miocardico acuto utilizzando una scheda di valutazione globale con gli 11 modelli funzionali di Marjory Gordon e strutturare una pianificazione assistenziale infermieristica personalizzata con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

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

**Risultati.** Sono stati osservati 20 assistiti ricoverati nell'UTIC di Conegliano 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, le **diagnosi infermieristiche NANDA-I** più frequenti sono state: Ansia, Benessere compromesso, Intolleranza all'attività, Tensione nel ruolo di caregiver, Modello di sonno disturbato, Sovrappeso, Rischio di tensione nel ruolo di caregiver e Obesità. I principali risultati infermieristici **NOC** individuati sono stati Livello di ansia, Stato di benessere, Livello di stress e Stato di benessere: psicospirituale, mentre, gli interventi infermieristici **NIC** più frequenti sono stati Riduzione dell'ansia, Counseling, Miglioramento del coping e Presenza.

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 evidenziano che l'utilizzo della pianificazione assistenziale strutturata con il modello di M. Gordon ed il linguaggio tassonomico NNN permettono di leggere i bisogni di salute della sfera fisiologica e psicosociale della persona in un'ottica di sicurezza, di qualità e di cure costanti e continue.







# INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 Descrizione di come ha avuto origine il lavoro

L'elaborato nasce dal desiderio di leggere i bisogni di salute della persona con infarto miocardico acuto con l'obiettivo di individuare i risultati di salute attesi e gli interventi necessari per garantire la qualità delle cure. Analizzando la letteratura internazionale, ho deciso di strutturare una scheda di valutazione globale con gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon e di pianificare l'assistenza utilizzando il linguaggio infermieristico standardizzato NNN, nello specifico:

- la tassonomia NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association-International*);
- la tassonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*) per definire i risultati di salute attesi;
- la tassonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*) per identificare gli interventi e le attività più appropriate per ogni assistito.

### 1.2 Scopo e finalità della tesi

L'obiettivo principale della tesi è individuare e descrivere quali sono i bisogni di salute della persona con diagnosi d'infarto miocardico acuto e predisporre una pianificazione assistenziale infermieristica personalizzata con il supporto di una scheda di valutazione globale strutturata con gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon ed utilizzando il linguaggio infermieristico standardizzato NNN (NANDA-I, NOC e NIC).

### 1.3 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro

Ho strutturato il lavoro in 6 diverse fasi come riportato nel Gantt allegato (**Allegato 1**).

Nella **prima fase**, ho effettuato un'analisi epidemiologica mirata alle diagnosi mediche dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica, esaminando i dati riguardanti la frequenza delle patologie trattate e dei *Diagnosis Related Group* (DRG) nel triennio 2012-2014.

Nella **seconda fase**, ho condotto una revisione della letteratura per approfondire le problematiche assistenziali associate alla diagnosi di infarto miocardico acuto, sia STEMI (*ST*

*Elevation Myocardial Infarction*) che NSTEMI (*Non ST Elevation Myocardial Infarction*). Nello specifico, ho valutato con accuratezza gli aspetti correlati alla pianificazione assistenziale con il linguaggio tassonomico NNN.

Nella **terza fase**, ho predisposto una scheda di valutazione globale strutturata in due principali sezioni:

- una prima parte dedicata alla **narrazione**;
- una seconda parte articolata con gli **11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon** (Percezione e gestione della salute; Nutrizione e metabolismo; Eliminazione; Attività ed esercizio fisico; Sonno e riposo; Cognitivo e percettivo; Percezione di sé e concetto di sé; Ruolo e relazioni; Sessualità e riproduzione; Coping e tolleranza allo stress; Valori e convinzioni).

Nella **quarta fase**, nel periodo compreso tra luglio ed agosto 2015, ho raccolto i dati di salute delle persone ricoverate in UTIC, secondo le seguenti modalità:

- analisi della cartella clinica sanitaria (medico-infermieristica);
- narrazione;
- valutazione globale.

Nella **quinta fase**, ho strutturato una pianificazione assistenziale infermieristica per ogni assistito incluso nello studio, utilizzando le tassonomie NNN.

Nella **sesta ed ultima fase**, ho analizzato i dati, utilizzando il programma Excel e li ho esaminati confrontandoli con i dati reperiti in letteratura.

## 2. QUADRO TEORICO

### 2.1 Rilevanza del problema per la professione

Numerose sono le definizioni in letteratura della sindrome coronarica acuta (nel ICD-10 codificato come I21), la quale, nello specifico, può essere classificata come infarto miocardico acuto con tratto ST sopraslivellato (STEMI, ossia *ST Elevation Myocardial Infarction*) o senza tratto ST sopraslivellato (NSTEMI, ossia *Non ST Elevation Myocardial Infarction*), secondo il tracciato dell'elettrocardiogramma.

Autori come Perugini et al. (2010) la definiscono così: *“L’occlusione parziale o completa del vaso coronarico epicardico dovuto alla rottura di una placca vulnerabile è il meccanismo fisiopatologico che sta alla base dell’evento coronarico acuto. La conseguenza è la riduzione della perfusione coronarica e quindi il danno miocardico”*.

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.

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.

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.”* Sempre secondo questo documento, inoltre, nel 2009 si sono verificati quasi 6.500 episodi di infarto, di cui il 60% era dovuto ad uno STEMI.

In linea con quanto sopracitato, i dati epidemiologici dell’Azienda ULSS 7 evidenziano che anche nell’U.O. dell’UTIC 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 (Oggi Treviso, 2015). 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 (Gordon, 2008). *“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”* (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Accanto al modello teorico infermieristico a supporto della pianificazione, vi sono le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

La **tassonomia NANDA-I** è strutturata con **13 domini** (Promozione della salute; Nutrizione; Eliminazione e scambi; Attività/riposo; Percezione/cognizione; Autopercezione; Ruoli e relazioni; Sessualità; Coping/tolleranza allo stress; Principi di vita; Sicurezza/protezione; Benessere; Crescita/sviluppo), **47 classi** e **235 diagnosi**.

La **tassonomia NOC** comprende **7 domini** (Salute funzionale; Salute fisiologica; Salute psicosociale; Conoscenze e comportamenti relativi alla salute; Salute percepita; Salute della famiglia; Salute della comunità), **32 classi** e **490 risultati**.

Infine, la **tassonomia NIC** è composta di **7 domini** (Fisiologico di base; Fisiologico complesso; Comportamento; Sicurezza; Famiglia; Sistema sanitario; Comunità), **30 classi**, **554 interventi** e più di **13.000 attività**.

Park nel suo studio (2014) 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”*. L'autore, inoltre, afferma che è indispensabile, come primo passo, identificare le diagnosi prioritarie, i risultati di salute e gli interventi di una speciale popolazione con uguale diagnosi medica.

## **2.2 Contesto in cui si sviluppa il problema**

L'unità operativa dell'UTIC di Conegliano offre 11 posti letto, 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'ULSS 7, nonché dell'ULSS 1 (zona del Bellunese).

In particolare, in questa U.O. ho avuto la possibilità di osservare alcuni aspetti dell'arte infermieristica e, nello specifico, ho notato che il modello organizzativo assistenziale implementato è per compiti e che, nel prendersi cura delle persone, i professionisti della salute

utilizzano prevalentemente linee guida, protocolli e procedure, elaborate nel corso degli anni da gruppi di studio all'interno dell'Azienda.

Le **Tabelle I, II e III** descrivono i principali DRG alla dimissione del triennio 2012-2014 e sottolineano che i tre più frequenti sono:

- il n. **557** (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore);
- il n. **555** (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore);
- il n. **122** (Malattie cardiovascolari con IMA senza complicanze cardiovascolari vivi).

Inoltre, nel triennio osservato, la percentuale dei dimessi con un DRG di IMA rappresenta circa il 60% delle diagnosi totali dell'UTIC. Infine, dall'analisi dei dati ne deriva che la degenza media è di circa 5-6 giorni, inferiore rispetto a quella registrata nell'U.O (compresa tra 6-8 giorni).

**Tabella I - DRG alla dimissione riguardanti l'infarto miocardico nell'UTIC di Conegliano del 2012**

DRG dimissione		Dimessi	% su dimessi	Degenza media (gg)
<b>557</b>	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	61	28.0	6.0
<b>555</b>	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	54	24.8	4.6
<b>122</b>	Malattie cardiovascolari con IMA senza complicanze cardiovascolari vivi	19	8.7	4.5
<b>121</b>	Malattie cardiovascolari con IMA con complicanze cardiovascolari vivi	4	1.8	3.5
<b>123</b>	Malattie cardiovascolari con IMA deceduti	3	1.4	9.7
<b>TOTALE RIGUARDO DRG INERENTI IMA</b>		<b>141</b>	<b>64.7</b>	<b>5.66</b>
<b>TOTALE RIGUARDO A TUTTI I DRG DELL'UTIC</b>		<b>218</b>	<b>100</b>	<b>5.9</b>

**Tabella II - DRG alla dimissione riguardanti l'infarto miocardico nell'UTIC di Conegliano del 2013**

DRG dimissione		Dimessi	% su dimessi	Degenza media (gg)
<b>557</b>	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	74	40.9	6.4
<b>122</b>	Malattie cardiovascolari con IMA senza complicanze cardiovascolari vivi	17	9.4	6.5
<b>555</b>	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	16	8.8	8.8
<b>123</b>	Malattie cardiovascolari con IMA deceduti	4	2.2	1.8
<b>121</b>	Malattie cardiovascolari con IMA con complicanze cardiovascolari vivi	1	0.6	6.0
<b>TOTALE RIGUARDO DRG INERENTI IMA</b>		<b>112</b>	<b>61.9</b>	<b>5.9</b>
<b>TOTALE RIGUARDO A TUTTI I DRG DELL'UTIC</b>		<b>181</b>	<b>100</b>	<b>8.1</b>

**Tabella III - DRG alla dimissione riguardanti l'infarto miocardico nell'UTIC di Conegliano del 2014**

DRG dimissione		Dimessi	% su dimessi	Degenza media (gg)
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	70	38.7	5.2
122	Malattie cardiovascolari con IMA senza complicanze cardiovascolari vivi	18	9.9	5.9
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	17	9.4	8.2
121	Malattie cardiovascolari con IMA con complicanze cardiovascolari vivi	6	3.3	7.0
123	Malattie cardiovascolari con IMA deceduti	4	2.2	4.8
<b>TOTALE RIGUARDO DRG INERENTI IMA</b>		<b>115</b>	<b>63.5</b>	<b>6.22</b>
<b>TOTALE RIGUARDO A TUTTI I DRG DELL'UTIC</b>		<b>181</b>	<b>100</b>	<b>8.2</b>

### 2.3 Rassegna critica della letteratura disponibile

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 al focus della tesi e pubblicati in lingua inglese e italiana dal 2000 al 2015. Da 38 articoli, ne sono stati inclusi nella ricerca 10, i cui dati principali sono riportati nell'**Allegato 2**.

Quando si parla di infarto miocardico ci si riferisce a quel processo mediante il quale si può arrivare a un danno (necrosi) del tessuto miocardico, generalmente causato da riduzione del flusso ematico in un'arteria coronarica o da completa occlusione di essa.

Questa patologia ha, inoltre, 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.

I fattori di rischio principali dell'infarto miocardico acuto, secondo il Ministero della Salute (2013), sono: colesterolemia elevata, ipertensione arteriosa, diabete mellito, sovrappeso o obesità, familiarità per patologie cardiovascolari, ictus in giovane età (<55 anni per gli uomini, <65 anni per le donne), uso di droghe e/o fumo.

Per quanto riguarda i risultati di salute dell'utenza con IMA, la letteratura internazionale descrive questi ultimi in termini di qualità delle cure, sicurezza dell'assistito, riduzione dei costi e delle ri-ospedalizzazioni, oltre che ad un adeguato benessere organizzativo.

La patologia è altamente debilitante sia per gli aspetti fisiologici/funzionali della persona, sia per tutte le componenti psicologiche/sociologiche relazionali.

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.

Nell'UTIC dell'Ospedale Civile di Conegliano, in linea con le strategie politiche internazionali e nazionali, sono implementati dei percorsi assistenziali specifici per le persone con problemi cardiovascolari, aderendo ad indirizzi aziendali quali il *Regolamento per il ricovero dal pronto soccorso di pazienti con patologie cardiovascolari (Percorsi ospedalieri per intensità di cure)* e *Percorso per il trattamento dell'infarto miocardico acuto con tratto ST sopraslivellato (STEMI) nei pazienti dell'Azienda ULSS 7*.

In merito all'assistenza infermieristica, l'autore Smeltzer (2010) 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, nello specifico, 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, invece, quello di promuovere la cura e l'autocura dell'assistito attraverso dei progetti educativi.

Park (2013), 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.

Lopes et al. (2009) sottolineano il fatto che il movimento per creare un linguaggio infermieristico standardizzato era attivo sin dagli anni '70 con lo scopo di migliorare la comunicazione tra infermieri nei diversi setting e facilitare la strutturazione di programmi sanitari informatici. Tutto ciò ha portato la *North American Nursing Diagnosis Association* a dare vita a quello che adesso è uno dei sistemi ormai più conosciuti nel mondo, il sistema tassonomico NNN.

Anche Azzolin et al. (2013) 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. (2014) 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.

### **3. SCOPO DELLO STUDIO**

#### **3.1 Scopo dello studio e domande di ricerca**

L'analisi epidemiologica e la revisione della letteratura in merito alla sindrome coronarica acuta hanno suscitato le seguenti domande:

- Quali sono i principali problemi di salute di una persona ricoverata con diagnosi medica di infarto miocardico?
- Quali sono le diagnosi infermieristiche, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici che garantiscono qualità assistenziale e sicurezza dell'assistito con tale patologia?

L'obiettivo principale della tesi è analizzare, descrivere i bisogni di salute della persona con diagnosi di infarto miocardico acuto, progettare un piano assistenziale infermieristico personalizzato ed individuare quali sono le diagnosi infermieristiche, gli outcomes e gli interventi più ricorrenti in modo da permettere al personale infermieristico di operare nella corretta direzione, in una visione olistica di un'assistenza personalizzata.



## **4. MATERIALI E METODI**

### **4.1 Disegno dello studio**

Lo studio osservazionale è stato condotto utilizzando una scheda di valutazione globale strutturata con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon e le tassonomie NNN.

I dati delle persone coinvolte nello studio sono stati raccolti consultando la documentazione clinica ed ascoltando l'assistito nella sua stanza di degenza, il quale ha narrato la sua storia a me, studentessa infermiera.

Ho, così, dedicato circa un'ora come tempo di ascolto a ciascun assistito intervistato, raccogliendo delle informazioni significative rispetto il vissuto e le emozioni che la persona aveva provato durante l'evento e che stava sperimentando nella sua nuova situazione di salute. Ansie, paure, aspettative e incertezza nei confronti del futuro sono state le tematiche più ricorrenti con le quali mi sono confrontata, a volte con intensi risvolti emotivi e psicologici.

In un secondo tempo, in linea con le fasi del processo diagnostico-assistenziale e con il supporto della letteratura e dei testi dedicati alla pianificazione infermieristica con l'utilizzo del linguaggio standardizzato NNN, ho enunciato per ciascun campione della popolazione considerata le diagnosi infermieristiche NANDA-I, valutando con accuratezza la diagnosi infermieristica prioritaria e quelle secondarie per ciascun individuo.

Rispetto alla diagnosi infermieristica primaria e alle diagnosi infermieristiche secondarie, ho individuato i NOC più appropriati in relazione all'assistito, identificando, anche, i relativi indicatori misurabili, prevedendo una valutazione degli stessi ad un tempo  $T_0$ , che corrispondeva al giorno della valutazione globale dell'assistito, e successivamente ad un tempo  $T_1$ , che coincideva, generalmente al giorno successivo alla valutazione iniziale.

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

### **4.2 Campionamento**

Nello studio, sono state coinvolte le persone ricoverate presso l'Unità Operativa UTIC di Conegliano dell'Azienda ULSS7 nel periodo compreso tra il 9 luglio 2015 e il 30 agosto 2015 con diagnosi medica di ingresso di infarto miocardico STEMI o NSTEMI.

Il totale delle persone ricoverate con tale diagnosi in questo lasso di tempo era di 39.

I **criteri d'inclusione** definiti sono stati:

- diagnosi medica di IMA,
- DRG alla dimissione compreso tra quelli elencati nelle tabelle precedenti,
- assistiti coscienti e collaboranti,
- senza limite di età,
- con degenza minima di due giorni.

I **criteri di esclusione** definiti sono stati:

- la non adesione alla sperimentazione,
- l'inabilità di raccontare la propria storia.

### **4.3 Setting**

Il setting scelto è l'Unità Operativa UTIC dell'Azienda ULSS7 di Conegliano.

La raccolta dati è stata effettuata sia consultando la documentazione clinica, sia nella stanza di degenza in collaborazione con l'assistito.

### **4.4 Attività di raccolta dati**

Rispetto alle persone ricoverate nel periodo di tempo compreso tra il 9 luglio 2015 e il 30 agosto 2015, sono stati intervistati 20 assistiti, di cui 7 con diagnosi di infarto miocardico acuto STEMI e 13 con infarto miocardico acuto NSTEMI.

### **4.5 Strumenti di misura**

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- una scheda di valutazione globale strutturata secondo gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon riportata in allegato (**Allegato 3**);
- tassonomia NANDA-I per la formulazione delle diagnosi infermieristiche;
- tassonomia NOC per gli *outcomes* e gli indicatori di risultato misurabili;
- tassonomia NIC per gli interventi infermieristici e le rispettive attività.

### **4.6 Affidabilità della raccolta dati**

Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda ULSS 7 e dall'Università degli studi di Padova ed è stato svolto con la collaborazione e il consenso dell'infermiere

coordinatore e degli infermieri dell'Unità Operativa UTIC di Conegliano. Le informazioni raccolte sono state trattate nel rispetto delle norme di buona pratica clinica e della normativa sulla privacy.

#### **4.7 Analisi dei dati**

I dati raccolti sono stati analizzati esclusivamente in forma aggregata e l'impiego del codice di identificazione per ogni assistito intervistato ha consentito di identificare i dati senza riferimento diretto alla persona.

I dati processati sono stati organizzati all'interno di tabelle allegate alla tesi e nello specifico:

- la **Tabella IV** analizza i principali risultati estrapolati dall'analisi dei dati raccolti dalla tabulazione informatica della scheda di valutazione globale infermieristica;
- le **Tabelle V, VI e VII**, delle quali in seguito sono riportati degli estratti, evidenziano la frequenza delle diagnosi infermieristiche, dei NOC con i relativi indicatori e dei NIC (**Allegati 4, 5 e 6**);
- la **Tabella VIII** riportata nell'**Allegato 7** sottolinea i principali collegamenti NNN.



## 5. RISULTATI

### 5.1 Descrizione del campione

Il campione preso in considerazione è 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% è italiano (solo una persona è di nazionalità macedone), con un'età media di 65.3 anni (78.2 per le donne, 60.9 per gli uomini). Per quanto riguarda la diagnosi medica di accesso, il **65%** è stato ricoverato per infarto miocardico acuto NSTEMI, mentre il **35%** per STEMI. Interessante è notare che la maggior parte del campione, il 70%, proviene direttamente da casa. La degenza media è di 4.2 giorni.

Molti assistiti, al momento del ricovero, presentavano un quadro clinico caratterizzato da patologie mediche e, in particolare:

- il 75% delle persone soffriva di ipertensione arteriosa,
- il 40% era diabetico,
- il 10% aveva un'insufficienza renale cronica trattata con dialisi intermittente,
- il 15% aveva una ipercolesterolemia e
- il 15% dislipidemia.

Altre patologie riscontrate sono state: gozzo, connettivite, fibrillazione atriale cronica, osteoporosi, HCV, colite ulcerosa, sindrome ansioso-depressiva, ernie discoidali e cervicali, ulcera gastrica, frattura costale, reflusso gastroesofageo e gonartrosi.

Altro aspetto interessante, infine, riguarda i farmaci assunti dal campione indagato, prima del ricovero:

- il 70% delle persone assumeva antipertensivi,
- il 60% farmaci antitrombotici,
- il 40% agenti ipolipemizzanti,
- il 35% antidiabetici,
- il 30% analgesici,
- il 20% antinfiammatori.

### 5.2 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi

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 IV**.

Tabella IV – Principali risultati estrapolati dalla scheda di valutazione globale

<b>MODELLO TEORICO</b>		<b>M. GORDON<sup>1</sup>: CLASSIFICAZIONE 11 MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE</b>
<b>N</b>	<b>Modelli</b>	<b>Dati rilevati</b>
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>

Le **diagnosi infermieristiche NANDA-I** più utilizzate sono descritte nella **Tabella V** e appartengono ai domini: 4 (Attività/Riposo), 7 (Ruoli e relazioni), 9 (Coping/Tolleranza allo stress) e 12 (Benessere). Nello specifico, la diagnosi NANDA-I individuata con maggior

<sup>1</sup> **Gordon M.** (2009) (a cura di Rigon) *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni* - CEA cap 5 pp. 91-136

frequenza è stata **Ansia** (00146) rilevata 15 volte, seguita da Benessere compromesso (00214) comparso per 12 volte, e Intolleranza all'attività (00929), 11 volte. Nell'**Allegato 4** sono descritte in maniera esaustiva tutte le diagnosi selezionate.

**Tabella V – Principali 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

In linea con le diagnosi infermieristiche NANDA-I enunciate, i **NOC** selezionati con maggior frequenza appartengono ai domini 3 (Salute psicosociale) e 5 (Salute percepita) e sono riportati nella **Tabella VI**; si osserva che il principale NOC è **Livello di ansia** (1211) rilevato 22 volte, il secondo Stato di benessere (2008) comparso 8 volte, il terzo Livello di stress (1212), 7 volte, ed, infine, come quarto, Stato di benessere: psicospirituale (2011) comparso 6 volte. Una descrizione dettagliata di tutti i NOC è rappresentata nell'**Allegato 5**.

**Tabella VI – Principali 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

I **NIC** più frequenti sono scritti in maniera completa nell'**Allegato 6** e, di seguito, sono riportati (**Tabella VII**) quelli che si sono presentati con maggior frequenza. Nello specifico, il principale NIC è **Riduzione dell'ansia** (5820) comparso 17 volte, il secondo Counseling (5240) rilevato 10 volte, il terzo Miglioramento del coping (5230) 9 volte ed il quarto Presenza (5340) comparso 7 volte. Tutti i NIC descritti appartengono al dominio 3 (Comportamento).

**Tabella VII – Principali NIC**

Codice NIC	NIC	N°
5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	17
5240	COUNSELING	10
5230	MIGLIORAMENTO DEL COPING	9
5340	PRESENZA	7

Infine, nell'Allegato 7 sono descritti i collegamenti NNN più frequenti rispetto il campione selezionato ed i bisogni di salute valutati per le persone coinvolte nello studio osservazionale.

In linea con i risultati descritti sopra, nella Tabella VIII, si mette in luce la numerosità di “NNN linkages” per le tre principali diagnosi NANDA-I.

**Tabella VIII – Collegamenti NNN più frequenti**

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			
00214	BENESSERE COMPROMESSO	2011	STATO DI BENESSERE: PSICOSPIRITUALE	3	5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	3
		1211	LIVELLO DI ANSIA	2	5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	3
		1210	LIVELLO DI PAURA	1	5380	MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA	1
		1504	SOSTEGNO SOCIALE	1			
		2012	STATO DI BENESSERE: SOCIOCULTURALE	1			
		1212	LIVELLO DI STRESS	1			
00092	INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'	0002	CONSERVAZIONE DELL'ENERGIA	3	0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	3
		0005	TOLLERANZA ALL'ATTIVITA'	2	4046	ASSISTENZA CARDIACA: RIABILITAZIONE	2
		0007	LIVELLO DI FATIGUE	1	1800	ASSISTENZA NELLA CURA DI SE'	2
					1260	GESTIONE DEL PESO CORPOREO	1

## 6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 6.1 Discussione

Il campione analizzato è prevalentemente composto da persone di genere maschile, con un'età media piuttosto bassa per gli uomini (60.9 anni) e decisamente più alta per le donne (78.2 anni).

Un dato interessante riguarda la degenza media nell'UTIC: se nel 2012 era di 5.66 giorni, nel 2013 di 5.9 e nel 2014 addirittura di 6.22, nel periodo analizzato è risultata essere di 4.2 giorni. 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, addirittura, obeso (4).

Del totale, 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 María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez et al. (2012), risulta essenziale una corretta informazione ed una giusta educazione nei confronti dell'assistito.

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. Certo è che, se è vero che l'ambiente della terapia intensiva ostacola molto il sonno, alcune condizioni possono essere evitate: eliminare gli allarmi superflui dei monitor, parlare, per quanto possibile, a voce bassa e gestire le attività infermieristiche in modo da permettere un periodo di sonno adeguato alla persona (per esempio, evitando di risvegliare l'assistito all'alba per un controllo ECG o pressorio di routine) aiuterebbe ad avere maggior soddisfazione in questo modello (Elliott, McKinley, Cistulli & Fien, 2013).

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 famigliari 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, quindi, alla dimissione dall'U.O. l'assistito dovrà risultare sufficientemente informato e tranquillo. Fondamentale sarà, allora, fornire la corretta educazione anche ai caregiver che, una volta a domicilio, daranno il giusto appoggio alla persona, diventeranno manager della cura dei loro cari e sapranno gestire le situazioni di emergenza, qualora si ripresentassero (Zampieron, Silla & Corso, 2011).

Si comprende, allora, perché le diagnosi NANDA-I individuate non siano appartenenti ai domini fisiologici, fatta eccezione per le diagnosi infermieristiche *Intolleranza all'attività* (00092) e *Sovrappeso* (00233), bensì appartengono alla sfera psicologica.

*L'Ansia* (00146), *Benessere compromesso* (00214), *Tensione nel ruolo di caregiver* (00061) e *Modello di sonno disturbato* (00198) sono le diagnosi più frequenti nel campione selezionato, alle quali sono state collegate i NOC ed i NIC più appropriati.

I risultati evidenziano come l'utilizzo della pianificazione assistenziale strutturata con il Modello di M. Gordon ed il linguaggio tassonomico NNN permettano di leggere e rispondere ai bisogni di salute della sfera fisiologica, psicosociale 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 (**Allegato 7**).

Infine, 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.

## **6.2 Limiti dello studio**

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

### **6.3 Raccomandazioni**

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

Inoltre, è auspicabile che la formazione e l'organizzazione supportino e rafforzino la scienza infermieristica, creando dei presupposti per l'innovazione ed il cambiamento.

### **6.4 Implicazioni per la pratica**

Lo studio sottolinea come, nella realtà dell'assistere la persona, un attento ascolto attraverso la narrazione e la valutazione dei bisogni di salute, utilizzando un modello teorico ed un linguaggio infermieristico standardizzato, permettano 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 proattivo del suo percorso di salute.

Inoltre, migliorano la comunicazione tra gli infermieri e gli altri professionisti della salute, la documentazione assistenziale ai fini di valutare i risultati di salute dell'assistenza e di garantire una miglior aderenza agli standard di cura definiti dalle politiche della salute; infine, aumentano la visibilità della professione e promuovono lo sviluppo della ricerca e della diffusione della cultura e della disciplina infermieristica.



## BIBLIOGRAFIA

Azzolin, K., Motta Mussi, C., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Lucena, A. F., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26, 239–244.

Bollettino Ufficiale della Regione Veneto. (2012). Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Disponibile in: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095> [6 luglio 2015].

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

Elliott, R., McKinley, S., Cistulli, P., & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Critical care*.

EUROSTAT. (2012). Causes of death - Deaths by country of residence and occurrence. Disponibile in: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [30 agosto 2015].

Gordon, M. (2008). *Diagnosi infermieristiche*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione 2015-2017*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Hernández, P. E., Hermoso, P. M., Fraile, E. G., Santos, B., González-Vargas, J. A., Raposo, I. F., Girón-García, J. L., & Manso, M. G. (2014). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*.

ISTAT. (2012). Mortalità per territorio di residenza. Disponibile in: <http://dati.istat.it/> [30 agosto 2015].

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Kamdar, B. B., Shah, P. A., King, L. M., Kho, M. E., Zhou, X., Colantuoni, E., Collop, N. A., & Needham, D. M. (2012). Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. *American Journal Of Critical Care*, 21, 261-269.

Lopes, J. L., Bottura Leite de Barros, A. L., & Michel, J. L. M. (2009). A Pilot Study to Validate the Priority Nursing Interventions Classification Interventions and Nursing Outcomes Classification Outcomes for the Nursing Diagnosis “Excess Fluid Volume” in Cardiac Patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20, 76-88.

Ministero della Salute. (2013). Infarto miocardico. Disponibile in: [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=22&area=Malattie\\_cardiovascolari](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=22&area=Malattie_cardiovascolari) [15 luglio 2015].

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Myocardial infarction with ST-segment elevation: The acute management of myocardial infarction with ST-segment elevation. Disponibile in: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg167> [12 agosto 2015].

National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Unstable angina and NSTEMI: The early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction. Disponibile in: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg94> [12 agosto 2015].

Oggi Treviso. (2015). Un infarto al giorno nell'Ulss7. Disponibile in: <http://www.oggitreviso.it/un-infarto-al-giorno-nellulss7-107708> [15 agosto 2015].

Park, H. (2013). Nursing-Sensitive Outcome Change Scores for Hospitalized Older Adults with Heart Failure. A Preliminary Descriptive Study. *Research in Gerontological Nursing*, 6, 234-241.

Park, H. (2014). Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25, 30-38.

Perugini, E., Maggioni, A. P., Boccanelli, A., & Di Pasquale, G. (2010). Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. *Giornale italiano di cardiologia*, 11, 718-729.

Rodríguez-Gázquez, M. A., Arredondo-Holguín, E., & Herrera-Cortés, R. (2012). Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 296-306.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., & Hinkle, J. L. (2010). *Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Zampieron, A., Aldo, S., & Corso, M. (2011). A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients Admitted to a Cardiology Rehabilitation Unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22, 148-156.

# **ALLEGATI**



# Allegato 1.

# Tempogramma delle attività - Gantt

ATTIVITA'	INIZIO	FINE	GIUGNO				LUGLIO				AGOSTO				SETTEMBRE					OTTOBRE		
			Settimana n...				Settimana n...				Settimana n...				Settimana n...					Settimana n...		
			23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
			8-12	15-19	22-26	29-03	06-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21	24-28	31-4	7-11	14-18	21-25	28-2	5-9	12-16	19-23
<b>Studio, ricerca, esperienze</b>	<b>1 giugno</b>	<b>30 giugno</b>																				
Studio NNN			x	x	x	x																
Incontro con primario UTIC		26 giugno			x																	
Background su IMA						x																
Persona con IMA e NNN					x	x																
Ricerca bibliografica			x	x																		
<b>Elaborazione tesi</b>	<b>1 luglio</b>	<b>28 agosto</b>																				
Capitolo 1							x															
Capitolo 2								x	x													
Capitolo 3										x												
Capitolo 4											x											
Capitolo 5												x	x									
Capitolo 6													x	x								
<b>Raccolta dati</b>	<b>1 luglio</b>	<b>28 agosto</b>																				
Attività 1: raccolta dati							x	x	x	x	x	x	x	x								
Attività 2: analisi dei dati														x	x							

**Allegato 2.****Revisione bibliografica della letteratura**

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
1	Karina Azzolin, Claudia Motta Mussi, Karen Brasil Ruschel, Emiliane Nogueira de Souza, Amália de Fátima Lucena, Eneida Rejane Rabelo-Silva	Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC	2013	Valutare l'efficacia degli interventi NIC associati ai NOC e alle diagnosi infermieristiche NANDA-I nelle persone con infarto miocardico in cura a domicilio	Studio longitudinale	Domicilio della persona con infarto miocardico	Allo studio hanno partecipato 23 persone con infarto miocardico seguite per sei mesi	Degli 11 interventi NIC implementati, 8 hanno dato prova di essere efficaci, i quali mostravano avanzamenti significativi tra la prima e la quarta visita, seguendo il punteggio ottenuto per i seguenti sei outcomes: Conoscenze: regime terapeutico, Conoscenze: farmaci, Comportamento di adesione, Controllo dei sintomi, Tolleranza all'attività e Conservazione dell'energia	Gli interventi NIC Educazione alla salute, Assistenza alla modifica di sé, Sostegno nella modifica del comportamento, Insegnamento: farmaci prescritti, Insegnamento: processo patologico, Counseling nutrizionale, Consulenza telefonica e Gestione dell'energia mostrano esiti di salute efficaci basati sul risultato NOC, che suggeriscono che il collegamento NANDA-I, NOC e NIC è utile nelle persone con insufficienza cardiaca in cura a domicilio	Questi studi permettono di comprendere quale sia la migliore pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche e sulle prove di efficacia e implementano la ricerca nelle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
2	Rosalind Elliott, Sharon McKinley, Peter Cistulli, Mary Fien	Characterization of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study	2013	Determinare, in termini di qualità e quantità, il sonno delle persone ricoverate in una terapia intensiva, andando a considerare l'impatto dei fattori ambientali	Studio osservazionale	Lo studio si è svolto in un ospedale dell'Australia	Lo studio ha coinvolto 57 assistiti in una terapia intensiva	Il numero di ore medie di sonno per persona era 5. Il tempo medio di durata del sonno senza risvegli era 30 minuti. Il livello dei suoni era alto durante il giorno; l'illuminazione era appropriata durante la notte, ma troppo bassa durante il giorno. In media è stato attestato 1.7 interventi di cura per ora. Gli assistiti hanno valutato la qualità del sonno e l'hanno definita scarsa	La qualità e la quantità del sonno in terapia intensiva è scarsa; questa valutazione può essere correlata al rumore, alle condizioni cliniche critiche dell'assistito e ai trattamenti che disturbano il sonno. Lo studio sottolinea la necessità di quantificare correttamente il sonno e di trovare metodi alternativi di misurazione. I risultati suggeriscono che bisogna attuare un programma di riduzione del suono o altri interventi per promuovere il sonno per le persone ricoverate nelle terapie intensive	Questo studio sottolinea l'importanza del sonno nelle terapie intensive e come esso venga disturbato. Questa tematica dovrebbe, quindi, diventare centrale anche in vista del miglioramento delle condizioni fisiche dell'assistito

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
3	Paula Escalada-Hernández, Paula Muñoz-Hermoso, Eduardo González-Fraile, Borja Santos, José Alonso González-Vargas, Isabel Fera-Raposo, José Luis Girón-García, Manuel García-Manso	A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders	2014	Descrivere le diagnosi NANDA-I più frequenti, i NOC e i NIC usati nei piani di cura infermieristici in relazione con le diagnosi psichiatriche	Studio multicentrico trasversale	Studio svolto in Spagna	Sono state coinvolti 690 assistiti psichiatrici o psicogeriatrici	Sono state identificate le diagnosi infermieristiche, gli interventi e i risultati di salute attesi più comuni per le persone con schizofrenia, con patologie mentali organiche, ritardo mentale, disordini affettivi, del comportamento e della personalità, con disordini mentali e del comportamento correlati a sostanze psicoattive, allo stress e con disordini somatoformi	I risultati di questo studio mostrano che le diagnosi infermieristiche, gli interventi e i risultati di salute attesi più comuni documentati nei piani di cura infermieristici per le persone psichiatriche e psicogeriatriche ammesse nelle unità di cura a medio e a lungo termine e nei centri di cura giornaliera psicogeriatrici sono collegati ai deficit psicosociali, di autocura e alla gestione del regime terapeutico. Si può concludere che NANDA-I, NOC e NIC collegati alle diagnosi mediche psichiatriche offrono una descrizione comprensiva della condizione attuale del malato psichiatrico e psicogeriatrico, dei suoi problemi e dei bisogni	Questo studio dimostra come il sistema NNN è applicabile e utile nella pianificazione assistenziale infermieristica in tutti i campi della clinica

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
4	Biren B. Kamdar, Pooja A. Shah, Lauren M. King, Michelle E. Kho, Xiaowei Zhou, Elizabeth Colantuoni, Nancy A. Collop, Dale M. Needham	Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire	2012	Valutare l'affidabilità e la veridicità del questionario Richards-Campbell Sleep Questionnaire in un'unità di cure mediche intensive	Studio osservazionale	Unità di cure mediche intensive	33 interviste	Le risposte degli infermieri erano più alte rispetto a quelle degli assistiti, con tassi significativamente più alti per la profondità del sonno, i risvegli e il risultato totale	La differenza nella risposta tra infermieri e assistiti al questionario somministrato ha dimostrato come gli infermieri abbiano la tendenza a sovrastimare la qualità percepita del sonno degli assistiti	Questo studio dimostra l'importanza di valutare il sonno in maniera più corretta e imparziale possibile da parte degli infermieri nelle unità di cure intensive in quanto il riposo risulta fondamentale in ambienti così disturbanti
5	Juliana de Lima Lopes, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Jeanne Liliane Marlene Michel	A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "Excess fluid volume" in cardiac patients	2009	Validare il contenuto degli interventi NIC e dei NOC prioritari per le persone con patologie cardiache con diagnosi infermieristica Volume di liquidi eccessivo nel contesto brasiliano	Studio clinico osservazionale di validazione del contenuto	Studio svolto in un ospedale brasiliano	Allo studio hanno partecipato 7 infermieri esperti nelle diagnosi infermieristiche cardiache	Degli 83 interventi NIC prioritari, 9 hanno ottenuto un punteggio basso (risultando, quindi, non necessari) e 50 hanno ottenuto un punteggio alto (prioritari); dei 53 NOC più usati, 8 hanno ottenuto un punteggio basso e 26 un punteggio alto	La maggioranza degli interventi NIC e dei risultati di salute attesi NOC sono stati considerati utili dagli infermieri esperti di una Cardiologia in Brasile. Questi studi clinici sono una strategia importante per validare l'utilità del linguaggio NANDA-I, NOC e NIC nei protocolli clinici	Questi studi sono importanti perché permettono di approfondire le conoscenze riguardo a delle particolari diagnosi collegate a uno stesso problema, permettendo agli infermieri di utilizzare correttamente le tassonomie NNN

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
6	Hyejin Park	Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adults with heart failure	2013	Determinare se esiste una differenza significativa nella valutazione dell'esito di salute NOC dall'ammissione alla dimissione per gli anziani ospedalizzati con infarto miocardico utilizzando la tassonomia NOC	Studio descrittivo retrospettivo	Studio svolto in un centro medico con 502 posti letto di Iowa	Sono state coinvolte 268 persone con un'età compresa tra i 60 e i 98 anni dimessi da un'unità di cure acute cardiache con diagnosi medica di infarto miocardico	I NOC più frequentemente utilizzati sono stati Conoscenze: regime terapeutico, Comportamento di prevenzione delle cadute, Controllo dei rischi, Integrità tissutale: cute e mucose e Efficacia della pompa cardiaca. La terminologia infermieristica standardizzata NOC rende possibile accumulare e salvare i dati riguardanti i risultati di salute infermieristici	Gli infermieri sono capaci di prendere migliori decisioni quando selezionano interventi infermieristici per diagnosi specifiche. Perciò, le decisioni infermieristiche cliniche migliori sono potenzialmente capaci di implementare i risultati di salute degli assistiti. Gli infermieri giocano un ruolo chiave nel migliorare i risultati di salute, ma a causa della mancanza di informazioni quantificabili riguardo le cure infermieristiche, i loro contributi rimangono nascosti. La raccolta di dati riguardo i risultati di salute con un sistema informatico è importante per rendere visibili le cure infermieristiche agli utenti	Studi come questo sono fondamentali per sottolineare il grandissimo lavoro svolto dagli infermieri che molte volte rimane celato agli occhi dell'organizzazione e di chi usufruisce delle cure infermieristiche

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
7	Hyejin Park	Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure	2013	Identificare le diagnosi infermieristiche primarie, gli interventi, i risultati di salute attesi e i collegamenti tra di essi con un linguaggio infermieristico standardizzato per persone con infarto miocardico	Studio retrospettivo	Studio svolto in una comunità del Midwest	Sono state coinvolte 272 persone con infarto miocardico	Per l'infarto miocardico sono stati utilizzati 63 NOC differenti, dei quali 6 sono ricorsi per più del 50% del totale. Conoscenze: regime terapeutico (1813) è stato il più utilizzato, seguito da Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909), Controllo dei rischi (1902), Integrità tissutale: cute e mucose (1101) e Efficacia della pompa cardiaca (0400). Sono stati identificati quali sono i collegamenti NNN più frequentemente utilizzati e sono risultati un totale di 927.	Le diagnosi NANDA-I principali, i NIC, i NOC e i collegamenti NNN ritrovati per l'infarto miocardico derivanti da questo studio permettono di approfondire lo scopo del lavoro infermieristico nella clinica e di implementare l'assistenza infermieristica a persone con questa patologia, in vista della costruzione di un database informatico	Questi studi permettono di comprendere quale sia la miglior pratica infermieristica per le persone con determinata patologia, in vista di una strutturazione dei piani infermieristici standardizzati con il metodo tassonomico NNN

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
8	Enrica Perugini, Aldo P. Maggioni, Alessandro Boccanelli, Giuseppe Di Pasquale	Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia	2010	Comprendere l'epidemiologia delle sindromi coronariche acute e, a partire da queste, fare delle considerazioni sulla gestione di tali situazioni a livello terapeutico e clinico	Revisione di letteratura basata su dati amministrativi, studi e registri	U.O. di Cardiologia, Ospedale di Bentivoglio (BO), Centro Studi ANMCO, Firenze, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale San Giovanni-Addolorata, Roma, U.O. di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna		Le sindromi coronariche acute sono la principale causa di mortalità nel mondo occidentale e determinano un'elevata morbilità. La prevalenza per infarto miocardico acuto NSTEMI è aumentata rispetto allo STEMI. Le persone con NSTEMI hanno un profilo di rischio più elevato rispetto a quelle con STEMI. La mortalità delle SCA è calata negli ultimi 10 anni grazie alle nuove strategie terapeutiche. Si stanno sviluppando delle reti tra ospedali per garantire l'accesso all'angioplastica coronarica primaria a tutti gli assistiti con STEMI. La gestione degli NSTEMI con antitrombotici e angioplastica coronarica è condizionata dalla disponibilità delle risorse	La popolazione colpita da infarto miocardico è destinata a crescere con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio delle persone è sempre più complesso. Gli infarti NSTEMI sono in progressivo aumento con una frequenza quasi doppia rispetto agli STEMI. Le strategie terapeutiche a disposizione, farmacologiche e interventistiche, sono ampiamente aumentate negli ultimi 10 anni con una conseguente riduzione della mortalità. È emerso come le scelte terapeutiche siano spesso condizionate più dall'età dell'assistito e dalla sede del trattamento piuttosto che dal profilo di rischio	Questo lavoro è interessante per inquadrare il fenomeno delle sindromi coronariche acute in Italia e capirne l'epidemiologia

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
9	María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Edith Arredondo-Holguín, Richard Herrera-Cortés	Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial	2012	Dimostrare l'efficienza di un programma infermieristico educativo per il miglioramento dell'autocura per le persone con infarto miocardico	Trial clinico controllato randomizzato	Studio svolto in Colombia	Lo studio ha coinvolto persone ricoverate con diagnosi di infarto miocardico inserite in un programma di salute cardiovascolare, 30 del gruppo sperimentale, 30 del gruppo controllo	In generale, gran parte dei partecipanti erano anziani, sposati, con un'educazione base, che ricevevano supporto sia dalla famiglia che dalle istituzioni per la salute. Gran parte di essi aveva una frazione di eiezione inferiore al 50%, ipertensione arteriosa, diabete mellito e problemi cardiaci progressivi. Durante il periodo di studio, 9 persone su 10 nel gruppo sperimentale e 8 in quello di controllo sono state ospedalizzate e 1 su 10 in entrambi i gruppi è morta per cause collegate al loro infarto	In questo studio, nel quale l'efficienza del programma di educazione infermieristica è stata valutata per aumentare l'autocura nelle persone con infarto miocardico, nonostante entrambi i gruppi si sono migliorati, le persone che hanno ricevuto l'intervento hanno rivelato un cambiamento sostanziale a confronto col gruppo controllo. Il miglioramento nel gruppo di controllo può essere dovuto al fatto che le persone coinvolte hanno continuato a ricevere le cure regolari offerte dalle istituzioni, che includevano comunque l'educazione da parte dei professionisti sanitari. Considerando che i programmi educativi non hanno lo scopo solo di aumentare	Questo studio dimostra quanto importante sia educare l'assistito e la sua famiglia per ottenere risultati di salute migliori: rendere la persona empowered diventa uno dei compiti fondamentali dell'infermiere

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
									<p>le conoscenze, ma anche di migliorare il comportamento che influenza la patologia, in questo studio sono state utilizzate attività già convalidate da altri studi: sono stati, quindi, progettati dei volantini chiari e piacevoli da leggere. È stata inclusa anche la famiglia, per aumentare le probabilità di successo degli interventi</p>	

N°	AUTORE	TITOLO DELL'ARTICOLO	ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
10	Zampieron Alessandra, Aldo Silla, Corso Marilisa	A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients Admitted to a Cardiology Rehabilitation Unit	2011	Descrivere l'uso di terminologie infermieristiche nei piani di assistenza prodotti per gli assistiti un'unità operativa di cardiologia riabilitativa	Studio retrospettivo	Piccolo ospedale del Nord-Est dell'Italia	Nello studio sono state incluse 76 persone con età media di 60 anni	I piani di assistenza includevano 21 diagnosi infermieristiche NANDA, 45 esiti NOC e 46 interventi NIC. Le diagnosi più frequenti sono state: Riduzione della gittata cardiaca, Intolleranza all'attività, Rischio di/Nutrizione superiore al fabbisogno. Gli esiti si correlavano alla salute fisiologica cardiopolmonare e alla gestione della malattia e della dieta. I più frequenti NIC sono stati: Promozione dell'attività fisica, Gestione dell'energia, Gestione del peso, Gestione dei farmaci, Precauzioni cardiache, Assistenza cardiaca: riabilitazione, Insegnamento: attività/esercizi prescritti e dieta, Monitoraggio dei parametri vitali	Gli infermieri che operano in cardiologia riabilitativa sono consapevoli dei problemi dei loro assistiti, ma i piani di assistenza possono essere migliorati in termini di coerenza tra i concetti, e garantendo una maggiore attenzione ai problemi psicologici e alla cura di sé	Questo studio è interessante per la metodologia utilizzata con le tassonomie NNN e perché svolto in un contesto molto simile a quello in cui io ho fatto la raccolta dati per la tesi

**Allegato 3.**

**Scheda di valutazione globale  
con gli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon**



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica*



*Sede di Conegliano*

Terzo anno di corso a.a. 2014-2015

**DATI RELATIVI ALL'ACCETTAZIONE IN OSPEDALE**

**Ricovero in Unità Operativa Unità Terapia Intensiva Coronarica dell'Ospedale Civile di Conegliano**

N° identificativo scheda <input type="checkbox"/>			
Data di ingresso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Data di dimissione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Data di nascita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Diagnosi medica di ingresso <input type="checkbox"/> IM STEMI <input type="checkbox"/> IM NSTEMI			
Patologie concomitanti	Diabete <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Asma/BPCO	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Ictus <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Insuff. Renale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Ipertensione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Altre patologie	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
		Se si, quali? .....	

**ETÀ:**

- fino a 20     tra 21 e 30     tra 31 e 40     tra 41 e 50     tra 51 e 60  
 tra 61 e 70     tra 71 e 80     tra 81 e 90     da 91 a oltre

**NAZIONALITÀ:**

- italiana     altro .....

**PROVENIENZA:**

- casa     lavoro     scuola     struttura residenziale  
 altra Unità Operativa     ospedale     altro .....

**Anamnesi medica remota**

.....  
.....





# VALUTAZIONE INIZIALE GLOBALE CON ACCERTAMENTO DEGLI 11 MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

1.MODELLO DI PERCEZIONE E DI GESTIONE DELLA SALUTE		
È un fumatore?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
N° sigarette/die: .....		
Ha una storia di alcolismo o dipendenze?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se sì, quali?		
<input type="checkbox"/> Alcolismo		
<input type="checkbox"/> Droghe		
<input type="checkbox"/> Ludomania		
Ha allergie?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Si sottopone a screening preventivi?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Si sottopone a controlli medici?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Segue le cure prescritte?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

2.MODELLO NUTRIZIONALE E METABOLICO	
Stato nutrizionale	
<input type="checkbox"/> <b>molto povero:</b> non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, 2 o meno porzioni di proteine al giorno, assume pochi liquidi e nessun integratore; oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per meno di 5 giorni	
<input type="checkbox"/> <b>probabilmente inadeguato:</b> raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti, le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari; oppure riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino)	
<input type="checkbox"/> <b>adeguato:</b> mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno; oppure si alimenta con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	
<input type="checkbox"/> <b>eccellente:</b> mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai un pasto, spuntini occasionali, non necessita di integratori	
Glicemia: .....mg/dL	
Ha nausea?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Ha avuto episodi di vomito?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se sì, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> Caffeano	
<input type="checkbox"/> Ematemesi	
<input type="checkbox"/> Biliare	
<input type="checkbox"/> Alimentare	
Assunzione di liquidi (quantità/ die):	
Entrate: .....	
Peso: kg .....	
Altezza: cm.....	
BMI	
<input type="checkbox"/> <18.5: sottopeso	
<input type="checkbox"/> tra 18.6 e 24.9: normopeso	
<input type="checkbox"/> tra 25 e 29.9: sovrappeso	
<input type="checkbox"/> >30: obeso	

Variazione di peso	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, quanti Kg? .....		
In quanto tempo? .....		
Dieta speciale/integratori	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, di che tipo? .....		
Intolleranza alimentare	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, di che tipo? .....		
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
SNG	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PEG	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Disfagia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha una protesi dentaria?		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Fissa		
<input type="checkbox"/> Mobile		
Cavo orale		
<input type="checkbox"/> pulito		
<input type="checkbox"/> alitosi		
<input type="checkbox"/> residui alimentari		
Mucosa		
<input type="checkbox"/> integra		
<input type="checkbox"/> lesioni		
Se lesioni, dove/tipo		
<input type="checkbox"/> labbra		
<input type="checkbox"/> lingua		
<input type="checkbox"/> palato		
<input type="checkbox"/> afte		
<input type="checkbox"/> herpes		
TC		
<input type="checkbox"/> apiretico		
<input type="checkbox"/> febbrile (TC: .....		
Stato della cute		
<input type="checkbox"/> normale		
<input type="checkbox"/> secca		
<input type="checkbox"/> iperidrosi		
Colorito		
<input type="checkbox"/> roseo		
<input type="checkbox"/> giallo		
<input type="checkbox"/> olivastro		
<input type="checkbox"/> presenza di efelidi		
Ha prurito?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Sono presenti edemi?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Sono presenti ecchimosi?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Rischio lesione decubito		
Punteggio scala Braden: .....		
Grado del rischio di lesioni da decubito		
<input type="checkbox"/> 23-19: assente		
<input type="checkbox"/> 18-16: basso		

- 15-13: medio
- ≤12: alto

Presenza lesioni da decubito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Se si, dove e di che stadio?						
Sede	Sede dx	Sede sn	Stadio 1	Stadio 2	Stadio 3	Stadio 4
Sacro						
Trocantere						
Gluteo						
Tallone						
Malleolo						
Gomito						
Spalla						
Scapola						
Orecchio						

Altro

- lesioni da compressione
- trofiche
- ustioni
- ferite
- stomie

### 3.MODELLO DI ELIMINAZIONE

Quantità/die:

uscite: .....

Totale bilancio: .....

- |                                    |                             |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Disuria                            | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Nicturia                           | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Bisogno impellente                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Difficoltà a rimandare la minzione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Difficoltà a raggiungere il bagno  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Incontinenza urinaria              | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Sistemi di assorbenza o presidi utilizzati

- traverse
- pannolone
- condom urinario
- catetere vescicale
- tipo/calibro..... ultimo cambio il.....

#### ELIMINAZIONE INTESTINALE

Valutazione scala Bristol:

- tipo 1: feci dure, separate, simili a nocciole
- tipo 2: feci a forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro
- tipo 3: feci a forma di salame, ma con crepe nella superficie
- tipo 4: feci a forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida
- tipo 5: feci costituite da pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati, chiara, facile da evacuare
- tipo 6: feci costituite da pezzi soffici, fioccolari con bordi frastagliati, feci pastose
- tipo 7: feci acquose

Frequenza: .....		
Dolore alla defecazione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Stipsi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Diarrea	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Autoprescrizione		
<input type="checkbox"/> no		
<input type="checkbox"/> lassativi		
<input type="checkbox"/> supposte		
<input type="checkbox"/> clisteri		
<b>ADDOME</b>		
<input type="checkbox"/> soffice		
<input type="checkbox"/> trattabile		
<input type="checkbox"/> globoso		
<b>STOMIA</b>		
Presenza di una stomia?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, di che tipo?		
<input type="checkbox"/> ileostomia		
<input type="checkbox"/> colostomia		
Autogestione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<b>DRENAGGI</b>		
Presenza di drenaggi?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, in quale sede? .....		
Quantità del drenaggio:.....		

<b>4.MODELLO DI ATTIVITA' E DI ESERCIZIO FISICO</b>			
Funzione cardiocircolatoria:	PA.....	FC.....	<input type="checkbox"/> ritmico <input type="checkbox"/> aritmico
Respirazione:	FR .....		
Presenza di suoni respiratori			
<input type="checkbox"/> no			
<input type="checkbox"/> rantoli			
<input type="checkbox"/> tosse			
<input type="checkbox"/> espettorato			
Dispnea			
<input type="checkbox"/> a riposo			
<input type="checkbox"/> da sforzo			
SpO2: .....			
Ossigenoterapia: O <sub>2</sub> lt/min .....	<input type="checkbox"/> maschera	<input type="checkbox"/> occhialini	
Ventilazione meccanica artificiale			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Capacità di cura di sé			
Indice di Barthel – punteggio: .....			
Affaticamento durante e/o dopo lo svolgimento dell'attività	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Stanchezza durante e/o dopo lo svolgimento dell'attività	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Svolgimento attività fisica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

Grado di soddisfazione dichiarato nella cura di sé

- basso
- discreto
- alto

Il soggetto

- è allettato  sì  no

-deambula  sì  no

Equilibrio

- stabile
- instabile

Punteggio scala Conley: .....

Valutazione punteggio scala Conley

<2: non a rischio di caduta

≥2: a rischio di caduta

Necessità di ausili e/o persone di supporto per gli spostamenti e mobilizzazione  sì  no

Ausili di supporto

- stampelle/bastone
- comoda
- sedia a rotelle
- deambulatore
- altro .....

## 5.MODELLO DI SONNO E DI RIPOSO

Questionario Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) modificato:

Il suo sonno è profondo?  sì  no

Da 0 a 10, che valutazione dà? .....

Difficoltà ad addormentarsi  sì  no

Da 0 a 10, che valutazione dà? .....

Risvegli notturni  sì  no

Se sì, indicare il numero: .....

Ha difficoltà a riaddormentarsi dopo il risveglio?  sì  no

Da 0 a 10 che valutazione dà? .....

Valuta la qualità del suo sonno buona?  sì  no

Da 0 a 10 che valutazione dà? .....

Ci sono situazioni che disturbano il sonno?  sì  no

Quali?

- monitor
- voci
- compagno di stanza
- attività assistenziali

Ore dormite/notte

- fino a 5
- tra 6 e 8
- 9 e sup

Alterazioni del sonno  sì  no

Abitudini/ rimedi per favorire il sonno  sì  no

Ritualità  sì  no

Se si, quali? .....

Farmaci  si  no

Se si, quali? .....

### 6.MODELLO COGNITIVO E PERCETTIVO

**Tatto**

nella norma

alterazione della sensibilità

**Olfatto**

nella norma

alterazione nella percezione degli odori

**Gusto**

nella norma

alterazione nella percezione dei gusti

**Vista**

senza alcun difetto alla vista

ipovedente

cecità

miopia

astigmatismo

**Udito**

nella norma

ipoacusia

sordità

Apparecchi acustici  si  no

Vertigini  si  no

**Valutazione del Dolore**

Ha dolore?  si  no

Da quanto tempo?

acuto (< ai 3 mesi)

cronico (> ai 3 mesi)

Dove?

diffuso

localizzato (dove? .....

Usa farmaci o rimedi per la gestione del dolore?  si  no

Se si, quali? .....

Da 0 a 10, che valutazione dà al suo dolore (scala VAS)? .....

**Lingua parlata**

italiano

altra lingua quale.....

**Disturbi del linguaggio**  si  no

Se si, di che tipo?

afasia

disartria

**Capacità di comunicare**  si  no

Se no, perché:.....

**Capacità di comprendere**  si  no

Se no, perché:.....		
Capacità di interazione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Se si, con chi?		
<input type="checkbox"/> solo con familiari		
<input type="checkbox"/> solo con i medici		
<input type="checkbox"/> solo con gli infermieri		
<input type="checkbox"/> con tutti		
Stato mentale		
<input type="checkbox"/> stuporoso		
<input type="checkbox"/> confuso		
<input type="checkbox"/> apatico		
<input type="checkbox"/> lucido		
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

<b>7.MODELLO DI PERCEZIONE DI SÈ-DI CONCETTO DI SÉ</b>		
Ha preoccupazioni relative al ricovero e/o malattia?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha preoccupazioni relative cambiamenti nel corpo (presenti o attesi)?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha preoccupazioni relative perdita di parti e/o funzioni?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha preoccupazioni relative al possibile cambiamento?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Contatto visivo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Livello d'ansia		
<input type="checkbox"/> lieve		
<input type="checkbox"/> moderato		
<input type="checkbox"/> grave		
<input type="checkbox"/> panico		
Autostima		
<input type="checkbox"/> non adeguata		
<input type="checkbox"/> valutazione negativa di sé		
<input type="checkbox"/> valutazione negativa delle proprie capacità		
<input type="checkbox"/> adeguata		

<b>8.MODELLO DI RUOLI E DI RELAZIONI</b>		
Stato civile		
<input type="checkbox"/> nubile		
<input type="checkbox"/> celibe		
<input type="checkbox"/> sposato/a		
<input type="checkbox"/> divorziato/a		
<input type="checkbox"/> vedovo/a		
Occupazione		
<input type="checkbox"/> dipendente		
<input type="checkbox"/> in proprio		
<input type="checkbox"/> pensionato		
<input type="checkbox"/> disoccupato		
È soddisfatto del suo lavoro?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Se no, perché? .....

A chi si rivolge normalmente per affrontare le situazioni difficili o per chiedere aiuto?

coniuge

figli

parenti

altra persona/servizio .....

nessuno

Possono dedicarle del tempo nella cura/assistenza?  si  no

Vive

in famiglia

da solo

in struttura

altro

I familiari sono preoccupati per il ricovero?  si  no

Se si, perché? .....

Riferisce difficoltà di rapporto con

partner

genitori

figli

parenti

altri

nessuno

Chi pensa le starà vicino durante la degenza?

partner

genitori

figli

parenti

altri

nessuno

Chi si occuperà di lei a domicilio?

partner

genitori

figli

parenti

altri

nessuno

### 9.MODELLO DI SESSUALITÀ E DI RIPRODUZIONE

Se **DONNA** (se appropriato)

Menopausa  si  no

In gravidanza  si  no

Figli  si  no

Aborti  si  no

Utilizzo contraccezione  si  no

Controlli: .....

Ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello?  si  no

**GENTALI FEMMINILI**

Secrezioni  si  no  
 Lesioni  si  no  
 Irritazioni  si  no

Se **UOMO** (se appropriato)

Presenza di disturbi  si  no

Riferibili a

- effetti collaterali dei farmaci
- problemi di salute
- interventi
- altro

Ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello?  si  no

**GENTALI MASCHILI**

Lesioni  si  no

Secrezioni  si  no

Retrazione del prepuzio  si  no

**10.MODELLO DI COPING E DI TOLLERANZA ALLO STRESS**

Ha avuto eventi negativi in termini di perdite, lutti, nell'ultimo anno?  si  no

Se sì, sono stati risolti?  si  no

Normalmente reagisce allo stress?  si  no

Se sì, come affronta il problema?

- da solo
- con il supporto di altri (caregiver, familiari, servizi)
- farmaci

**11.MODELLO DI VALORI E DI CONVINZIONI**

Religione

- cattolica
- musulmana
- ebraica
- altro

Restrizioni dovute alla religione  si  no

Se sì, quali? .....

Richiesta di assistenza spirituale  si  no

Per lei la religione è importante?  si  no

Attività di volontariato  si  no

Se sì, quali? .....

Impegno nel sociale  si  no

Se sì, dove? .....

Lei percepisce cambiamenti dopo questo evento?  si  no

Se si, di che tipo?

- fisico .....
- psicologico .....
- lavorativo .....
- di ruolo .....
- altro .....

Ha ricevuto informazioni rispetto ai possibili cambiamenti futuri nel suo stile di vita?  si  no

Le sue scelte sono legate a valori/principi/regole morali?  si  no

Crede che i suoi valori/principi/regole morali possano aiutarla nell'affrontare un cambiamento o delle prese di decisioni per le sue scelte di salute future?  si  no

Se si, perché? .....

Ha consapevolezza in merito alle scelte di salute future?  si  no



<b>Allegato 4.</b>	<b>Diagnosi infermieristiche NANDA-I</b>
--------------------	--

**Tabella V – Principali diagnosi NANDA-I**

<b>Codice NANDA-I 2015-2017<sup>2</sup></b>	<b>Denominazione diagnosi</b>	<b>N°</b>
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
00002	NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO	3
00069	COPING INEFFICACE	3
00249	RISCHIO DI ULCERA DA PRESSIONE	3
00133	DOLORE CRONICO	3
00231	RISCHIO DI SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE	2
00040	RISCHIO DI SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE	2
00088	DEAMBULAZIONE COMPROMESSA	2
00155	RISCHIO DI CADUTE	2
00132	DOLORE ACUTO	2
00097	ATTIVITÀ DIVERSIVE INSUFFICIENTI	1
00257	SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE	1
00078	GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE	1
00079	NON ADESIONE	1
00020	INCONTINENZA URINARIA FUNZIONALE	1
00011	STIPSI	1
00093	FATIGUE	1
00109	DEFICIT NELLA CURA DI SÈ: VESTIRSI	1
00110	DEFICIT NELLA CURA DI SÈ: USO DEL GABINETTO	1
00124	MANCANZA DI SPERANZA	1
00120	AUTOSTIMA SITUAZIONALE SCARSA	1
00057	RISCHIO DI RUOLO GENITORIALE COMPROMESSO	1
00152	RISCHIO DI SENSO DI IMPOTENZA	1
00177	SOVRACCARICO PSICOFISICO DA STRESS	1
00046	INTEGRITÀ CUTANEA COMPROMESSA	1

<sup>2</sup> **Herdman T.H., & Kamitsuru S.** (2015) *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2015-2017* – Su autorizzazione di CEA-Casa Editrice Ambrosiana



<b>Allegato 5.</b>	<b>NOC principali in relazione alle diagnosi principali e secondarie</b>
--------------------	--

**Tabella VI – Principali NOC**

<b>Codice NOC<sup>3</sup></b>	<b>NOC</b>	<b>N°</b>
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
1302	COPING	3
1305	ADATTAMENTO PSICOSOCIALE AI CAMBIAMENTI DELLA VITA	3
1602	COMPORAMENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	3
1823	CONOSCENZE: PROMOZIONE DELLA SALUTE	3
3007	SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO: AMBIENTE FISICO	3
0005	TOLLERANZA ALL'ATTIVITÀ	2
0007	LIVELLO DI FATIGUE	2
0202	EQUILIBRIO POSTURALE	2
0222	ANDATURA	2
1009	STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI NUTRIENTI	2
1204	EQUILIBRIO DELL'UMORE	2
1209	MOTIVAZIONE	2
1309	RESILIENZA PERSONALE	2
1504	SOSTEGNO SOCIALE	2
1601	COMPORAMENTO DI ADESIONE	2
1854	CONOSCENZE: DIETA SALUTARE	2
2000	QUALITÀ DELLA VITA	2
2002	BENESSERE PERSONALE	2
2009	STATO DI BENESSERE: AMBIENTE	2
3016	SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO: GESTIONE DEL DOLORE	2
2210	RESISTENZA NEL RUOLO DI CAREGIVER	2
2506	SALUTE EMOTIVA DEL CAREGIVER	2
2605	PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA ALL'ASSISTENZA EROGATA DA PROFESSIONISTI	2
0004	SONNO	1
0113	INVECCHIAMENTO FISICO	1
0310	CURA DI SÈ: USO DEL GABINETTO	1
1006	PESO: MASSA CORPOREA	1

<sup>3</sup> Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2013). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute.*- Su autorizzazione di CEA-Casa Editrice Ambrosiana

<b>Codice NOC<sup>3</sup></b>	<b>NOC</b>	<b>N°</b>
1004	STATO NUTRIZIONALE	1
1010	STATO DELLA DEGLUTIZIONE	1
1014	APPETITO	1
1201	SPERANZA	1
1208	LIVELLO DI DEPRESSIONE	1
1210	LIVELLO DI PAURA	1
1308	ADATTAMENTO ALLA PROPRIA DISABILITÀ FISICA	1
1503	COINVOLGIMENTO SOCIALE	1
1604	PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ DI SVAGO	1
1621	COMPORAMENTO DI ADERENZA: DIETA SALUTARE	1
1622	COMPORAMENTO DI ADESIONE: DIETA PRESCRITTA	1
1625	COMPORAMENTI VOLTI ALLA CESSAZIONE DEL FUMO	1
1635	GESTIONE DEL PROPRIO TEMPO	1
1619	AUTOGESTIONE DEL DIABETE	1
3102	AUTOGESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA	1
1802	CONOSCENZE: DIETA PRESCRITTA	1
1830	CONOSCENZE: GESTIONE DELLA CARDIOPATIA	1
1843	CONOSCENZE: GESTIONE DEL DOLORE	1
1855	CONOSCENZE: STILE DI VITA SANO	1
2012	STATO DI BENESSERE: SOCIOCULTURALE	1
1306	DOLORE: RISPOSTA PSICOLOGICA NEGATIVA	1
2101	EFFETTI DESTABILIZZANTI DEL DOLORE	1
2206	CAPACITÀ DEL CAREGIVER: ASSISTENZA INDIRETTA	1
2508	BENESSERE DEL CAREGIVER	1
2600	COPING DELL FAMIGLIA	1
2601	CLIMA SOCIALE DELLA FAMIGLIA	1
2602	FUNZIONAMENTO DELLA FAMIGLIA	1
2211	PRESTAZIONI DI RUOLO GENITORIALE	1

<b>Allegato 6.</b>	<b>NIC principali in relazione alle diagnosi principali e secondarie</b>
--------------------	--

**Tabella VII – Principali NIC**

<b>Codice NIC<sup>4</sup></b>	<b>NIC</b>	<b>N<sup>o</sup></b>
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
1100	GESTIONE DELLA NUTRIZIONE	4
7140	SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA	4
7560	FACILITAZIONE DELLE VISITE	4
1260	GESTIONE DEL PESO CORPOREO	3
2380	GESTIONE DEI FARMACI	3
5395	MIGLIORAMENTO DELL'AUTOEFFICACIA	3
5900	DISTRAZIONE	3
7110	PROMOZIONE DEL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	3
0221	ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: DEAMBULAZIONE	2
5614	INSEGNAMENTO: DIETA PRESCRITTA	2
1800	ASSISTENZA NELLA CURA DI SÈ	2
2210	SOMMINISTRAZIONE DI ANALGESICI	2
4046	ASSISTENZA CARDIACA: RIABILITAZIONE	2
4410	CONDIVISIONE DI OBIETTIVI	2
4490	ASSISTENZA NELLA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO	2
5310	ISPIRARE SPERANZA	2
5330	GESTIONE DELL'UMORE	2
5510	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	2
6040	TERAPIA DI RILASSAMENTO	2
6490	PREVENZIONE DELLE CADUTE	2
0222	ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: EQUILIBRIO	1
0600	EDUCAZIONE A CORRETTE ABITUDINI URINARIE	1
1804	ASSISTENZA NELLA CURA DI SÈ: USO DEL GABINETTO	1
1480	MASSAGGIO	1
1850	MIGLIORAMENTO DEL SONNO	1
4360	SOSTEGNO NELLA MODIFICA DEL COMPORTAMENTO	1
5100	MIGLIORAMENTO DELLA SOCIALIZZAZIONE	1
5250	SOSTEGNO AL PROCESSO DECISIONALE	1

<sup>4</sup> **Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2014).** *Classificazione NIC degli interventi infermieristici* – Su autorizzazione di CEA-Casa Editrice Ambrosiana

<b>Codice NIC<sup>4</sup></b>	<b>NIC</b>	<b>N<sup>o</sup></b>
5380	MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA	1
8300	PROMOZIONE DEL RUOLO GENITORIALE	1
7100	PROMOZIONE DELL'INTEGRITÀ DELLA FAMIGLIA	1
8100	RICORSO AD ALTRI OPERATORI O SERVIZI	1

Tabella VIII – Collegamenti NNN più frequenti

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			
00214	BENESSERE COMPROMESSO	2011	STATO DI BENESSERE: PSICOSPIRITUALE	3	5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	3
		1211	LIVELLO DI ANSIA	2	5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	3
		1210	LIVELLO DI PAURA	1	5380	MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA	1
		1504	SOSTEGNO SOCIALE	1			
		2012	STATO DI BENESSERE: SOCIOCULTURALE	1			
		1212	LIVELLO DI STRESS	1			
00092	INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'	0002	CONSERVAZIONE DELL'ENERGIA	3	0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	3
		0005	TOLLERANZA ALL'ATTIVITA'	2	4046	ASSISTENZA CARDIACA: RIABILITAZIONE	2
		0007	LIVELLO DI FATIGUE	1	1800	ASSISTENZA NELLA CURA DI SE'	2
					1260	GESTIONE DEL PESO CORPOREO	1
00061	TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER	1211	LIVELLO DI ANSIA	5	7040	SOSTEGNO AL CAREGIVER	6
		2605	PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA ALL'ASSISTENZA EROGATA DA PROFESSIONISTI	2	5240	COUNSELING	3
		2506	SALUTE EMOTIVA DEL CAREGIVER	2	7140	SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA	3
		1309	RESILIENZA PERSONALE	1	7110	PROMOZIONE DEL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	2
		1635	GESTIONE DEL PROPRIO TEMPO	1	5230	MIGLIORAMENTO DEL COPING	1

Diagnosi NANDA-I 2015-2017		NOC associato alla diagnosi		N°	NIC associato alla diagnosi		N°
		2601	CLIMA SOCIALE DELLA FAMIGLIA	1	0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	1
		2210	RESISTENZA NEL RUOLO DI CAREGIVER	1	7100	PROMOZIONE DELL'INTEGRITA' DELLA FAMIGLIA	1
		2508	BENESSERE DEL CAREGIVER	1			
		2206	CAPACITA' DEL CAREGIVER: ASSISTENZA INDIRETTA	1			
		2602	FUNZIONAMENTO DELLA FAMIGLIA	1			
		1504	SOSTEGNO SOCIALE	1			
00198	MODELLO DI SONNO DISTURBATO	3007	SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO: AMBIENTE FISICO	3	6480	GESTIONE DELL'AMBIENTE	5
		2009	STATO DI BENESSERE: AMBIENTE	2	6040	TERAPIA DI RILASSAMENTO	2
		0004	SONNO	1	1400	GESTIONE DEL DOLORE	1
					1850	MIGLIORAMENTO DEL SONNO	1
					2380	GESTIONE DEI FARMACI	1
					5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	1
00062	RISCHIO DI TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER	2210	RESILIENZA NEL RUOLO DI CAREGIVER	1	5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	1
		1212	LIVELLO DI STRESS	1	7140	SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA	1
					5240	COUNSELING	1
00232	OBESITA'	1009	STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI NUTRIENTI	1	1100	GESTIONE DELLA NUTRIZIONE	1
		1006	PESO: MASSA CORPOREA	1	1260	GESTIONE DEL PESO CORPOREO	1
		1621	COMPORAMENTO DI ADERENZA: DIETA SALUTARE	1			
00099	MANTENIMENTO DELLA SALUTE INEFFICACE	1602	COMPORAMENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	2	5510	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	1
		1823	CONOSCENZE: PROMOZIONE DELLA SALUTE	2	4490	ASSISTENZA NELLA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO	1
		1855	CONOSCENZE: STILE DI VITA SANO	1	5395	MIGLIORAMENTO DELL'AUTOEFFICACIA	1
		1854	CONOSCENZE: DIETA SALUTARE	1	1100	GESTIONE DELLA NUTRIZIONE	1
					1260	GESTIONE DEL PESO CORPOREO	1
					7110	PROMOZIONE DEL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	1
					5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	1

Diagnosi NANDA-I 2015-2017		NOC associato alla diagnosi		N°	NIC associato alla diagnosi		N°
00162	DISPONIBILITA' A MIGLIORARE LA GESTIONE DELLA SALUTE	1602	COMPORAMENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	1	4410	CONDIVISIONE DI OBIETTIVI	1
		1601	COMPORAMENTO DI ADESIONE	1	5395	MIGLIORAMENTO DELL'AUTOEFFICACIA	1
		1830	CONOSCENZE: GESTIONE DELLA CARDIOPATIA	1	8100	RICORSO AD ALTRI OPERATORI O SERVIZI	1
00002	NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO	1004	STATO NUTRIZIONALE	1	1100	GESTIONE DELLA NUTRIZIONE	2
		1854	CONOSCENZE: DIETA SALUTARE	1	5614	INSEGNAMENTO: DIETA PRESCRITTA	1
		1009	STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI NUTRIENTI	1			
		1014	APPETITO	1			
		1010	STATO DELLA DEGLUTIZIONE	1			
00069	COPING INEFFICACE	1211	LIVELLO DI ANSIA	1	5230	MIGLIORAMENTO DEL COPING	1
		1309	RESILIENZA PERSONALE	1	5240	COUNSELING	1
		1212	LIVELLO DI STRESS	1	5440	POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SOSTEGNO	1
		1402	AUTOCONTROLLO DELL'ANSIA	1	5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	1
		2002	BENESSERE PERSONALE	1	4360	SOSTEGNO NELLA MODIFICA DEL COMPORAMENTO	1
		1302	COPING	1	5230	SOSTEGNO AL PROCESSO DECISIONALE	1
		1625	COMPORAMENTI VOLTI ALLA CESSAZIONE DEL FUMO	1			
00133	DOLORE CRONICO	1605	CONTROLLO DEL DOLORE	3	1400	GESTIONE DEL DOLORE	3
		2102	LIVELLO DEL DOLORE	2	1480	MASSAGGIO	1
		1843	CONOSCENZE: GESTIONE DEL DOLORE	1	2210	SOMMINISTRAZIONE DI ANALGESICI	1
		2008	STATO DI BENESSERE	1	2380	GESTIONE DEI FARMACI	2
		3016	SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO: CONTROLLO DEL DOLORE	1			
		2101	EFFETTI DESTABILIZZANTI DEL DOLORE	1			
		2000	QUALITA' DELLA VITA	1			
00088	DEAMBULAZIONE COMPROMESSA	0200	DEAMBULAZIONE	1	0221	ESERCIZIO FISICO TERPEUTICO: DEAMBULAZIONE	1
		0222	ANDATURA	1	6490	PREVENZIONE DELLE CADUTE	1
		0202	EQUILIBRIO POSTURALE	1			

Diagnosi NANDA-I 2015-2017		NOC associato alla diagnosi		N°	NIC associato alla diagnosi		N°
00155	RISCHIO DI CADUTE	0200	DEAMBULAZIONE	1	0222	ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: EQUILIBRIO	1
		0202	EQUILIBRIO POSTURALE	1	6490	PREVENZIONE DELLE CADUTE	1
		0222	ANDATURA	1	0221	ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: DEAMBULAZIONE	1
00132	DOLORE ACUTO	2102	LIVELLO DEL DOLORE	2	1400	GESTIONE DEL DOLORE	2
		1605	CONTROLLO DEL DOLORE	1	5900	DISTRAZIONE	2
		3016	SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO: GESTIONE DEL DOLORE	1	2210	SOMMINISTRAZIONE DI ANALGESICI	1
		2008	STATO DI BENESSERE	1			
00097	ATTIVITA' DIVERSIVE INSUFFICIENTI	1604	PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' DI SVAGO	1	5100	MIGLIORAMENTO DELLA SOCIALIZZAZIONE	1
		1503	COINVOLGIMENTO SOCIALE	1	7560	FACILITAZIONE DELLE VISITE	1
00257	SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE	1201	SPERANZA	1	0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	1
		1204	EQUILIBRIO DELL'UMORE	1	5270	SOSTEGNO EMOZIONALE	1
		1209	MOTIVAZIONE	1	5310	ISPIRARE SPERANZA	1
		0113	INVECCHIAMENTO FISICO	1			
00078	GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE	3102	AUTOGESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA	1	5240	COUNSELING	1
		1622	COMPORTAMENTI DI ADESIONE: DIETA PRESCRITTA	1	5395	MIGLIORAMENTO DELL'AUTOEFFICACIA	1
		1619	AUTOGESTIONE DEL DIABETE	1	5614	INSEGNAMENTO: DIETA PRESCRITTA	1
		1802	CONOSCENZE: DIETA PRESCRITTA	1			
00079	NON ADESIONE	1601	COMPORAMENTO DI ADESIONE	1	4410	CONDIVISIONE DI OBIETTIVI	1
		1823	CONOSCENZE: PROMOZIONE DELLA SALUTE	1	5510	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	1
					4490	ASSISTENZA NELLA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO	1
					5250	SOSTEGNO AL PROCESSO DECISIONALE	1
00020	INCONTINENZA URINARIA FUNZIONALE	0310	CURA DI SE': USO DEL GABINETTO	1	0600	EDUCAZIONE A CORRETTE ABITUDINI URINARIE	1
		0200	DEAMBULAZIONE	1	1804	ASSISTENZA NELLA CURA DI SE': USO DEL GABINETTO	1
00093	FATIGUE	0007	LIVELLO DI FATIGUE	1	0180	GESTIONE DELL'ENERGIA	1
		0002	CONSERVAZIONE DELL'ENERGIA	1	5330	GESTIONE DELL'UMORE	1

Diagnosi NANDA-I 2015-2017		NOC associato alla diagnosi		N°	NIC associato alla diagnosi		N°
		2002	BENESSERE PERSONALE	1			
00124	MANCANZA DI SPERANZA	1208	LIVELLO DI DEPRESSIONE	1	5310	ISPIRARE SPERANZA	1
		1209	MOTIVAZIONE	1	5340	PRESENZA	1
		1300	ACCETTAZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	1	5270	SOSTEGNO EMOZIONALE	1
		1306	DOLORE: RISPOSTA PSICOLOGICA NEGATIVA	1			
00057	RISCHIO DI RUOLO GENITORIALE COMPROMESSO	2211	PRESTAZIONI DI RUOLO GENITORIALE	1	5330	GESTIONE DELL'UMORE	1
		1204	EQUILIBRIO DELL'UMORE	1	5820	RIDUZIONE DELL'ANSIA	1
					8300	PROMOZIONE DEL RUOLO GENITORIALE	1
00177	SOVRACCARICO PSICOFISICO DA STRESS	1212	LIVELLO DI STRESS	1	2530	MIGLIORAMENTO DEL COPING	1
		1305	ADATTAMENTO PSICOSOCIALE AI CAMBIAMENTI DELLA VITA	1	5270	SOSTEGNO EMOZIONALE	1
		2600	COPING DELLA FAMIGLIA	1			



## **RINGRAZIAMENTI**

Desidero ringraziare con tutto il cuore la mia relatrice, Santin Cristina, e Rigon Luisa Anna che hanno illuminato il mio percorso intellettuale e mi hanno guidato in questo bellissimo progetto che ha concluso il cammino di studi, incoraggiandomi a credere nelle mie potenzialità e a non mollare mai.

Un grazie particolare ad Elisa, compagna di viaggio, che mi ha supportato nei momenti di scoraggiamento e ha esultato con me al raggiungimento di ogni piccolo obiettivo.

Un ringraziamento va anche a tutti i professionisti dell'Unità Operativa UTIC che mi hanno accolto, ascoltato ed aiutato in questo splendido progetto. Un grazie speciale a Donatella e Lidia, che, con passione, determinazione ed entusiasmo, hanno accettato di prendermi per mano e accompagnarmi nella raccolta dei dati, rimettendosi a testa china sui libri.

Inoltre, desidero ringraziare i miei genitori che da sempre con il loro affetto mi sono vicini e credono nei miei sogni, Simone, che in questi tre anni ha imparato anch'egli a utilizzare gli strumenti infermieristici e ha passato le vacanze estive a studiare con me, e Francesco, che mi ha soccorso durante la stesura di questo elaborato.

Un abbraccio va, infine, a tutte quelle persone che da sempre mi sostengono e mi vogliono bene.

Grazie di cuore