



Background scientifico ENP

European Nursing care Pathways
Versione 2.9

Autori:

Dr.ssa Pia Wieteck
Sebastian Kraus (M.Sc.)
Dr. Holger Mosebach
Dr.ssa Monika Linhart
Simon Berger (MScN, BScN)

Aggiornato a: dicembre 2014

Indice

Introduzione	3
1. Struttura di ENP	3
1.1 La classificazione infermieristica ENP - Settore A	4
1.2 Precombinazioni di concetti nella classificazione ENP – Settore B	11
1.3 Percorsi per la pratica infermieristica in ENP – Settore C.....	15
1.4 Sviluppo e perfezionamento di ENP	16
1.5 Utilizzo di ENP	24
1.6 Collegamenti di ENP con altri strumenti	24
1.7 Diffusione di ENP.....	25
2. Modifiche tra le versioni.....	25
2.1 Versioni ENP da 2.0 (Wieteck, 2004c) fino a 2.4.....	25
2.2 Versione ENP da 2.4 a 2.5 (2008/2009)	26
2.3 Versione ENP da 2.5 a 2.6 (dal 2009 a maggio 2011).....	27
2.4 Versione ENP da 2.6 a 2.7 (da maggio 2011 ad agosto 2012)	28
2.5 Versioni ENP da 2.7 a 2.9 (da agosto 2012 ad agosto 2014).....	30
3. Livello di evidenza delle diagnosi e dei percorsi per la pratica ENP.....	38
4. Definizione dei termini relativi alle classi ENP	41
4.1 Definizione delle diagnosi infermieristiche ENP.....	41
4.2 Definizione: caratteristiche ENP.....	43
4.3 Definizione: cause ENP	44
4.4 Definizione: risorse	46
4.5 Definizione: obiettivi infermieristici ENP	47
4.6 Definizione: Interventi infermieristici ENP	50
4.7 Valori temporali normativi in ENP	51
5. Qualità dei percorsi per la pratica ENP	52
6. Considerazioni critiche	54
Bibliografia	55
Contatti	58

Background scientifico

Introduzione

La classificazione infermieristica ENP (European Nursing care Pathways) è stata elaborata con l'obiettivo di consentire la descrizione del processo di assistenza nella documentazione mediante un linguaggio uniforme e standardizzato. ENP rappresenta pertanto uno strumento che contribuisce al raggiungimento degli obiettivi centrali di un linguaggio specialistico standardizzato per l'infermieristica, ovvero il perfezionamento della comunicazione intra-professionale nell'ambito sanitario, il supporto ai diversi processi (ad es. il trasferimento da una struttura all'altra) e la trasparenza delle prestazioni di assistenza. Grazie alla presenza di contenuti specialistici sempre aggiornati, ENP con la sua struttura offre un supporto agli infermieri durante la presa di decisioni nel processo di assistenza. L'impiego di formulazioni standardizzate nella documentazione del processo di assistenza consente inoltre di generare dati per la formulazione e la verifica di ipotesi nella ricerca infermieristica e per i processi di regolazione del management infermieristico e della gestione dei rischi. ENP è disponibile come versione su stampa, come banca-dati o integrato in applicazioni software. La disponibilità in diverse lingue all'interno di un'unica banca-dati (tedesco, inglese, francese e italiano) rende la terminologia ENP idonea anche per un uso in un team multilingue.

ENP può essere rappresentato come struttura articolata in tre sottosettori:

- A) ENP ... come sistema di classificazione dell'assistenza infermieristica per un totale di sette gruppi concettuali (cfr. capitolo 1.1)
- B) ENP ... come precombinazione degli elementi di questo sistema di classificazione infermieristica (cfr. capitolo 1.2)
- C) ENP... come percorsi per la pratica infermieristica sviluppati dalla precombinazione e classificazione infermieristica (cfr. capitolo 1.3), un ausilio per gli infermieri per la documentazione del processo di assistenza con formulazioni standardizzate, ad es. diagnosi infermieristiche, caratteristiche, cause, risorse, obiettivi e interventi infermieristici.

Per la citazione del presente testo indicare la seguente bibliografia: Berger, Wieteck, Kraus, Mosebach e Linhart (2014), traduzione di Elisabetta De Vecchis. Background scientifico ENP (European Nursing care Pathways), versione 2.9. Baar-Ebenhausen, RECOM GmbH. Disponibile online sul sito: <http://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/einleitung.html>

1. Struttura di ENP

Seguirà ora una descrizione dei tre sottosettori di ENP e un'illustrazione della loro struttura tramite grafici. Il **settore A** del grafico rappresenta il **sistema di classificazione dell'assistenza infermieristica** ENP. Il **settore B** chiarisce le modalità di **precombinazione** attuate a partire dagli elementi del sistema di classificazione, per comporre, ad esempio, le diagnosi e gli interventi infermieristici. Il **settore C** del grafico, infine, spiega in che modo una diagnosi infermieristica si completi fi-

no a diventare un percorso per la pratica, grazie ai collegamenti con le caratteristiche, le cause, le risorse, gli obiettivi e gli interventi infermieristici. Ad oggi (**versione 2.9**) è stato definito un totale di **552** percorsi per la pratica correlati a diagnosi infermieristiche. I paragrafi successivi saranno dedicati all'inquadramento di ENP come classificazione infermieristica e come insieme di percorsi per la pratica correlati a diagnosi infermieristiche. Il grafico seguente mostra le relazioni tra i tre sotto-settori.

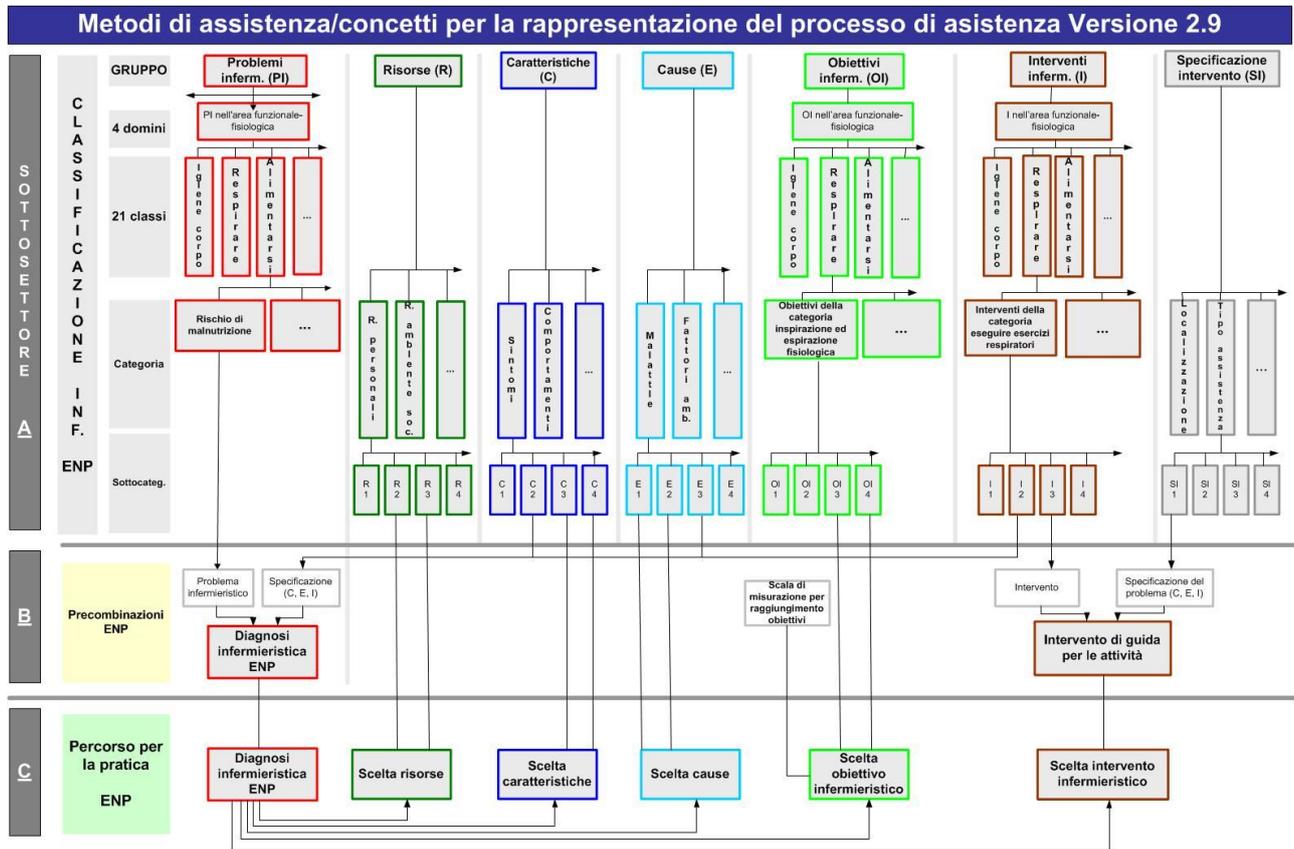


Figura 1: Struttura gerarchica del sistema di classificazione ENP con i sotto-settori A, B e C

1.1 La classificazione infermieristica ENP - Settore A

Per garantire la massima comprensione dei paragrafi successivi, forniamo una definizione sintetica del termine "classificazione". In generale, la classificazione viene definita come un sistema di ordinamento basato sul principio della formazione di classi. Una classificazione è un'elencazione di concetti che presenta solitamente una struttura gerarchica. Il concetto sovraordinato a tutti gli altri è detto "concetto generale" ed è l'elemento comprensivo di tutto. In ENP il concetto generale è **"Metodi di assistenza/concetti per la rappresentazione del processo di assistenza"**. La catena concettuale, raffigurata mediante le linee di collegamento, stabilisce delle relazioni tra concetti sovra e sottordinati. All'interno delle singole classi il sistema di classificazione è a sua volta strutturato in modo gerarchico. Esso include i seguenti elementi: Gruppo → Dominio → Classe → Categoria → Sottocategoria.

Il **gruppo dei problemi infermieristici** si suddivide ad esempio in **quattro domini** (problemi infermieristici nell'area funzionale/fisiologica, problemi infermieristici nell'area emozionale/psico-sociale, problemi infermieristici con rischi multidimensionali e problemi infermieristici correlati all'ambiente). Il dominio relativo ai problemi nell'area funzionale/fisiologica si suddivide in **11 classi**, alle quali sono state attribuite **67 categorie**. Nella tabella seguente sono elencati tutti i domini, le classi e le categorie dei problemi infermieristici ENP. La suddivisione contenutistica dei domini e delle classi per i tre elementi diagnosi, obiettivi e interventi è la medesima.

Dominio	Classe	Categoria
Area funzionale/fisiologica <i>Il dominio comprende tutti i percorsi per la pratica ENP che, a causa di alterazioni di funzioni e strutture corporee, determinano l'insorgere di limitazioni e/o la perdita delle competenze di autocura per il soddisfacimento delle esigenze fisiche di base e/o rischi per la salute</i>	Cura personale/Vestirsi Capacità di saper curare e lavare il proprio corpo, nonché di saper scegliere e indossare gli indumenti adeguati.	Deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo ¹
		Deficit nella cura di sé nella cura orale
		Deficit nella cura di sé nella cura di unghie, orecchie, occhi e naso
		Deficit nella cura di sé nella cura dei capelli
		Deficit nella cura di sé nella vestizione
	Respirazione Comprende le funzioni respiratorie della ventilazione (inspirazione ed espirazione, funzione dei muscoli respiratori), dello scambio dei gas tra aria e sangue, nonché le funzioni di autodepurazione delle vie aeree.	Funzione autodepurativa delle vie aeree compromessa
		Respirazione insufficiente
		Rischio di insufficienza respiratoria
		Rischio di asfissia
		Rischio di aspirazione
		Rischio di formazione di atelettasia/polmonite
		Rischio di respirazione compromessa postoperatoria
	Nutrizione Comprende le attività, le capacità, i presupposti e le funzioni dell'uomo volte al nutrimento, con l'obiettivo della crescita, del mantenimento, della rigenerazione di tessuto e della produzione di energia.	Assunzione di cibo compromessa
		Compromissione della deglutizione
		Malnutrizione
		Rischio di malnutrizione
		Comportamenti alimentari compromessi
		Deficit idrico/disturbo del bilancio elettrolitico
		Rischio di compromissione del bilancio idrico ed elettrolitico
		Rischio di allattamento compromesso
		Allattamento compromesso
		Rischio di complicanze legate alla nutrizione
	Eliminazione Comprende le attività, capacità e funzioni che riguardano l'eliminazione dell'urina (dalla filtrazione, raccolta fino all'eliminazione) e delle feci (eliminazione di scorie e cibi non digeriti dall'intestino con la funzione della spinta addominale).	Deficit nella cura di sé minzione/defecazione
		Compromissione dell'eliminazione urinaria
		Incontinenza urinaria
		Defecazione compromessa
		Deficit nella cura di sé nella cura della stomia
		Gestione della stomia compromessa
		Rischio di ileo paralitico
		Rischio di ritenzione urinaria/blocco renale
		Rischio di infezione degli organi escretori

¹ Il deficit nella cura di sé lavaggio del corpo viene definito come segue: Capacità limitata o assente di lavare il corpo o parti del corpo sul lavandino o altre attrezzature per l'igiene personale (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Ogni categoria è ben definita ed è un elemento delle diagnosi infermieristiche ENP associate.

	Circolazione Comprende le attività e funzioni che garantiscono l'apporto di sangue del corpo con il volume e la pressione adeguati e necessari. Tra queste, le funzioni di pompa del cuore, le funzioni dei vasi sanguigni per il trasporto di sangue attraverso il corpo e le funzioni per il mantenimento della pressione arteriosa.	Funzione cardiaca/circolatoria compromessa
		Rischio di compromissione cardio-circolatoria
		Rischio di trombosi venosa
		Rischio di embolia polmonare
		Rischio di emorragia
	Rischio di reazione allergica/di shock anafilattico	
	Movimento/Mobilità Comprende tutte le attività e capacità di movimento personale per la modifica delle posizioni o della postura del corpo o lo spostamento da un luogo a un altro; rientra in questa classe anche lo spostamento in modalità diverse, come la deambulazione, la corsa ecc.	Movimento compromesso
		Compromissione della deambulazione
		Pattern/sequenza motoria compromessi
		Rischio di cadute
		Rischio di contrattura
		Rischio di spasticità
		Rischio di paralisi
	Rischio di mobilità compromessa	
	Relax/Sonno/Riposo Comprende tutte le attività e funzioni mentali che si esprimono attraverso un distacco dall'ambiente diretto fisico, mentale periodico, reversibile e selettivo e in cui il corpo raggiunge una situazione di riposo con funzioni ridotte.	Rischio di deficit del sonno
		Compromissione del sonno
		Compromissione del rilassamento
	Integrità tegumentaria Comprende tutte le attività, i comportamenti e le funzioni che influenzano o potrebbero influenzare l'integrità del corpo e/o degli organi.	Rischio di zone compresse
		Rischio di compromissione dell'integrità cutanea
		Rischio di compromissione della mucosa/dell'integrità cutanea
		Mucosa orale alterata
Rischio di danno corneale		
Rischio di guarigione compromessa delle ferite		
Guarigione compromessa delle ferite		
Rischio di dislocazione/lussazione		
Rischio di lesione		
Rischio di gonfiore/di formazione di edemi		
Rischio di danno tissutale		
Rischio di infezione/contaminazione microbica		
Metabolismo Comprende tutte le funzioni di regolazione degli elementi nutritivi necessari come carboidrati, proteine e grassi, la loro conversione in energia, così come l'insieme degli altri processi di trasformazione chimica nell'organismo: tra questi, ad esempio, il metabolismo glucidico e le funzioni di equilibrio ormonale dell'ipofisi, della tiroide, della ghiandola surrenale ecc.	Rischio di ipo/iperglicemia	
	Rischio di scompenso metabolico	
	Scompenso metabolico	
Riproduzione Comprende tutte le funzioni e attività legate alla fertilità, alla gravidanza, al parto e all'allattamento.	Rischio di compromissione della salute per madre e bambino	
	Rischio di gravidanza indesiderata	
	Compromissione della vita sessuale	

	<p>Temperatura corporea Comprende tutte le funzioni e attività legate alla regolazione della temperatura corporea.</p>	Rischio di iper/ipotermia
<p>Area emozionale/psicosociale <i>Il dominio comprende tutti i percorsi per la pratica ENP che compromettono lo sviluppo personale, la partecipazione e/o la salute emotiva e sociale attraverso limitazioni (fisiche o dovute all'ambiente), comportamenti o altre circostanze.</i></p>	<p>Sensazioni Comprende tutti i processi neurofisiologici e neuropsicologici che vengono suscitati come stadio preliminare della percezione tramite l'azione di stimoli. Le sensazioni possono riferirsi al dolore o a sensazioni psichiche come la noia, l'esaurimento ecc.</p>	Dolore Paura Compromissione delle percezioni Compromissione del benessere Noia Sofferenza personale Affaticamento Rischio di affaticamento Senso di vergogna
	<p>Percezioni Comprende tutti i processi e le funzioni correlate a funzioni mentali specifiche del riconoscimento e dell'interpretazione di stimoli sensoriali (uditivi, visivi, gustativi, olfattivi, tattili).</p>	Compromissione dell'orientamento Compromissione dello schema corporeo/dell'immagine corporea Compromissione del concetto/immagine di sé Rischio di disturbo dello stato di coscienza Percezione compromessa Compromissione della coscienza
	<p>Interazione Comprende ogni azione riferita l'un l'altro e reciproca tra due o più persone; a questo scopo si fa ricorso a diversi tipi di comunicazione.</p>	Rischio di comunicazione inefficace/inadeguata Compromissione della comunicazione Rischio di compromissione dell'interazione Compromissione dell'interazione Relazione compromessa Rischio di bisogni insoddisfatti
	<p>Azioni/Comportamento Comprende tutte le attività e reazioni fisiche osservabili e misurabili di una persona. L'insieme di azioni direttamente osservabili sono comportamenti che rappresentano le espressioni di un uomo verso il suo ambiente osservabili dall'esterno.</p>	Compromissione dell'adattamento Compromissione del comportamento Compromissione della strategia di superamento dei problemi Comportamento pericoloso per la salute Rischio di pericolo per se stesso/per gli altri Il comportamento è pericoloso per se stesso/per gli altri Comportamento autolesionistico Rischio di trattamento inefficace Rischio di non raggiungimento degli obiettivi di salute Rischio di suicidio Rischio di fuga
	<p>Attività/Organizzazione della giornata/Partecipazione Comprende tutte le azioni/attività relative al coinvolgimento di una persona in una situazione di vita concentrata sullo svolgimento di incarichi di una procedura quotidiana strutturata, come ad es. organizzare il tempo libero, svolgere attività domestiche ecc. e/o che si riferiscono all'integrazione/partecipazione sociale e alle prospettive correlate.</p>	Rischio di deficit nella cura di sé Compromissione della cura di sé Compromissione dell'organizzazione della giornata/vita Compromissione dello svolgimento di attività Compromissione dell'organizzazione del tempo libero Deficit nella cura di sé nella gestione domestica Assistenza di compensazione della dipendenza deficitaria Rischio di assistenza di compensazione della dipendenza deficitaria
	<p>Sviluppo personale Comprende tutte le attività, i presupposti e le funzioni per ottenere un quadro realistico del mondo e di se stessi e per poter agire e decidere nel proprio interesse.</p>	Abilità cognitive compromesse Compromissione della capacità decisionale Compromissione dello sviluppo Rischio di sviluppo compromesso Prospettiva per il futuro compromessa Abitudini compromesse

		Qualità di vita compromessa
		Fase di morte compromessa
		Stima di sé compromessa
	Conoscenze Comprende tutte le capacità e attività che consentono di ottenere e utilizzare informazioni e conoscenze e di utilizzarle per la promozione, il mantenimento e il ripristino della salute.	Informazioni/capacità mancanti Compromissione dell'elaborazione delle informazioni
	Società Comprende le attività, le azioni e le idee correlate a norme sociali quali la religione, i ruoli, la fede e i sistemi di valori e che influenzano le proprie possibilità di scelta e le decisioni.	Rischio di emarginazione sociale Rischio di isolamento sociale Rischio di rovina finanziaria/sociale Rischio di emarginazione professionale Conflitto relativo a norme Conflitto di ruolo Compromissione della professione religiosa/della fede Deficit di autosufficienza
Rischi multidimensionali <i>Il dominio comprende tutti i percorsi per la pratica ENP che, a causa di procedure terapeutiche/di trattamento, limitazioni (ad es. fisiche o dovute all'ambiente) e/o altre circostanze, portano a rischi e toccano sia la sfera funzionale/fisiologica sia quella emozionale/psicosociale, con l'impossibilità di classificarli in modo univoco in una classe.</i>	Rischi sanitari non specifici Comprende tutte le attività, azioni, terapie e alterazioni (fisiche) correlate a un potenziale di rischio per la propria salute.	Rischio di morte improvvisa del lattante Rischio di complicanze: trattamento/terapia Rischio di complicanze: malattia primaria/lesione Rischio di complicanze: in fase postoperatoria Rischio di complicanze: alterazioni patologiche Rischio di complicanze: alterazione percettiva Rischio di complicanze: disidratazione Rischio di complicanze: regolazione termica Rischi per la salute
Problemi correlati all'ambiente <i>Il dominio comprende tutti i percorsi per la pratica ENP che non si riferiscono al beneficiario di cure, ma ai rischi per il suo ambiente comunitario e/o sociale.</i>	Rischio di peggioramento della salute dovuto all'ambiente Comprende tutte le alterazioni fisiche che rappresentano un potenziale di rischio della persona in questione per il suo ambiente.	Rischio di contagio
N = 4	N = 21	N = 136

Tabella 1: Gruppo dei problemi infermieristici suddiviso secondo domini, classi e categorie

Nel 2006 (versione 2.3) i termini/concetti precombinati delle diagnosi infermieristiche ENP sono stati scissi nei due elementi "problema" e "specificazione", per poi generare, mediante formazione di cluster, una **struttura monogerarchica**.² Tale ristrutturazione consente ora di effettuare valutazioni di dati su diversi livelli di aggregazione. La formazione di cluster dei problemi infermieristici è stata realizzata in più fasi lavorative attraverso l'analisi dei concetti infermieristici inerenti. Gli interi processi di gerarchizzazione sono stati avviati in modo concettuale e seguono regole prestabilite sulla base di attività basilari di definizione dei domini, delle classi ecc.

Negli anni 2007–2008 è seguita la scomposizione e formazione di cluster degli obiettivi e interventi ENP. Anche in questo caso si tratta di struttura monogerarchiche. A livello dei domini e delle clas-

² I sistemi di ordinamento monogerarchici hanno una gerarchia "rigida", vale a dire che i concetti possono essere subordinati a un solo concetto generale. Un settore pertinente all'oggetto viene ordinato dall'universale al particolare, aggiungendo a ogni livello gerarchico un'ulteriore caratteristica distintiva.

si, gli obiettivi e gli interventi presentano la stessa struttura gerarchica e tematica dei problemi infermieristici. A livello delle categorie troviamo obiettivi e approcci di interventi infermieristici formulati in modo astratto.

La struttura dei domini e delle classi nei tre gruppi "diagnosi, obiettivi e interventi infermieristici" è armonizzata a livello di contenuti. Ecco di seguito un esempio per la categoria dei problemi infermieristici "*Deficit nella cura di sé lavaggio del corpo*": la categoria associata degli obiettivi infermieristici è "*Capacità di cura di sé lavaggio del corpo presente*" e a livello degli interventi la categoria è intitolata "*Interventi nell'ambito del lavaggio del corpo*". Le caratteristiche e le cause seguono una struttura gerarchica autonoma. I termini/concetti di ENP sono ordinati in maniera **monogerarchica**. Le attività di gerarchizzazione di ENP sono iniziate nel 2006 (versione 2.3) con i problemi infermieristici. Da quel momento si parla anche di classificazione infermieristica ENP. Ecco un esempio tratto dall'attuale versione di ENP 2.9:

Diagnosi infermieristiche (n=552)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Classe: Cura personale / Vestirsi
Categoria: Deficit nella cura di sé lavaggio del corpo
Diagnosi
Categoria: Deficit nella cura di sé cura orale
Diagnosi...

Obiettivi (n=1852)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Classe: Cura personale/Vestirsi
Categoria: Capacità di cura di sé lavaggio del corpo presente
Obiettivi
Categoria: Capacità di cura di sé cura orale presente
Obiettivi

Interventi infermieristici (n=2615)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Classe: Cura personale/Vestirsi
Categoria: Interventi legati al lavaggio del corpo
Interventi
Categoria: Interventi legati alla cura orale
Interventi

Caratteristiche (n=3984)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Classe: Cura personale/Vestirsi
Categoria: Riguardante la cura dei denti
Caratteristiche

Cause (n=3526)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Classe: Cura personale/Vestirsi
Categoria: Comportamento d'igiene
Cause

Risorse (n=648)
Dominio: **Area funzionale/fisiologica**
Categoria: Capacità fisiche
Risorsa

Le gerarchizzazioni elaborate vogliono contribuire al continuo sviluppo di ENP e sono importanti a livello di valutazioni dati; nella pubblicazione non sono però visibili all'utente finale, poiché i vantaggi di ENP per la pratica infermieristica irrisiedono nella struttura orizzontale (Fig. 1 Settore C).

La tabella seguente 2 mostra il numero attuale di elementi per ogni gruppo di ENP. Ogni elemento è presente una sola volta nel sistema, ma può avere collegamenti multipli, ad eccezione delle diagnosi. All'interno dei domini, delle classi e delle categorie, ogni elemento di un gruppo ha un solo collegamento al livello immediatamente più alto. Ogni elemento presenta un numero ID univoco che rimane invariato tra una versione e l'altra. In ENP gli elementi non vengono mai rimossi, ma

solo sospesi: ciò permette di leggere anche i vecchi piani di assistenza con formulazioni non più valide.

Termini/concetti del gruppo	Numero 2.5	Numero 2.6	Numero 2.7	Attuale 2.9
Diagnosi	521	542	548	552
Caratteristica	2230	2719	2905	3984
Cause	1799	2282	2426	3526
Risorse	379	457	473	648
Obiettivi	1435	1683	1724	1852
Interventi infermieristici	2494	2511	2558	2615
Specificazioni delle attività	3652	4285	4461	4797

Tabella 2: Numero di elementi nei gruppi ENP

Dominio	Classe				Categoria				Diagnosi ENP precombinare			
	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9
Problemi nell'area funzionale/fisiologica	11	11	11	11	66	67	67	67	259	275	279	278
Problemi nell'area emozionale/psicosociale	8	8	8	8	55	58	59	59	202	210	212	221
Problemi con rischi multi-dimensionali	1	1	1	1	2	8	9	9	59	54	54	50
Problemi correlati all'ambiente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
Totale: 4	21	21	21	21	124	134	136	136	521	542	547	552

Tabella 3: Numero degli elementi del gruppo "problemi infermieristici ENP" versione 2.5 (aprile 2009) rispetto alla versione 2.6 (maggio 2011), alla versione 2.7 (maggio 2012) e alla versione 2.9 (maggio 2014).

1.2 Precombinazioni di concetti nella classificazione ENP – Settore B

In ENP gli elementi della classificazione vengono precombinati, ovvero la combinazione dei singoli concetti ed elementi funge da descrittore in tutta la sua forma. Ad esempio, le diagnosi infermieristiche sono composte da un problema (concetto proveniente dalla categoria del gruppo dei problemi infermieristici) e da una specificazione (concetto proveniente dal gruppo delle caratteristiche, cause o interventi). Oltre alle diagnosi, anche gli interventi sono precombinati in ENP. Per una migliore comprensione, nei prossimi capitoli illustreremo la procedura e la struttura della precombinazione sulla base di esempi.

1.2.1 Diagnosi infermieristiche precombinata ENP

Una diagnosi infermieristica ENP è composta dalla combinazione di un problema infermieristico proveniente dalla struttura monogerarchica del sottosettore A e di una specificazione sotto forma di causa o caratteristica del problema o fenomeno infermieristico in questione.

Esempio 1 – Gruppo problema infermieristico:

Dominio: Problemi nell'area funzionale / fisiologica

Classe: Cura personale/Vestirsi

Categoria: Deficit nella cura di sé: vestirsi

Problema infermieristico: **Difficoltà nel vestirsi/svestirsi**

Ad esempio, la diagnosi infermieristica ENP precombinata "La persona presenta delle difficoltà nel vestirsi/svestirsi a causa di una programmazione ed esecuzione disturbata delle azioni/del movimento" è composta dal problema "difficoltà nel vestirsi/svestirsi" e dalla causa "programmazione ed esecuzione disturbata delle azioni/del movimento". La diagnosi qui riportata a titolo di esempio è attribuita alla categoria "Deficit nella cura di sé: vestirsi".

Esempio 2: "La persona è a rischio di atelettasia/polmonite per una ventilazione polmonare ridotta (ditelectasia)"

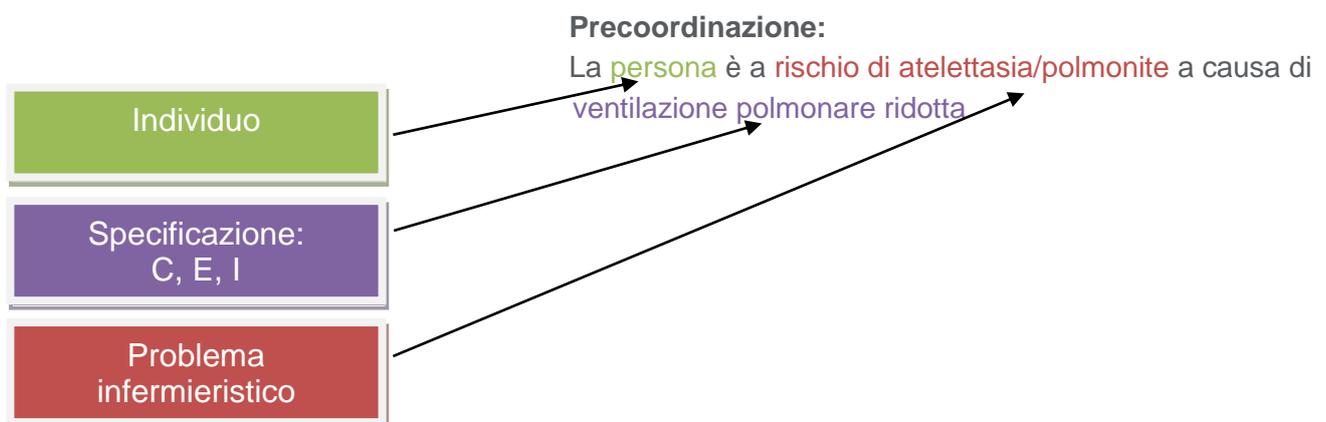


Figura 2: Precombinazione di una diagnosi infermieristica ENP

Questi esempi illustrano chiaramente la natura precombinata della diagnosi infermieristica ENP con i concetti della classificazione infermieristica.

Ogni diagnosi infermieristica ENP aggiornata della versione 2.9 è stata inoltre corredata da una definizione, elaborata sia per scopi didattici sia per gli infermieri che non conoscono i concetti diagnostici-infermieristici, allo scopo di supportare e promuovere una comprensione uniforme. Generalmente, nell'uso quotidiano le definizioni non sono necessarie grazie alla "granularità" delle diagnosi ENP, ovvero al loro grado di dettaglio, alla loro precisione ed espressività: sono già formulate in modo univoco e lasciano poco spazio a interpretazioni. Di seguito riportiamo un esempio che chiarisce la struttura di una definizione di diagnosi infermieristica ENP.

00022 La persona **non è in grado di effettuare in modo autonomo il lavaggio del corpo per disorientamento**

Definizione:

Capacità limitata o assente di lavare il corpo o parti del corpo sul lavandino o altre attrezzature per l'igiene personale a causa di una funzione mentale di percezione di sé compromessa (necessaria per potersi orientare rispetto al tempo, allo spazio, alla situazione e/o alla propria persona).

(ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing, ICF b114 Orientation functions, ICNP Orientation [10013810] und Disorientation [10001235])

Chiaramente, la definizione tiene conto sia del concetto "non è in grado di effettuare in modo autonomo il lavaggio", sia del "disorientamento". Si cerca di descrivere e/o chiarire gli elementi centrali di una diagnosi infermieristica ENP con la determinazione esatta dei concetti utilizzati. Per l'elaborazione della definizione si fa riferimento a sistemi di classificazione esistenti e altre fonti di centrale importanza rilevanti per l'infermieristica, come ad es. analisi concettuali. Viene sempre indicata, inoltre, la bibliografia di riferimento.

Se in una diagnosi ENP troviamo già una specificazione sotto forma di causa o caratteristica, le cause proposte o i fattori influenti o le caratteristiche si riferiranno ai due elementi della diagnosi. Per chiarire l'ultima affermazione, si riporta il seguente esempio:

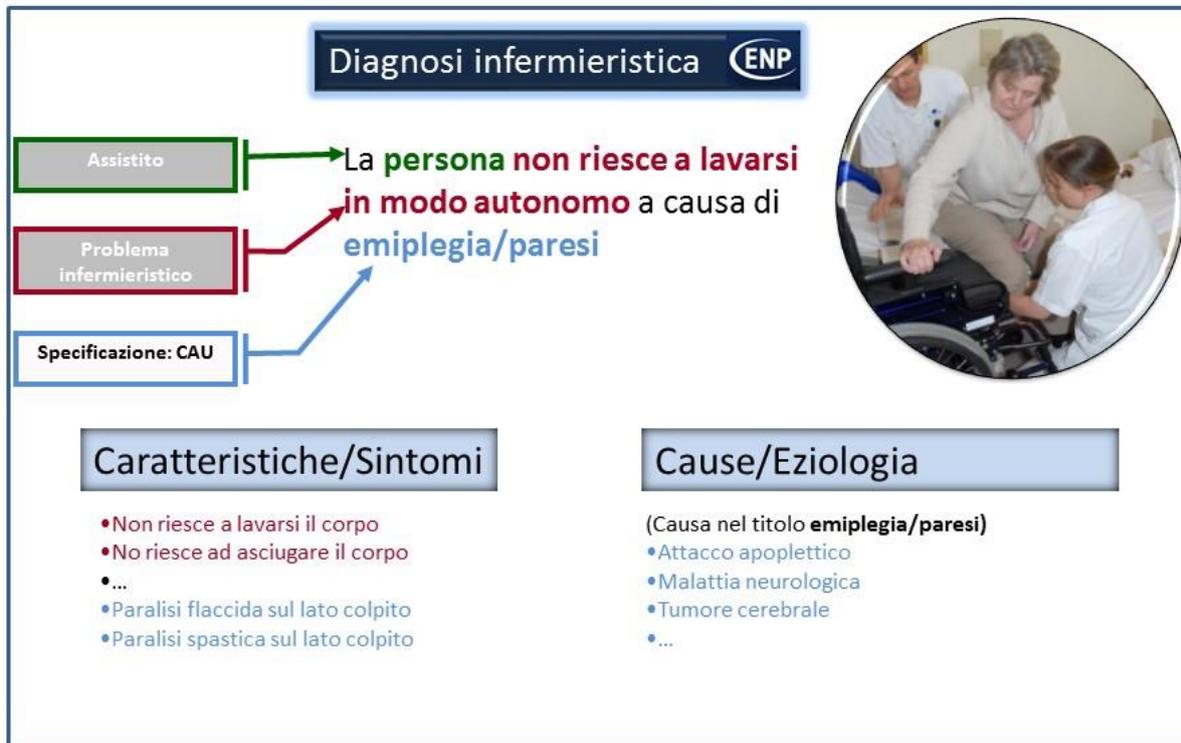


Figura 3: Punti di riferimento delle caratteristiche e cause in ENP

Le diagnosi per le quali è utile indicare il grado di compromissione a livello delle caratteristiche vengono rappresentate con l'ausilio di una scala Likert del grado di compromissione/dipendenza.

Ecco un esempio:

La persona è compromessa nella capacità di trasferimento.

Caratteristica:

- Capacità di trasferimento compromessa dal letto alla carrozzina/poltrona
- Capacità di trasferimento compromessa dalla carrozzina/poltrona al letto
- Capacità di trasferimento compromessa dalla carrozzina al bagno
- ...

Inoltre:

Grado di compromissione nel trasferimento

Livello 1: trasferimento autonomo con ausili

Livello 2: scarsa compromissione del trasferimento

Livello 3: notevole compromissione nel trasferimento

Livello 4: grave compromissione nel trasferimento

Livello 5: perdita della capacità di trasferimento

Con l'introduzione del livello di gravità sotto forma di scala nelle diagnosi ENP in riferimento ai deficit nella cura di sé, in futuro sarà possibile esportare dalla documentazione infermieristica il nuovo sistema sviluppato in Germania per la classificazione del bisogno infermieristico (Wingenfeld,

Büscher, Gansweid, IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, & MDK WL Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, 2008).

1.2.2 Diagnosi infermieristiche precombinata ENP

Anche per il gruppo degli interventi infermieristici vengono create delle precombinazioni. A differenza delle diagnosi ENP, tuttavia, in questo caso la precombinazione deriva dai diversi elementi del gruppo degli interventi e delle specificazioni delle attività. Agli interventi infermieristici sono infatti attribuite delle specificazioni che possono contenere ulteriori indicazioni, quali informazioni relative a frequenza, grado di assistenza della persona durante lo svolgimento dell'intervento, numero di infermieri necessari, ausili di cura o prodotti occorrenti, indicazione dell'ubicazione/località in cui si svolge l'intervento, informazioni temporali, ecc.

I livelli delle diagnosi e degli interventi infermieristici precombinati si generano a partire dal sistema di classificazione ENP. Le diagnosi e gli interventi precombinati corrispondono alle formulazioni utilizzate dagli infermieri nella pratica per la documentazione del processo di assistenza. La delimitazione tra gli elementi della classificazione ENP e quelli precombinati è rappresentata dalla linea orizzontale grigia nella fig. 1, mentre le relazioni sono indicate dalle linee di collegamento.

Di seguito un esempio di classificazione delle specificazioni che guidano gli interventi:

Esempio tratto dal gruppo degli interventi infermieristici:

Dominio: Interventi infermieristici nell'area funzionale / fisiologica

Classe: Cura personale / Vestirsi

Categoria: Effettuare lavaggio del corpo

Sottocategoria: Effettuare lavaggio totale del corpo individualmente

Effettuare lavaggio parziale del corpo individualmente

Durante la doccia fornire assistenza individuale

Assistere in modo individuale durante il bagno

Effettuare lavaggio del corpo mediante stimoli di natura basale
(secondo metodo riabilitativo Bobath)

....

La formulazione d'intervento "Effettuare lavaggio parziale del corpo individualmente" non è sufficientemente dettagliata come indicazione d'azione nella pianificazione del processo di assistenza. Non fornisce infatti informazioni né sul luogo in cui viene svolto il lavaggio né sul grado di assistenza necessario. Ecco perché gli interventi ENP vengono ulteriormente specificati. Il piano d'assistenza conterrà pertanto un'indicazione precisa delle attività per garantire uno svolgimento personalizzato dell'assistenza e adeguato a bisogni ed esigenze. L'intervento "Effettuare lavaggio parziale del corpo individualmente" è ad es. associato alle seguenti attività:

- Parte del corpo da lavare:
 - Viso/mani
 - Braccia
 - Torace
 - Schiena
 - Gambe
 - Zona intima anteriore
 - Zona intima perineale

- Indicare grado di assistenza
 - Sorvegliare
 - Aiutare offrendo assistenza
 - Effettuare parzialmente
 - Effettuare totalmente
 - Stimolare/istruire
- Luogo del lavaggio parziale del corpo
 - Nel letto
 - Sul bordo del letto
 - Al lavandino
- Controllare le particolarità
 - Mantenere le abitudini quotidiane
- Indicare il prodotto di cura utilizzato
- Frequenza/Indicazione temporale

Le formulazioni degli interventi possono essere integrate dalle seguenti specificazioni:

- Tipo di assistenza
- Numero di infermieri richiesti
- Prodotti di cura utilizzati
- Luoghi in cui può essere effettuato il lavaggio del corpo
- Indicazione degli intervalli
- Indicazioni temporali
- Localizzazione della regione corporea
- Ausili utilizzati
- Gruppi professionali coinvolti nel processo di assistenza

1.3 Percorsi per la pratica infermieristica in ENP – Settore C

Il settore C della struttura di ENP (cfr. Figura 1) illustra chiaramente in che modo i diversi elementi dei gruppi si combinano, formando i cosiddetti percorsi per la pratica infermieristica. Ogni percorso comprende elementi provenienti dai gruppi dei problemi infermieristici (che attraverso la fase intermedia della precombinazione diventano diagnosi infermieristiche), delle cause, caratteristiche, risorse, obiettivi e interventi (che attraverso la fase intermedia della precombinazione diventano interventi di guida per le attività).

Le cause e caratteristiche formulate nel percorso per la pratica ENP per una diagnosi infermieristica si riferiscono alla specificazione. Questa è una particolarità della struttura delle diagnosi ENP. Vi sono alcune diagnosi ENP che non presentano precombinazione con problema e specificazione, ma sono composte solamente dagli elementi "assistito" e "problema infermieristico". Queste formulazioni di problemi diventano delle diagnosi solo a seguito della codifica di cause e caratteristiche e si tratta in genere di categorie residue legate a fenomeni infermieristici che non possono ancora essere trasformati in diagnosi precombinata. Lo sviluppo di diagnosi ENP precombinata viene effettuato quando sono proposti interventi specifici per la diagnosi corrispondenti. Ciò consente di presentare delle "best practice" o un "evidence based nursing" sotto forma di percorso per la pratica.

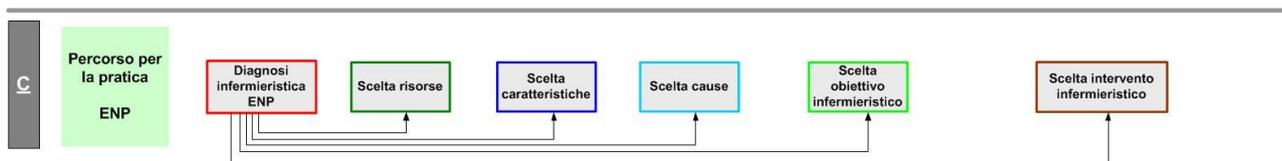


Fig. 4: Struttura orizzontale di un percorso per la pratica ENP

Collegando elementi di diverse classi correlate su base scientifica, viene generata la struttura orizzontale ENP dei percorsi per la pratica associati alle diagnosi infermieristiche. Le relazioni tra diagnosi infermieristiche, caratteristiche, cause, risorse, obiettivi, interventi e specificazioni degli interventi presenti nel grafico (v. Settore C nella Fig. 1) sono esplicitate dalle linee orizzontali. Per il team di sviluppo del sistema anche questo microlivello derivante dalle correlazioni viene definito un **percorso per la pratica ENP**. Si tratta quindi di un'associazione fondata su base scientifica e quanto più possibile basata su evidenze di finalità raggiungibili dal punto di vista infermieristico e interventi volti alla rimozione/mitigazione di un problema o diagnosi infermieristici. In passato il team di sviluppo di ENP utilizzava anche i termini "teoria vicina alla pratica modificata" (Wieteck, 2003) o anche "percorso di trattamento associato a diagnosi infermieristica" (Wieteck, 2007a). Entrambe le descrizioni si ritrovano nel concetto attuale di "percorso per la pratica".

Il termine "percorso per la pratica ENP" corrisponde alla definizione comune del concetto (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999; Wieteck, 2009):

Un percorso per la pratica ENP descrive un ausilio decisionale sviluppato in modo sistematico volto ad applicare una procedura corretta, adeguata al fabbisogno e basata su conoscenze infermieristiche attuali in presenza di problematiche concrete legate alle diagnostica infermieristica. I percorsi per la pratica ENP mostrano il corridoio d'azione e di decisione in cui l'attività infermieristica si completa in maniera tecnicamente corretta dopo aver posto la diagnosi infermieristica ENP.

Il risultato della combinazione tra gli elementi che costituiscono un percorso è la sezione di ENP che trova impiego nella pratica infermieristica, che è disponibile nell'applicazione software e che viene personalizzata per il percorso terapeutico infermieristico di ogni assistito in fase di pianificazione.

Secondo il team di sviluppo ENP questi percorsi per la pratica associati alle diagnosi infermieristiche hanno la pretesa di rappresentare quello che è lo stato attuale delle conoscenze infermieristiche.

1.4 Sviluppo e perfezionamento di ENP

Lo sviluppo e il perfezionamento di ENP è descritto in diverse pubblicazioni cartacee (Wieteck, 2003, 2004c, 2013; Wieteck, Berger, & Opel, 2007). La documentazione dettagliata delle modifiche è consultabile nel documento "Background scientifico di ENP", pubblicato a cadenza regolare. Di seguito vengono delineate le fasi di sviluppo centrale e la strategia di sviluppo attuale.

ENP è registrato nel "settore sanitario tedesco" come classificazione infermieristica standardizzata tramite Object Identifier (OID)³ per il riconoscimento di oggetti. Consente infatti uno scambio di dati tra i diversi fascicoli elettronici sanitari. Informazioni su ENP sono disponibili sul sito dell'istituto medico tedesco per la documentazione e informazione medica (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - DIMDI)⁴.

1.4.1 Retrospectiva storica

Lo sviluppo di ENP iniziò nel 1989 presso una scuola infermieristica tedesca, con l'obiettivo principale di uniformare la documentazione del processo di assistenza e di sviluppare delle direttive di formazione professionale. Allo sviluppo si dedicò un gruppo di docenti delle professioni infermieristiche proveniente da diverse scuole. Contemporaneamente alla prima pubblicazione dei percorsi per la pratica ENP nel 1994, iniziò anche la realizzazione di ENP come software in una banca-dati relazionale.

- **Fase 1 (1989–1998): sviluppo induttivo**

Il punto di partenza del procedimento induttivo fu la concretizzazione dei contenuti didattici e l'effettivo sviluppo della pianificazione del processo di assistenza.

Nell'ambito dei percorsi per la pratica della formazione per operatore di salute e infermiere, per redigere un piano di assistenza si fece ricorso a delle situazioni infermieristiche concrete (> 2138) con assistiti. Il piano di assistenza approvato con i tirocinanti e nel team infermieristico venne successivamente analizzato nel team di docenti. Le formulazioni trovate e approvate dagli esperti per la rappresentazione della situazione infermieristica sotto forma di problemi/diagnosi infermieristiche, obiettivi e interventi furono consolidate a livello di letteratura specialistica e poi catalogate (Wieteck, 2004c).

La fase di sviluppo induttiva fu caratterizzata da 4 quesiti di ricerca centrali.

1. *Quali diagnosi infermieristiche vengono poste nella pratica e sono quindi necessarie per la rappresentazione del processo di assistenza individuale come formulazione standardizzata?*
2. *Quali formulazioni di caratteristiche, cause e risorse compaiono in quale diagnosi infermieristica e dovrebbero essere proposte come formulazione standardizzata?*
3. *Quali obiettivi nell'ambito del processo di assistenza vengono concordati (con l'assistito) e documentati nel piano di assistenza?*
4. *Quali interventi vengono selezionati e con quali elementi di testo possono essere rappresentati come formulazioni di guida? Quali interventi sono descritti nella letteratura infermieristica attuale e possono essere proposti come elementi di testo?* (Wieteck, 2004c, p. 28-29)

³ Nel contesto dell'informatica i cosiddetti "Object identifier" vengono utilizzati in tutto il mondo come identificatori univoci e duraturi di un determinato oggetto informatico.

⁴ Cfr. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasse/oid/verzeichnis.html> (accesso il 26/06/2014).

Lo sviluppo induttivo venne suddiviso in tre fasi dal punto di vista metodico:

- A) un'**osservazione qualitativa e partecipativa** di situazioni infermieristiche concrete eseguita nell'ambito di istruzioni pratiche con un tirocinante e un insegnante di professioni infermieristiche. Nell'ambito del processo diagnostico infermieristico furono identificate diverse diagnosi infermieristiche e definiti interventi, per formularli poi in un piano di assistenza per assistiti. Laddove possibile, le descrizioni dei piani di assistenza si basavano su concetti infermieristici già noti e descritti. Se ciò non era possibile, venivano eseguite analisi concettuali secondo Walker/Avant (Opel, 2004)
- B) esamina del piano di assistenza con gli infermieri e successivamente nel team di docenti con l'obiettivo **dell'approvazione** del processo diagnostico e delle formulazioni per la rappresentazione
- C) confronto delle diagnosi, degli obiettivi e degli interventi identificati con la letteratura specialistica e catalogazione dei nuovi risultati individuati (Wieteck, 2004c). Il team di sviluppo ENP parlava in questo caso di "teoria vicina alla pratica modificata", ovvero di un percorso di trattamento associato a diagnosi infermieristica. Oggi si utilizza il termine "percorso per la pratica ENP".

Questi percorsi di trattamento associati a diagnosi infermieristica (teorie specifiche per situazione o vicine alla pratica), oggi detti anche "percorsi per la pratica ENP", hanno secondo il team di sviluppo ENP la pretesa di rappresentare quello che è lo stato attuale delle conoscenze infermieristiche. Lo sviluppo di un percorso di trattamento associato a diagnosi infermieristica si basa, come già detto, da una parte su metodi induttivi e dall'altra su lavori/analisi bibliografiche (Wieteck, 2004), nonché su una verifica tramite attività di validazione.

Il processo diagnostico infermieristico, come anche il processo di sviluppo di un percorso di trattamento associato a diagnosi infermieristica, nello sviluppo di ENP viene inteso come un processo di formazione di ipotesi (Gordon; Bartholomeyczik, 2001, Schrems, 2003). Le proposte di Dickoff, James e Wiedenbach e la loro definizione della "teoria che produce una situazione" ("situation-producing theories", "prescriptive theories", (Dickoff; James; Wiedenbach, 1968, p. 420-422) o anche "teorie vicine alla pratica" (Walker e Avant 1998), che contiene già degli elementi centrali del processo infermieristico, quali per esempio il contenuto degli obiettivi delle attività infermieristiche e le indicazioni di guida per le attività che ne risultano, vennero ampliate e modificate nel corso del progetto ENP, aggiungendo le diagnosi infermieristiche con le caratteristiche, le cause e le risorse in base al modello del processo di assistenza. Mentre Dickoff e James collocano la teoria vicina alla pratica sull'ultimo gradino del processo a quattro livelli della formazione di teorie, il team di sviluppo ENP colloca la teoria vicina alla pratica modificata sul secondo livello del processo (v. Fig. 3) (Dickoff et al. 1968). L'idea alla base è che i cosiddetti percorsi di trattamento correlati a diagnosi o percorsi per la pratica ENP, che nascono dal collegamento delle diagnosi infermieristiche a caratteristiche, cause, risorse, obiettivi e interventi, siano delle ipotesi che non rappresentano ancora una teoria prescrittiva.

Un elemento centrale di questa supposizione è il fatto che le ipotesi sviluppate siano delle conoscenze provvisorie dell'area disciplinare infermieristica. Le ipotesi formulate possono essere infatti confermate, rifiutate o modificate tramite nuove informazioni, dando vita a un processo di aggiornamento continuo di ENP.

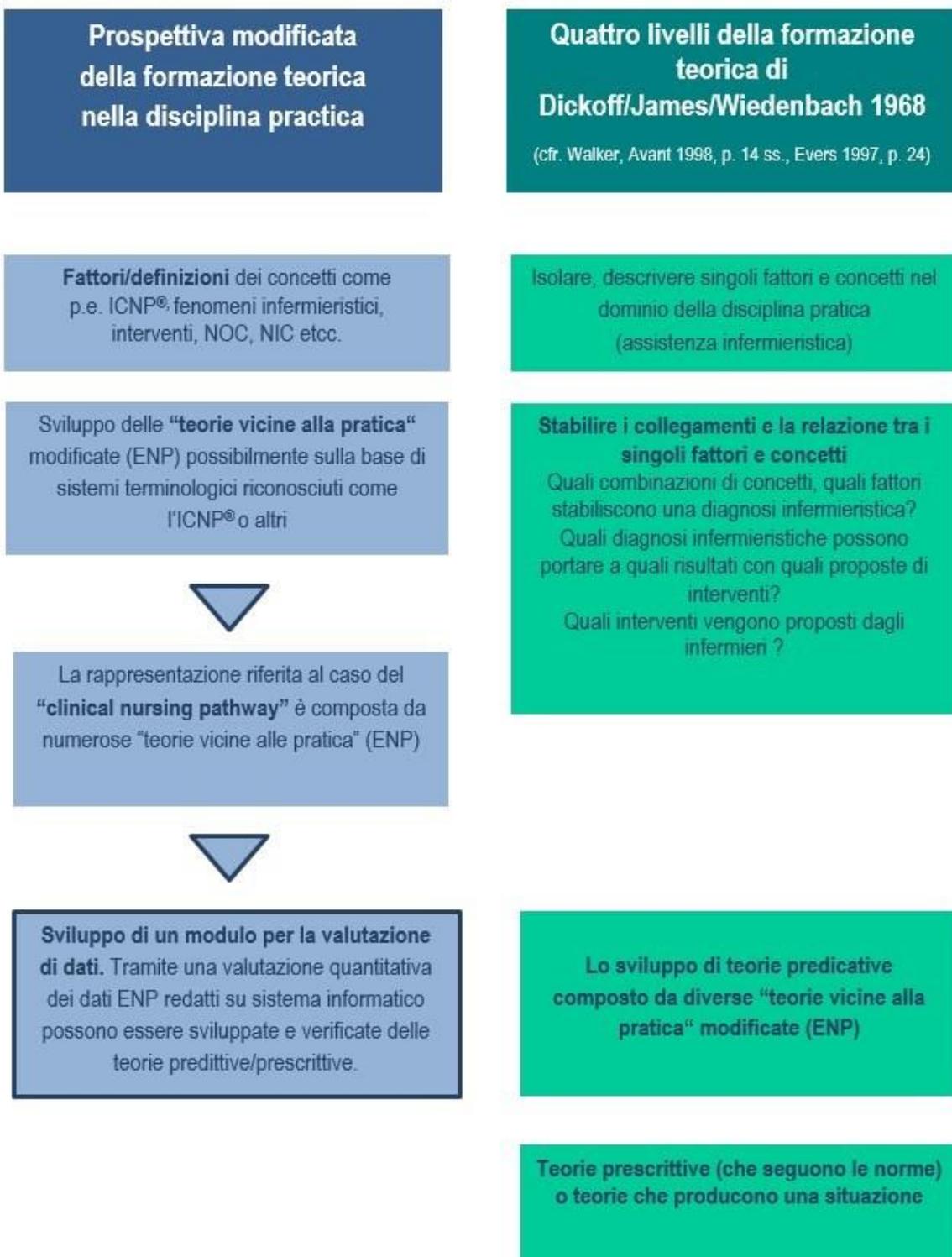


Fig. 5: Collocazione della "teoria vicina alla pratica" modificata nei livelli della formazione teorica

I termini/concetti usati in ENP si distinguono per l'elevata complessità e granularità. Al fine di garantire univocità nell'ambito del linguaggio sviluppato, nel corso degli anni il team di sviluppo ENP ha elaborato strutturazioni e definizioni linguistiche per le singole formulazioni ENP.

- **Fase 2 (dal 1998 fino a oggi) – Feedback degli utenti e attività di validazione per il perfezionamento di ENP**

Dal 1994 ENP viene gestito in una banca-dati e può essere integrato in diversi applicativi software, all'interno di un fascicolo sanitario elettronico per la documentazione del processo di assistenza. Con il primo utilizzo di ENP in una documentazione elettronica del processo di assistenza nel 1996 (Deppmeyer, 1999; Wieteck, 2001) iniziarono a essere valutati i feedback degli utenti, valutandoli come un aspetto importante del perfezionamento di ENP (Wieteck, 2013). Con l'integrazione di ENP in una banca-dati, ogni voce di ENP è stata provvista di una "notazione" (numerazione o numero ID univoci), che non viene inserita nelle versioni su stampa attuali per una migliore leggibilità e perché non rilevanti per il lettore finale.

Dal 2001 vengono eseguiti lavori di validazione su ENP. Gli studi sulla verifica dei contenuti e/o della validità dei criteri sono un ulteriore importante elemento del perfezionamento di ENP. Un riepilogo indicativo dei lavori di validazione in corso è riportato nel paragrafo 1.4.3.

- **Fase 3 (2005–2009) – Sviluppo della struttura di classificazione**

Nella versione su stampa del 2004 ENP non presentava ancora una struttura tassonomica indipendente. Ai percorsi per la pratica ENP furono associate le Attività di vita quotidiana (AVQ). Le attività di gerarchizzazione confluirono gradualmente nell'attuale struttura di classificazione. Dapprima venne sviluppata una tassonomia⁵ per le diagnosi infermieristiche ENP. Per la prima volta la struttura classificatoria delle diagnosi ENP venne citata in un articolo specialistico (2006), dove per la prima volta si parlò di ENP come sistema di classificazione infermieristico (Wieteck, 2006a, 2006c). Nel 2006 ENP constava di sette classi, oggi denominati gruppi (diagnosi infermieristiche, cause, caratteristiche, risorse, obiettivi infermieristici, interventi infermieristici e indicazioni di guida per le attività). Il gruppo delle diagnosi infermieristiche possedeva già una struttura monogerarchica con 3 domini, 22 classi e 128 categorie. Le classi/i gruppi restanti, come le cause, le caratteristiche ecc. non presentavano ancora una struttura gerarchica, ma i termini/concetti venivano gestiti nella banca-dati tramite coordinazione. I termini/concetti corrispondenti delle classi avevano delle relazioni (o connessioni) alle rispettive diagnosi infermieristiche (Wieteck et al., 2007). Tra il 2007 e il 2009 i singoli gruppi vennero strutturati sistematicamente in modo monogerarchico tramite formazione di classe e trasferiti nella struttura di classificazione attuale.

Presentandosi come banca-dati, ENP non può che essere definito come un'ontologia⁶, un termine derivante dall'ambito informatico e dalla rappresentazione della conoscenza. ENP, attraverso i suoi collegamenti (relazioni), fornisce conoscenze infermieristiche attuali. La base è data dalle diagnosi

⁵ Il termine tassonomia (o anche schema di classificazione) descrive un modello unitario o un costrutto teorico sulla base del quale i rispettivi elementi od oggetti singoli vengono classificati secondo determinati criteri e quindi suddivisi in categorie.

⁶ Le ontologie sono descrizioni di concetti afferenti a un determinato dominio della conoscenza, nel caso di ENP il sapere infermieristico per l'illustrazione e il controllo del processo di assistenza. Un'ontologia è un vocabolario controllato che descrive gli oggetti e le relazioni esistenti tra di essi in modo formale, fornendo informazioni su un dominio specifico. Come sinonimo di ontologia viene spesso utilizzato anche il termine "rete semantica".

infermieristiche, le caratteristiche, le cause, le risorse, gli obiettivi e gli interventi infermieristici gestiti nella banca dati. Se tali elementi non fossero collegati tra di loro in termini di rappresentazione della conoscenza, l'utente non ne trarrebbe alcun vantaggio. Per questo motivo gli elementi elencati sono strutturati nella banca-dati e collegati tramite connessioni convalidate a livello infermieristico. Le connessioni orizzontali tra le singole informazioni generano un quadro informativo tecnicamente completo sotto forma di percorsi per la pratica infermieristica. I collegamenti contribuiscono alla creazione di una rete semantica che offre un prezioso aiuto per la presa di decisioni nell'ambito del processo di assistenza. In un fascicolo sanitario elettronico, le formulazioni ENP possono essere messe a disposizione per documentazione del processo di assistenza. ENP consente inoltre di effettuare collegamenti con numerosi altri sistemi concettuali e classificazioni (cfr. capitolo 1.6).

- **Fase 4 (dal 2008 circa) – La traduzione di ENP come processo continuativo**

ENP è disponibile come banca-dati in lingua tedesca, inglese, italiana e francese. Le pubblicazioni su stampa in lingua inglese, francese e italiana non sono ancora disponibili, ma la tesi di dottorato di Serge Haag descrive la validazione di ENP in lingua francese (Haag, 2009a). La traduzione italiana di ENP è stata avviata con un lavoro di tesi discusso nell'ambito di una Laurea Specialistica in Traduzione Settoriale presso l'Università di Bologna (sede di Forlì). La Dr.ssa Elisabetta De Vecchis, membro del team di sviluppo ENP, si sta attualmente occupando della traduzione di ENP verso l'italiano e dei lavori di revisione della traduzione.

1.4.2 Perfezionamento oggi

ENP oggi è un linguaggio infermieristico che presenta strutture monogerarchiche e mette a disposizione conoscenze specialistiche sotto forma di percorsi per la pratica. Il grafico seguente chiarisce il processo di perfezionamento continuo di ENP. Ogni anno viene messa a disposizione una nuova versione di banca-dati di ENP. Le versioni su stampa vengono pubblicate in genere con un intervallo di due anni.

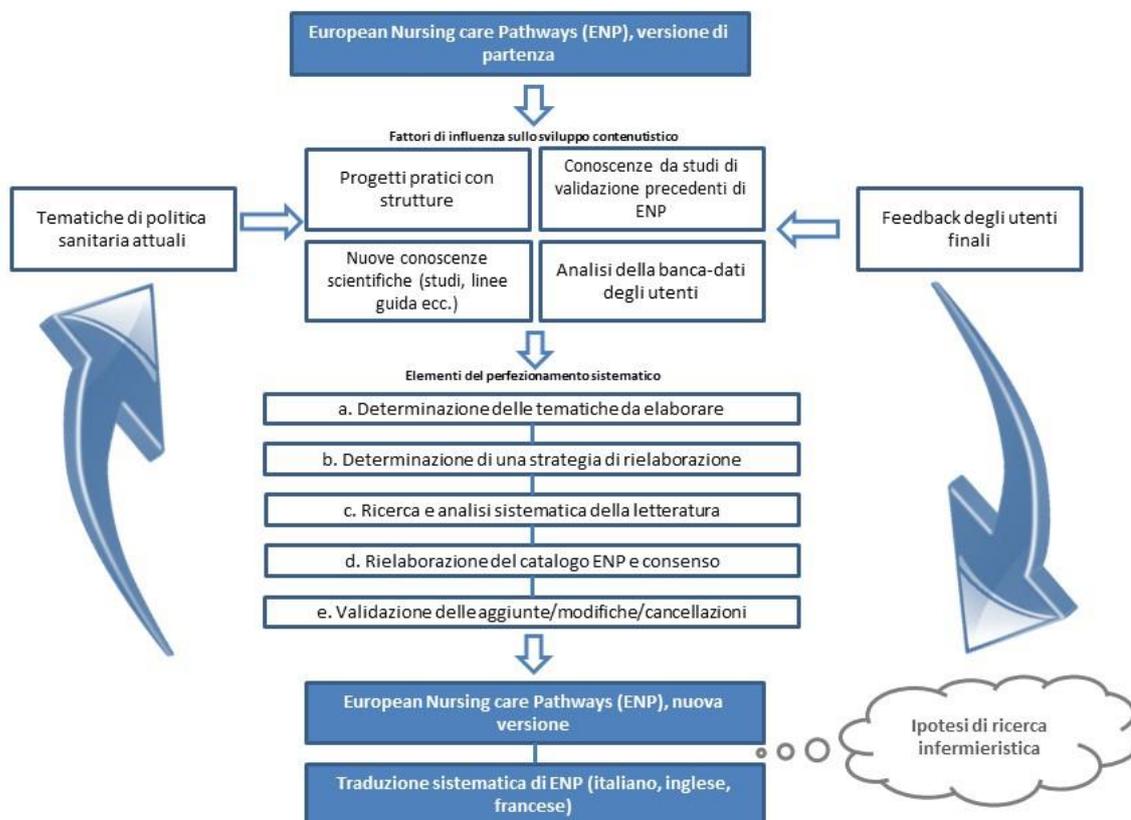


Figura 6: Processo di perfezionamento sistematico di ENP

Ogni anno, sulla base di decisioni in materia politico-sanitaria, dei feedback degli utenti e delle nuove scoperte scientifiche nel campo del nursing e discipline sanitarie correlate, si stabilisce quali percorsi ENP debbano essere sottoposti a una verifica sistematica ed eventualmente a una rielaborazione. Per l'aggiornamento e la verifica, il procedimento metodico principale consiste in una ricerca bibliografica sistematica realizzata secondo il seguente iter:

1. determinazione della strategia di rielaborazione con formulazione del quesito per una ricerca bibliografica mirata
2. definizione del tipo di pubblicazione e del livello di evidenza preferiti
3. determinazione di criteri di inclusione ed esclusione e delle banche-dati da utilizzare (ad es. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)
4. elaborazione dei termini di ricerca e determinazione di termini specifici di ricerca
5. esecuzione di ricerche nella banca-dati
6. esamina e ottenimento della letteratura specifica
7. valutazione della qualità delle pubblicazioni e degli studi individuati (critical appraisal)
8. rielaborazione del catalogo ENP sulla base delle conoscenze e dei fatti acquisiti in letteratura
9. approvazione dei risultati nel team di sviluppo ENP, se necessario anche con coinvolgimento di esperti del settore esterni
10. validazione della rielaborazione tramite svolgimento di un rating di esperti, uno studio o un test clinico nella pratica infermieristica.

La tabella seguente mostra un piccolo estratto di una tabella di elaborazione delle diagnosi ENP sulla tematica delle disfagie, aggiornata nel 2014. Le diagnosi elencate sulla prima riga rientrano nella categoria "Compromissione della deglutizione". Nella seconda colonna si trovano tutte le cause (v. Figura), le caratteristiche, gli obiettivi e gli interventi associati alle diagnosi di questa categoria. Le cifre della terza colonna fanno riferimento alle pubblicazioni che confermano il collegamento di un elemento (nel caso illustrato una causa) a una diagnosi infermieristica (x rossa).

	Quellenangaben	Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/Lippen-/Mundmuskulatur bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner verschluckt sich bei Flüssigkeit , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstoßes beim Schlucken beeinträchtigt	Der Bewohner ist aufgrund der reduzierten/veränderten pharyngealen/ösophagealen Peristaltik beim Schlucken beeinträchtigt	ID_1032_Der Bewohner ist aufgrund eines beeinträchtigten Bolusformung-transport beim Schlucken beeinträchtigt NEU	ID_1033_Der Bewohner hat aufgrund fehlender/nzureichender Schutzreflexe das Risiko einer Aspiration NEU	Der Bewohner hat sonstige Ursachen für die Schluckstörung
URSACHEN										
19398	Verminderte orofaziale Kontrolle	1+2+83+136+141+143	x							
921	Fazialisparese	1+2+134+138+147	x							
19863	Zentrale Fazialisparese	1+2	x							
19864	Periphere Fazialisparese	1+2	x							
931	Hypotonus der Wangen-/Gesichtsmuskulatur	1+2+136	x							
20573	Hypotonus der Lippenmuskulatur	1+2+136	x							
20567	Hypotonus der Pharynxmuskulatur mit reduzierter Clearing-/Reinigungs Funktion	2	x							
6898	Schmerzen beim Kauen	1+2		x						
6899	Operative Eingriff im Kieferbereich	1+2+135+156		x						
6900	Verletzungen der Zunge	1+2		x						
19878	Myofunktionelle Störung orofacial	1+2+119+134+135+140+146+147				x				x ggf. entf
20568	Muskeldystrophie orofacial	148	x							
20569	Myopathie orofacial		x							
19386	Abnorme orale motorische Funktionalität	1+2+67								x
	Motorischer Verlust oder Schwäche bei neurologischen Störungen									
19387	Beeinträchtigung der neuromuskulären Koordination	1+2+4+15+8+123+135+136+140+143+156		x					x	x ggf. entf
19376	Veränderte Kiefergelenksfunktion	1+2		x						
20014	Schädigung des Kiefergelenkes	1+2		x						
19395	Kiefergelenkluxation	1+2		x						
19377	Cranioandibuläre Dysfunktion	1+2		x						
19393	Überlastung der Kaumuskulatur durch Zahntechnischen	1+2+136		x						
19375	Beeinträchtigte Kaumuskulatur	1+2		x						
19394	Cranioandibuläre Dystonie	1+2		x						
20015	Kieferschlussdystonie	1+2+136		x						
20016	Zahnfehlstellungen	1+2		x						
20591	Läsionen im Bereich des Larynx (Kehlkopf)	1+2+137			x				x	x ggf. entf
19836	Läsionen im Bereich des Pharynx	1+2+137			entfernen	x		x	entfernen	

Tabella 4: Estratto di una tabella di rielaborazione del team di sviluppo ENP

Questa procedura consente di verificare le delimitazioni delle diagnosi e confermare le singole voci con la letteratura o gli studi o, a seconda delle conoscenze attuali, di rifiutarle.

I campi con sfondo verde mostrano quali contenuti sono nuovi, la x con sfondo verde indica che il collegamento tra la diagnosi sopraelencata e la causa è nuovo.

Nella fase successiva le modifiche effettuate sono state sottoposte a dieci rinomati esperti del settore che hanno valutato la qualità dei percorsi per la pratica ENP attraverso un rating.

1.5 Utilizzo di ENP

In base alla suddivisione tra terminologie di interfaccia, di riferimento e amministrative, ENP può essere annoverato tra le terminologie della prima categoria. Le terminologie di interfaccia prevedono un utilizzo front-end e sono pertanto destinate agli utenti finali, in questo caso gli infermieri, che le adotteranno nell'assistenza diretta (Bakken, Cashen, Mendonca, O'Brien, & Zieniewicz, 2000) per garantire una documentazione standardizzata del processo infermieristico e delle prestazioni. L'utilizzo di ENP è finalizzato alla redazione di fascicoli sanitari elettronici. Grazie al bagaglio di informazioni specialistiche aggiornate che ENP mette a disposizione, il sistema può rappresentare un importante supporto anche ai fini della didattica, della formazione infermieristica e geriatrica o dell'addestramento del personale nelle strutture che insegnano e attuano un confronto intensivo con le fasi del processo di assistenza. Se implementati in un'applicazione software, i dati degli assistiti possono essere richiamati in modo rapido ed efficace, nonché essere resi disponibili anche ai fini valutativi. L'utilizzo e la visualizzazione effettiva di ENP può variare molto da prodotto a prodotto⁷.

1.6 Collegamenti di ENP con altri strumenti

ENP viene gestito in una banca-dati da integrare in applicazioni software. Le notazioni (numerazione univoca delle voci) vengono assegnate in automatico all'interno di un gruppo nell'ambito della gestione della banca-dati. Ciascuna voce del sistema ENP ha una codifica univoca all'interno del suo gruppo, che rimane identica anche nelle versioni successive.

La notazione consente il collegamento del sistema di classificazione infermieristico ENP con altri strumenti e sistemi di classificazione. Gli strumenti per i quali sono stati finora operati collegamenti sono i seguenti:

- **codifiche ICD 10 e OPS** per una codifica ottimizzata delle diagnosi secondarie in ospedale e il supporto alla codifica DRG
- **LEP Nursing 3** (Leistungserfassung in der Pflege) per il calcolo dei valori temporali
- **PPR** (Pflegepersonal-Regelung), regolamento tedesco per il personale infermieristico
- **IDEA** (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment), un catalogo anamnestico di valutazione interdisciplinare per la valutazione del fabbisogno di intervento. Grazie ai collegamenti con ENP, è possibile generare un elenco delle diagnosi infermieristiche rilevanti
- **termini di ricerca**, sistema di ricerca per individuare in modo rapido le diagnosi infermieristiche
- **criteri MDK (Servizio medico dell'assicurazione malattia - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)** (valori temporali, grado di dipendenza)
- **vari strumenti di valutazione**, quali le scale B. Braden, Tinetti o FIM, propongono le diagnosi infermieristiche ENP
- **PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) e altri codici complessi** per il supporto automatizzato delle esigenze di documentazione e generazione di codici.

⁷ Un esempio di utilizzo di ENP all'interno di un software è disponibile sul sito della ditta RECOM GmbH alla pagina <http://www.recom.eu/klassifikationen/enp.html>

I collegamenti agli strumenti descritti sono già stati verificati nell'ambito di diversi studi e test pratici (Baltzer, Baumberger, & Wieteck, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

1.7 Diffusione di ENP

Allo stato attuale (agosto 2014), ENP viene utilizzato in numerose strutture sanitarie domiciliari e ospedaliere (acuti) in Germania, Austria, Lussemburgo e Italia all'interno di fascicoli sanitari elettronici per la documentazione completa del processo d'assistenza. I paragrafi seguenti forniscono un quadro preciso dell'utilizzo elettronico di ENP.

Germania:

12 ospedali e oltre 300 strutture di cura per gli anziani domiciliari e ambulatoriali utilizzano ENP all'interno di quattro diversi applicativi software.

Austria:

17 ospedali, cinque servizi infermieristici domiciliari e 20 strutture di cura ambulatoriali per gli anziani utilizzano ENP con due diversi prodotti software. I servizi infermieristici domiciliari in Austria non sono paragonabili a quelli della Germania in termini di dimensioni. I cinque servizi domiciliari che lavorano con ENP hanno oltre 3000 dipendenti del settore infermieristico che ogni giorno generano la documentazione del processo di assistenza con ENP.

Lussemburgo:

3 ospedali, una struttura residenziale di cura per gli anziani e i due maggiori fornitori di cure domiciliari, che gestiscono circa il 90% di tutti i pazienti nel Lussemburgo, utilizzano ENP in due diversi applicativi software. Anche in Lussemburgo i servizi infermieristici domiciliari hanno una configurazione diversa rispetto a quella tedesca. Nei due servizi domiciliari oltre 4000 dipendenti lavorano con ENP. Qui sono state mappate anche le voci di contabilizzazione con ENP: la documentazione giornaliera coadiuva quindi anche la fatturazione delle prestazioni.

Ma non vi è solo l'utilizzo su supporto elettronico: in molte strutture e nella formazione anche il libro di ENP viene utilizzato come ausilio di formulazione per la pianificazione infermieristica cartacea.

2. Modifiche tra le versioni

In questo paragrafo saranno descritte le modifiche apportate nelle varie versioni di ENP. Oltre alle diagnosi qui illustrate, aggiunte o sospese, presentiamo anche quelle diagnosi che sono state oggetto di un'approfondita elaborazione contenutistica tramite lavoro bibliografico e consultazione di esperti. Oltre a queste diagnosi, sono stati uniformati numerosi interventi e, a seguito di una verifica specialistica, sono state inserite le proposte di utenti finali che riceviamo costantemente.

2.1 Versioni ENP da 2.0 (Wieteck, 2004c) fino a 2.4

Non tutte le versioni vengono pubblicate come libro. Tra una pubblicazione a stampa e l'altra vengono realizzate diverse versioni della banca-dati elettronica ENP. Ad es. il test pratico di ENP rea-

lizzato nel 2005 in diverse cliniche è stato eseguito con la versione 2.3. Durante e dopo il test pratico nel Canton San Gallo sono state operate delle modifiche centrali in ENP, di cui forniamo un riepilogo di seguito.

Versione ENP da 2.3 a 2.4.

- a) Attività di gerarchizzazione a livello di diagnosi, sviluppo della tassonomia ENP con l'obiettivo di realizzare una struttura monogerarchica per valutazioni dati.
- b) Attività di gerarchizzazione a livello degli obiettivi infermieristici, sviluppo di una tassonomia di obiettivi.
- c) Attività di gerarchizzazione a livello degli interventi.
- d) Verifica delle diagnosi infermieristiche con livello di astrazione vacillante e sovrapposizioni. In questo processo, dalla versione 2.3 (n=557 percorsi) fino alla versione 2.4 (n= 516 percorsi) sono state riunite circa 41 diagnosi infermieristiche.
- e) Ulteriori lavori bibliografici a supporto di ENP. Il numero di fonti utilizzate a supporto dei percorsi per la pratica per la versione 2.0 (n=279), composte da letteratura specialistica, libri didattici e studi, è salito a 520 nella versione 2.5. È aumentata la consultazione della letteratura internazionale.
- f) Elaborazione delle carenze constatate nei test pratici in termini di completezza e grado di approfondimento, v. ad es. Kossaibati e Berthou (2006).

2.2 Versione ENP da 2.4 a 2.5 (2008/2009)

Nuovi percorsi la pratica (n=14):

- 848 La persona è **malnutrita** a causa di un **disturbo nutrizionale**
849 La persona è **malnutrita** a causa di una **compromissione cognitiva**
851 La persona è a **rischio di malnutrizione** a causa di una **compromissione cognitiva**
850 La persona è a **rischio di malnutrizione**
855 La persona avverte una **compromissione del benessere** a causa della **nutrizione per sonda**
852 La persona **non è in grado/ha grosse difficoltà** nell'**orientare l'attenzione verso lo spazio/il lato controlaterale alla lesione** (sindrome neglect)
853 La persona è **compromessa** nella **capacità di acquisire ed elaborare informazioni**
856 La persona è **compromessa** nella **capacità di acquisire competenze** di cura di sé, rischio di terapia inefficace
857 La persona ha un'**ulcera da pressione**, vi è una **guarigione della ferita complicata**
858 La persona ha un'**ulcera arteriosa**, vi è una **guarigione della ferita complicata**
859 La persona ha un'**ulcera venosa**, vi è una **guarigione della ferita complicata**
861 La persona ha un **benessere compromesso** a causa di una **ferita cronica**
858 La persona soffre di **piede diabetico**, vi è una **guarigione della ferita complicata**
887 La persona ha un **rischio di terapia inefficace** per **manca di informazioni/capacità** nella gestione del **diabete o ipo/iperglicemia**

Percorsi per la pratica completamente rielaborati a livello di contenuto (n= 31):

- 555 La persona è **malnutrita**
558 La persona **rifiuta l'assunzione di alimenti**, è a **rischio di malnutrizione**
554 La persona mostra di **trascurare l'assunzione di cibo**, vi è un **rischio di malnutrizione**
134 La persona ha una **pressione addominale aumentata** correlata a **perdita involontaria di urina** (incontinenza da sforzo)
135 La persona ha una **perdita involontaria di urina** a seguito di uno **stimolo forte e imperioso** (incontinenza da urgenza)
137 La persona ha ad **intervalli regolari** una **perdita involontaria di urina** (svuotamento spontaneo riflesso) a seguito del raggiunto **riempimento vescicale**
138 La persona ha gocciolamento urinario/**perdita involontaria di urina** correlata a **ritenzione idrica cronica**
574 La persona **non è in grado** di evitare una **perdita involontaria di urina** con tratto uro-genitale intatto (incontinenza urinaria funzionale)
130 La persona ha un'**incontinenza urinaria** (forma di incontinenza mista, non categorizzata) (categoria residua)
845 La persona ha una **perdita di urina continua** correlata a **incontinenza extrauretrale**
012 La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo per una **limitazione motoria**
018 La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo per una **emiplegia/emiparesi**
007 La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo a causa di una **capacità di carico fisico limitata**

- 027 La persona non può sforzarsi durante il lavaggio del corpo a causa di una **performance cardiaca ridotta**, vi è un **deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo**
- 029 La persona non è in grado di **tenere gli oggetti per il lavaggio del corpo** a causa di una **limitazione motoria**, vi è un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
- 022 La persona **non è in grado di eseguire in modo autonomo il lavaggio del corpo per disorientamento**
- 011 La persona deve evitare movimenti tra bacino e tronco per una **lesione alla colonna vertebrale**, c'è un deficit nella cura di sé nel **lavaggio del corpo**
- 013 La persona è **completamente dipendente nel lavaggio del corpo** per un **disturbo quantitativo della coscienza**
- 033 La persona **non effettua il lavaggio del corpo** in modo **adeguato**, vi è un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
- 016 La persona non riesce a **effettuare l'igiene intima** nel modo abituale per una **ferita nell'area genitale**
- 001 La persona è **compromessa nel lavaggio del corpo** per altre cause (categoria residua)
- 676 La persona ha una **ferita cronica**, vi è una **guarigione della ferita compromessa**
- 339 La persona ha una **ferita con guarigione di seconda intenzione**, vi è una **guarigione della ferita compromessa**
- 331 La persona ha una **ferita con guarigione di prima intenzione**, vi è un rischio di **guarigione della ferita compromessa**
- 278 La persona ha un **rischio di complicanze** correlato a **lesione da corpo smussato agli arti**
- 092 La persona è **compromessa nell'assunzione alimentare** a causa di **disturbi della sensibilità e ipotonia** su un lato del viso
- 094 La persona presenta **difficoltà nel mangiare** per una **limitazione nella chiusura della bocca**, il cibo cade/fuoriesce dalla bocca
- 078 La persona è **compromessa nella cura autonoma delle unghie dei piedi**
- 827 La persona è **compromessa nella cura autonoma dei piedi**
- 069 La persona è **compromessa nella cura autonoma dei capelli**

Percorsi per la pratica sospesi (n=8):

- La persona ha una ferita con secrezione purulenta, rischio di propagazione microbica
- La persona ha un **rischio elevato di lesione cutanea** dovuta all'impiego di sostanze attive lavanti
- La persona ha un **rischio elevato di infiammazione agli occhi** durante il lavaggio del corpo a causa di una propagazione di germi
- La persona non riesce a **lavarsi in modo autonomo i capelli**
- La persona ha le **unghie dei piedi lunghe** e non riesce a tagliarsele in modo autonomo
- La persona ha una **grossa formazione di calli ai piedi**, non riesce a rimuoverli in modo autonomo
- La persona ha dello **sporco sotto le unghie** e non riesce a pulirlo in modo autonomo
- La persona presenta **difficoltà a bere per una limitata chiusura della bocca**, il liquido fuoriesce dalla bocca
- La persona ha dei problemi a mangiare/ingoiare i cibi, **i cibi si raccolgono nel vestibolo buccale** della parte interessata

Bibliografia consultata (N= 520)

2.3 Versione ENP da 2.5 a 2.6 (dal 2009 a maggio 2011)

Nuovi percorsi per la pratica ENP (n=25):

- 867 La persona ha una **funzione autodepurativa del polmone** compromessa (categoria residua)
- 868 La persona è **compromessa nella cura autonoma degli occhi** (categoria residua)
- 869 La persona ha un **rischio di formazione di atelettasia/polmonite** legato ad altre cause (categoria residua)
- 870 La persona ha una **deglutizione compromessa** (categoria residua)
- 872 La persona ha un **rischio di deficit idro-elettrolitico** (categoria residua)
- 873 La persona ha un **rischio di allattamento compromesso** (categoria residua)
- 877 La persona ha un **allattamento compromesso** (categoria residua)
- 878 La persona ha un **comportamento alimentare inadeguato** (categoria residua)
- 879 La persona presenta una **limitazione nell'eliminazione di urina** (categoria residua)
- 880 La persona ha uno **svuotamento intestinale compromesso** (categoria residua)
- 881 La persona ha **altre compromissioni** nella gestione della stomia
- 886 La persona ha un **rischio di morte improvvisa**
- 892 Il bambino si fa la **popò addosso** a un'età superiore ai 4 anni senza cause organiche (encopresi)
- 882 Il familiare/la persona di riferimento **non è in grado di svolgere l'assistenza di compensazione della dipendenza** in modo autonomo
- 883 Il familiare/la persona di riferimento **rischia di non poter svolgere l'assistenza di compensazione della dipendenza per l'assistito in modo autonomo**
- 894 La persona ha una **contaminazione/infezione da agenti patogeni multiresistenti**, vi è un rischio di **propagazione microbica**
- 889 La persona ha una **crisi ipertensiva** correlata a **disreflessia autonoma**
- 893 La persona è a **rischio di disreflessia autonoma** in seguito a **paraplegia**
- 896 La persona presenta **compromissioni nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita** correlate a una **sindrome demenziale**
- 887 La persona ha un **rischio di terapia inefficace per mancanza di informazioni/capacità** nella gestione del **diabete o ipo/iperglicemia**
- 891 La persona è a **rischio di sviluppo ritardato**
- 897 La persona presenta una **compromissione della comunicazione** correlata a un **disturbo del linguaggio**
- 898 La persona ha una **dermatite da eliminazione/incontinenza**, vi è una **guarigione della ferita complicata**
- 895 La persona ha un **livello basso di attività, rischio di danni alla salute**

Le categorie residue sono state completate in collaborazione con cliniche coinvolte nel progetto. Sono necessarie perché oltre alle diagnosi infermieristiche specifiche già precombinata esistono aree di problemi infermieristici di tipologia diversa.

Percorsi per la pratica completamente rielaborati a livello di contenuto (n= 30):

- 519 La persona ha un'infezione/una malattia sessualmente trasmissibile, vi è un rischio di contagio per il partner sessuale
- 354 La persona è a rischio di iper/ipoglicemia
- 383 La persona ha una malattia infettiva, sussiste un rischio di contagio nell'ambiente
- 263 La persona ha una situazione cardiaca/circolatoria instabile correlata a performance cardiaca ridotta
- 610 La persona ha un rischio di complicanze cardiache/circolatorie correlato a performance cardiaca ridotta
- 261 La persona ha un rischio di complicanze cardiache/circolatorie correlato ad alterazioni circolatorie ipertensive
- 260 La persona ha un rischio di complicanze cardiache/circolatorie correlato ad alterazioni circolatorie ipotensive
- 696 **Enuresi** del bambino con età superiore ai 5 anni senza cause organiche
- 160 La persona ha un rischio di formazione di ulcere di pressione (adattamento rispetto all'attuale standard specialistico di riferimento tedesco)
- 103 La persona viene alimentata per via parenterale tramite terapia infusione, sussiste un rischio di complicanze (legate all'alimentazione)
- 097 La persona viene alimentata per via enterale tramite sonda, è presente una compromissione dell'alimentazione
- 326 La persona è a rischio di iperinfusione o ipoinfusione durante la terapia infusione
- 651 La persona ha un rischio di complicanze legate al catetere venoso/alla terapia infusione
- 451 La persona presenta limitazioni nella organizzazione autonoma della vita/della giornata dovute a processi di decadimento associati all'età
- 535 La persona presenta compromissioni nell'organizzazione della giornata/della vita per un disturbo del pensiero
- 450 La persona ha un disturbo dell'orientamento, l'organizzazione autonoma della giornata/vita è compromessa
- 634 La persona presenta compromissioni nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita per disturbi della memoria
- 793 La persona presenta un rischio di complicanze correlato ad accesso arterioso
- 627 La persona presenta una diminuzione degli stimoli, è a rischio di deficit nella cura di sé
- 428 La persona ha compromissioni nel rapporto con la realtà correlate ad un vissuto psicotico, vi è un rischio di deficit nella cura di sé
- 429 La persona presenta compromissioni nella strutturazione della giornata, è a rischio di deficit nella cura di sé
- 426 La persona è compromessa nell'organizzazione della vita, vi è un rischio di deficit nella cura di sé
- 313 La persona ha difficoltà nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita a causa di disturbo dell'io
- 621 La persona presenta un'organizzazione della giornata/della vita quotidiana compromessa per pensieri costantemente ricorrenti, non dettati dalla logica/ragione (pensieri compulsivi)
- 425 La persona mostra difficoltà nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita a causa di disabilità
- 152 La persona presenta difficoltà nell'organizzazione della vita a causa di enterostomia (anus praeter)
- 467 La persona presenta una compromissione nella capacità di occupare in modo autonomo il tempo libero
- 500 La persona mostra spesso un comportamento autolesionistico, c'è una compromissione della strategia di coping/di superamento di problemi
- 684 La persona mostra un comportamento di evitamento a causa di scarsa fiducia nella propria forza fisica
- 131 La persona ha un rischio di dermatite associata all'eliminazione/incontinenza

Percorsi per la pratica sospesi: (n=9):

- 188 La persona è a rischio di collasso cardio-circolatorio durante lo svolgimento di interventi di mobilitazione (affluisce nella diagnosi sull'ipotensione ID_260)
- 325 La persona è a rischio di infiammazione (venosa) per la presenza di CVC (catetere venoso centrale) (affluisce nella diagnosi ID_651)
- 324 La persona è a rischio di flebite per la presenza di ago cannula (affluisce nella diagnosi ID_651)
- 326 La persona è a rischio di iperinfusione o ipoinfusione a causa di terapia infusione (affluisce nella diagnosi ID_651)
- 887 La persona ha un rischio di terapia inefficace per mancanza di informazioni/capacità nella gestione del diabete o ipo/iperglicemia
- 082 La persona ha una sonda nasale fissata, rischio di irritazione cutanea (affluisce nella diagnosi ID_097)
- 098 La persona ha disturbi gastrointestinali a causa di un'alimentazione per sonda (affluisce nella diagnosi ID_097)
- 106 La persona presenta oscillazioni glicemiche correlate a diabete, è a rischio di iper/ipoglicemia (affluisce nella diagnosi ID_354, che è stata più resa in modo più astratto)
- 107 La persona ha una mancanza di informazioni/capacità sulla gestione del diabete e rischia di non raggiungere gli obiettivi di salute

Bibliografia consultata N= 1018

2.4 Versione ENP da 2.6 a 2.7 (da maggio 2011 ad agosto 2012)

Due grandi progetti con ospedali hanno agito "da molla" per delle attività di sviluppo tra le versioni 2.6 e 2.7: la rappresentazione dell'assistenza terapeutica e le peculiarità delle cliniche pediatriche. Anche i lavori di validazione di ENP hanno portato alla rielaborazione di alcuni percorsi.

Nuovi percorsi per la pratica ENP (n=11):

- 898 La persona ha una **dermatite da eliminazione/incontinenza** a, vi è una guarigione della ferita complicata
- 900 La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo per una **disfunzione sensoriale integrativa**
- 902 La persona mostra **anomalie motorie e/o di comportamento** nelle reazioni di adattamento all'ambiente, **percezione compromessa/disfunzione sensoriale integrativa**
- 903 La persona non mostra **alcuna reazione agli stimoli, coscienza** compromessa
- 901 La persona ha **irritazioni alle mucose/punti di pressione** per una **placca palatina**
- 905 Il neonato ha un **rischio di iperbilirubinemia neonatale**
- 904 La persona ha un **disturbo della funzionalità renale/un blocco renale**, sussiste un **disturbo metabolico**
- 1017 La persona ha un **ritardo nello sviluppo**
- 1034 I familiari/le persone di riferimento **non gestiscono l'educazione in modo da favorire lo sviluppo**, sussiste un **rischio di sviluppo ritardato**
- 1032 La persona ha una **deglutizione compromessa** per una **compromissione** nella **formazione e nel controllo/trasporto del bolo**
- 1033 La persona ha un **rischio di aspirazione** a causa di **riflessi protettivi assenti/insufficienti**

Percorsi per la pratica completamente rielaborati a livello di contenuto (n= 20):

- 522 La persona ha una **produzione compromessa di latte materno**, vi è un **rischio di denutrizione** del lattante
- 184 La persona è **compromessa** nella capacità di **stare seduta in modo autonomo**
- 712 La persona è **compromessa** nella capacità di **cambiare posizione nel letto in modo autonomo**
- 160 La persona ha un **rischio di formazione di ulcere di pressione**
- 084 La persona è **compromessa nel bere/mangiare in modo autonomo**
- 842 La persona **non può occuparsi in modo autonomo della nutrizione per problemi legati allo sviluppo**
- 849 La persona è **malnutrita a causa di una compromissione cognitiva**
- 555 La persona è **malnutrita**
- 851 La persona è a **rischio di malnutrizione a causa di una compromissione cognitiva**
- 608 La persona è **compromessa nella capacità di trasferimento**
- 015 La persona ha un rischio di complicanze correlato a una **percezione del corpo ridotta**
- 309 La persona ha un rischio di complicanze correlato a un **disturbo quantitativo della coscienza**
- 411 La persona **non è in grado di percepire/elaborare gli stimoli ambientali in modo adeguato**, vi è un rischio di interpretazione errata
- 840 La persona non ha uno sviluppo delle capacità/abilità adeguato all'età per uno **sviluppo compromesso dei sistemi percettivi**
- 537 La persona è compromessa nel vestirsi/svestirsi per **emiplegia**
- 529 La persona è **compromessa nel vestirsi/svestirsi in modo autonomo** per altre cause
- 154 La persona ha un **rischio di blocco renale**
- 234 La persona ha un rischio di atelettasia/polmonite per **ridotta ventilazione polmonare**
- 828 La persona ha un rischio di **ridotta ventilazione polmonare**
- 359 La persona ha un **rischio di complicanze** secondario a **livelli aumentati di bilirubina**
- 814 La persona è a **rischio di isolamento sociale** per un **comportamento** che contravviene ai principi delle norme sociali
- 815 La persona mostra un **comportamento sociale alterato** per una relazione **genitore-bambino compromessa** che contravviene ai principi delle norme sociali, è a **rischio di isolamento sociale**
- 748 La persona è a **rischio di disturbo dello sviluppo** per **separazione dai genitori/dalle persone di riferimento**
- 838 La persona è a **rischio di sviluppo ritardato** correlato a nascita pre-termine
- 891 La persona è a **rischio di sviluppo ritardato**
- 92 La persona è compromessa nell'assunzione alimentare a causa di muscolatura delle guance/labbra/bocca ipotonica
- 681 La persona è compromessa nell'assunzione alimentare a causa di difficoltà nella masticazione
- 87 La persona, durante l'assunzione di alimenti, aspira il contenuto, la deglutizione è compromessa
- 90 La persona manda spesso i liquidi di traverso, la deglutizione è compromessa
- 95 La persona presenta una deglutizione compromessa dovuta a spinta/pressione linguale
- 96 La persona presenta una deglutizione compromessa dovuta a peristalsi faringea/esofagea ridotta/alterata
- 870 La persona ha cause diverse/multiple all'origine del disturbo di deglutizione

Percorsi per la pratica ENP sospesi (n=5):

- 811 La persona è a **rischio di isolamento sociale** per un **comportamento sociale alterato** che contravviene ai principi delle norme sociali
- 52 La persona presenta un riflesso della deglutizione compromesso, sussiste un rischio di aspirazione durante l'igiene del cavo orale
- 88 La persona presenta un riflesso della deglutizione assente, sussiste un rischio di aspirazione durante l'igiene del cavo orale
- 89 La persona ha i riflessi tussigeno, di deglutizione e faringeo assenti, è a rischio di aspirazione di saliva
- 94 La persona è compromessa nel mangiare per una limitazione nella chiusura della bocca, il cibo esce dalla bocca

Bibliografia consultata N= 1214

I percorsi per la pratica nella versione del 2012 sono stati convalidati sulla base di 1214 fonti bibliografiche nazionali e internazionali, tra cui regolamenti, linee guida e raccomandazioni tedesche (come ad esempio lo standard specialistico di riferimento nazionale), direttive della MDS (Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen), speciali disposizioni legali come ad es. le attività secondo il par. 87b del Codice della sicurezza sociale tedesco (SGB) ecc.

2.5 Versioni ENP da 2.7 a 2.9 (da agosto 2012 ad agosto 2014)

La più recente fase di rielaborazione ha dato vita, oltre a una rielaborazione completa sistematica e basata su letteratura di circa un quinto di tutti i percorsi, a tre nuove attività di centrale importanza in termini di trasparenza, univocità e ricostruibilità per il sistema di classificazione infermieristica ENP:

- lo sviluppo di una definizione per ogni diagnosi infermieristica ENP (cfr. anche il capitolo 1.2)
- l'indicazione del livello di evidenza (LoE – Level of Evidence) per ogni diagnosi infermieristica sulla base dei criteri di NANDA International (cfr. capitolo 3)
- la documentazione della cronologia delle modifiche di ogni percorso per la pratica, sulla base della quale si può risalire al numero e alla data delle rielaborazioni per ogni diagnosi e ogni percorso.

La figura seguente, tratta dalla documentazione di rielaborazione del team di sviluppo ENP, illustra le novità nell'esempio della classe Cura personale/Vestirsi.

Tipo di testo		N. ID	Testi ENP per la diagnosi infermieristica
	Cronologia delle modifiche: 1994*, 2004, 2008, 2014		
		Percorso per la pratica ENP	Diagnosi infermieristica ENP
	Livello di evidenza :	LOE 3.1	LOE 3.1
Classe		10.051	Cura personale/Vestirsi
Categoria		10.468	Deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
Diagnosi infermieristica		11	La persona deve evitare movimenti tra bacino e tronco per una lesione alla colonna vertebrale , c'è un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
Definizione			Non è in grado di/non può lavare in modo autonomo il corpo o parti del corpo sul lavandino o altri impianti per l'igiene personale a causa di una lesione alla colonna vertebrale (ad es. provocata da urto, tumori) correlata a un rischio di paraplegia e/o danni neurologici per la necessità di compiere movimenti rotatori nel bacino e nella zona del tronco (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing).

Figura 7: Estratto da una documentazione di rielaborazione del team di sviluppo ENP

Nuovi percorsi per la pratica ENP (n=17):

LOE riferito al percorso	LOE riferito alla diagnosi	Anno di sviluppo	ID	Titolo della diagnosi infermieristica 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	La persona ha un rischio di mobilità compromessa
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	La persona ha un benessere compromesso [problema infermieristico senza specificazione]
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	La persona è compromessa nello svolgimento delle attività della vita quotidiana
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	Il neonato ha una iperbilirubinemia neonatale
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	La persona ha un rischio di guarigione compromessa della ferita correlata a intertrigine
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	La persona ha un disturbo del bilancio elettrolitico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	La persona mostra una reazione allergica , sussiste un rischio di shock anafilattico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	La persona ha un deficit idrico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	La persona ha un rischio di complicanze polmonari correlate ad intervento chirurgico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	La persona ha una respirazione insufficiente
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	La persona ha un rischio di complicanze correlato a puntura di zecca
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	La persona ha un rischio di sviluppo compromesso correlato a trascuratezza fisica/medica
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	La persona ha un rischio di sviluppo compromesso correlato a maltrattamento psicologico/trascuratezza emotiva
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	La persona ha un rischio di sviluppo compromesso correlato a maltrattamento fisico
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	La persona ha un rischio di sviluppo compromesso per un sospetto di maltrattamento/violenza sessuale
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	La persona ha un rischio di sviluppo compromesso per maltrattamento/violenza sessuale
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	La persona ha un rischio di maltrattamento fisico

Percorsi per la pratica completamente rielaborati a livello di contenuto (n= 112):

LOE riferito al percorso	LOE riferito alla diagnosi	Aggiornamento sistematico	ID	Titolo della diagnosi infermieristica 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	La persona presenta una compromissione della comunicazione a causa di ipoacusia
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	La persona presenta una compromissione della comunicazione verbale secondaria ad afasia globale

LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	La persona presenta una compromissione della comunicazione verbale secondaria ad afasia motoria (afasia di Broca)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	La persona presenta una compromissione della comunicazione verbale secondaria ad afasia sensoriale (afasia di Wernicke)
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	La persona presenta una compromissione della comunicazione verbale a causa di resistenza/forza fisica ridotta
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	La persona ha difficoltà nell'esprimere i propri desideri/bisogni , è a rischio di non riuscire a soddisfarli correttamente
LOE 2.1	LOE 2.3	2000* 2006 , 2014	424	La persona presenta una compromissione della comunicazione verbale a causa di un disturbo del linguaggio (compromissione delle abilità motorie-articolatorie)
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	La persona presenta una compromissione della comunicazione correlata a un disturbo del linguaggio
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*,2006, 2014	414	La persona non riesce a stabilire il contatto nel modo finora abituale , sussiste una compromissione dell'interazione
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*,2011, 2014	411	La persona non sa percepire/elaborare a livello cognitivo gli stimoli dell'ambiente in maniera adeguata , è a rischio di interpretazioni sbagliate
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*,2004, 2006, 2014	746	La persona è limitata nello sviluppo e mantenimento delle relazioni , sussiste compromissione delle interazioni sociali
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	La persona presenta una limitazione della deambulazione
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	La persona presenta una compromissione della deambulazione dovuta a un utilizzo insicuro degli ausili per la deambulazione
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	La persona presenta una compromissione della capacità di trasferimento
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	La persona è compromessa nella capacità di cambiare in modo autonomo la posizione nel letto
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	La persona non è in grado di muoversi in modo autonomo nello spazio abitativo con la carrozzina
LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	La persona presenta una mobilità limitata a causa di resistenza/forza fisica ridotta
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	La persona presenta una limitazione della mobilità in seguito ad amputazione di un arto inferiore
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	La persona ha un rischio di contrattura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	La persona presenta limitazioni motorie in seguito a contrattura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	La persona ha un rischio di trombosi venosa profonda a causa di immobilità/mobilità limitata
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	La persona ha un rischio di complicanze cardiache/circolatorie correlato ad alterazioni circolatorie ipertensive
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	La persona ha un rischio di arresto cardio-circolatorio correlato a insufficienza cardiaca
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	La persona è a rischio di atelettasia/polmonite per una ventilazione polmonare ridotta
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	La persona ha delle limitazioni nell'assunzione autonoma dei farmaci , è a rischio di terapia inefficace

LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	La persona ha un rischio di aspirazione
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo per una limitazione motoria
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	La persona non è in grado di effettuare in modo autonomo il lavaggio del corpo per disorientamento
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	La persona non effettua il lavaggio del corpo in modo adeguato a causa di auto-trascuratezza (self-neglect)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	La persona non riesce a lavarsi in modo autonomo a causa di una limitata capacità di carico fisico
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	La persona non riesce a lavarsi in modo autonomo a causa di emiplegia/emiparesi
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	La persona presenta una dipendenza totale nel lavaggio del corpo a causa di una limitazione quantitativa della coscienza
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	La persona non riesce a farsi la doccia/il bagno in modo autonomo
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	La persona è compromessa nella cura orale autonoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	La persona usa una protesi dentaria e non riesce a svolgere la cura del cavo orale/della protesi dentaria in modo autonomo
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	La persona è compromessa nella cura autonoma dei capelli
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	La persona è compromessa nella rasatura/cura della barba autonoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	La persona è compromessa nella cura autonoma delle dita delle mani
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	La persona è compromessa nella cura autonoma dei piedi
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007; 2014	63	La persona è a rischio di compromissione dell'integrità cutanea dovuto a cute secca
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	La persona è sogetta a intertrigine e ha un rischio di compromissione dell'integrità cutanea
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	La persona è compromessa nel mangiare/bere per un'autonomia limitata
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	La persona mostra trascuratezza nell'assunzione di cibo (self-neglect), è a rischio di malnutrizione
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	La persona ha un rischio di sviluppo di obesità correlato a un comportamento alimentare deficitario
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	La persona ha un rischio di deficit idrico a causa di oligodipsia/adipsia (senso di sete ridotto/assente)
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	La persona ha un rischio di deficit idro-elettrolitico
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	La persona è a rischio di malnutrizione
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	La persona è a rischio di malnutrizione a causa di una compromissione cognitiva
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	La persona rifiuta l'assunzione di cibo , è a rischio di malnutrizione
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	La persona è malnutrita

LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	La persona viene alimentata per via enterale tramite sonda , è presente una compromissione dell'alimentazione
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	La persona, durante l'assunzione di alimenti, aspira spesso il contenuto , la deglutizione è compromessa nella fase del trasporto orale/faringea
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	La persona aspira il contenuto solo con i liquidi , la deglutizione è compromessa nella fase del trasporto orale/faringea
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	La persona presenta un'autonomia compromessa nell' eliminazione urinaria/fecale
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	La persona non raggiunge in tempo il gabinetto a causa di una limitazione motoria , è a rischio di enuresi
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	La persona ha una perdita involontaria di urina (incontinenza mista) correlata a iperattività detrusoriale e insufficienza dell'apparato sfinterico
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	La persona non è in grado di evitare una perdita involontaria di urina con tratto uro-genitale intatto (incontinenza urinaria funzionale)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	La persona ha una perdita involontaria correlata a un apparato sfinterico insufficiente con pressione addominale elevata (incontinenza da sforzo)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	La persona ha una perdita di urina involontaria correlata a contrazioni detrusoriali non arrestabili (incontinenza riflessa)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	La persona presenta una perdita involontaria di urina a seguito di uno stimolo forte e imperioso (incontinenza da urgenza)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	La persona è a rischio di ridotta frequenza di defecazione (Rischio di stipsi)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	La persona presenta una ridotta frequenza di defecazione caratterizzata da feci dure/asciutte (stipsi)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	La persona presenta defecazione involontaria (incontinenza fecale)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	La persona è a rischio di infezione ascendente alle vie urinarie per la presenza di catetere vescicale permanente transuretrale
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	La persona è a rischio di infezione degli organi escretori per la presenza di catetere vescicale sovrapubico
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	La persona mostra delle difficoltà nel vestirsi/svestirsi in modo autonomo
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	La persona non riesce a indossare/sfilare le calze compressive , sussiste un deficit nella cura di sé nel vestirsi
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	La persona non mostra alcun interesse per la pulizia/l'ordine degli indumenti , è a rischio di autotrascurezza (self-neglect) a livello della vestizione/aspetto fisico
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	La persona presenta delle difficoltà nel vestirsi/svestirsi a causa di emiplegia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	La persona non riesce a dormire in maniera continuativa , è a rischio di deficit del sonno
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	La persona ha delle difficoltà ad addormentarsi , è a rischio di deficit del sonno
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	La persona non riesce a rilassarsi

LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	La persona presenta una compromissione nella capacità di occupare in modo autonomo il tempo libero
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	La persona presenta limitazioni nell'organizzazione autonoma della vita/della giornata (sindrome Fragilità) a causa di processi di decadimento associati all'età
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	La persona ha un disturbo dell'orientamento , l' organizzazione autonoma della giornata/vita è compromessa
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	La persona presenta compromissioni nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita per disturbi della memoria
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	La persona presenta compromissioni nell'organizzazione della giornata/della vita per un disturbo del pensiero
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	La persona presenta compromissioni nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita correlate a una sindrome demenziale
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	La persona mostra difficoltà nell'organizzazione autonoma della giornata/della vita a causa di disabilità
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	La persona è limitata nell'organizzazione del proprio aspetto esteriore e avverte quindi una compromissione del benessere
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	La persona è a rischio di cadute
LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	La persona ha un controllo della postura/equilibrio compromessi a causa del morbo di Parkinson e quindi un rischio di caduta
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	La persona ha un rischio di caduta associato a un equilibrio compromesso nel camminare/stare in piedi/stare seduta
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	La persona è a rischio di ulcere da pressione
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	La persona si ritira dagli eventi sociali, è a rischio di isolamento sociale
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	La persona presenta compromissioni nella strutturazione della giornata , è a rischio di deficit nella cura di sé
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	La persona ha tendenze di fuga , vi è un rischio di minaccia per se stessa
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	La persona presenta una compromissione nell'orientamento spaziale a causa di disturbi dell'equilibrio
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	La persona rischia di diventare un pericolo per sé/per gli altri per un disturbo dell'orientamento
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	La persona mostra un comportamento acuto pericoloso per sé/per gli altri
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	La persona avverte dolori acuti
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	La persona avverte dolori cronici
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	La persona avverte dolori all'apparato motorio
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	La persona avverte dolori articolari con limitazioni funzionali/motorie
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	La persona è a rischio di iper/ipoglicemia
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	La persona ha una ferita cronica , la guarigione della ferita è compromessa
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	La persona ha paura , avverte una minaccia reale/fittizia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	La persona ha paura di cadere

LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	La persona ha paura di cadere dal letto
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	La persona soffre di stati di agitazione
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	La persona avverte noia per la mancanza di incarichi sensati
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	La persona ha nostalgia di casa
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	La persona avverte una compromissione del benessere a causa di prurito
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	La persona presenta una masticazione/salivazione ridotta , è a rischio di infezione micotica e di parotite
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	La persona ha un rischio di dermatite associata all'eliminazione/incontinenza
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	La persona ha un' ulcera da pressione , la guarigione della ferita è complicata
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	La persona è a rischio di aumento del volume idrico (extracellulare/intravascolare)
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	La persona ha una mancanza di informazioni/capacità sulla gestione del diabete/della ipo e iperglicemia , è a rischio di terapia inefficace
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	La persona è a rischio di compromissione dell'integrità cutanea dovuto a cute sensibile/sottile
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	La persona ha una malattia infettiva , sussiste un rischio di contagio nell'ambiente
LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	La persona ha una contaminazione/infezione da agenti patogeni multiresistenti, sussiste un rischio di trasmissione microbica
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2009, 2014	339	La persona ha una ferita con guarigione di seconda intenzione, sussiste una guarigione compromessa

Percorsi per la pratica ENP sospesi (n=13):

Nell'ambito della rielaborazione le diagnosi elencate di seguito sono state accorpate o riunite in una nuova diagnosi.

52	La persona presenta un riflesso della deglutizione compromesso, sussiste un rischio di aspirazione durante l'igiene del cavo orale
88	La persona ha un riflesso di deglutizione assente, è a rischio di aspirazione
89	La persona ha i riflessi tussigeno, di deglutizione e faringeo assenti, è a rischio di aspirazione di saliva
94	La persona ha una difficoltà nel mangiare correlata a una limitazione nella chiusura della bocca, il cibo fuoriesce dalla bocca
561	La persona ha un rischio di deficit di liquidi
654	La persona deve seguire una dieta povera di proteine a causa di un'intolleranza alimentare, è a rischio di complicanze legate all'alimentazione
828	La persona è a rischio di riduzione della ventilazione polmonare
235	La persona respira superficialmente e non riesce a compiere esercizi respiratori attivi, è a rischio di atelettasia/polmonite
249	La persona non riesce a espettorare a causa di una compromissione nella chiusura della glottide, è a rischio di atelettasia/polmonite
198	La persona presenta una compromissione della libertà di movimento dovuta a fattori esterni
206	La persona presenta una compromissione della mobilità dovuta a dolore da carico
647	La persona presenta una limitazione motoria postoperatoria
490	La persona avverte dolori articolari all'inizio della deambulazione

Bibliografia consultata N= 3545

I percorsi per la pratica nella versione 2.9 (2014) sono supportati da 3545 fonti bibliografiche nazionali e internazionali. Tra queste, sono stati consultati regolamenti, linee guida e raccomandazioni tedesche (come ad esempio lo standard specialistico di riferimento nazionale), ma anche numerose linee guide internazionali. In totale, esistono 10.355 collegamenti a fonti per i 552 percorsi per la pratica ENP. I libri specialistici e gli articoli che descrivono un fenomeno infermieristico più ampio sono collegati a più percorsi ENP.

3. Livello di evidenza delle diagnosi e dei percorsi per la pratica ENP

Nel 2014, nell'ambito delle rielaborazioni, per le diagnosi e i percorsi ENP è stato valutato e indicato il livello di evidenza. Un obiettivo importante durante lo sviluppo è stato, sin dall'inizio, quello di consentire una comparabilità del livello di evidenza con quello di altri sistemi di classificazione infermieristica. I livelli di evidenza (Level of evidence, LOE) di ENP si orientano sui criteri di classificazione di NANDA International⁸, sebbene anche per questo sistema possano essere discussi alcuni aspetti critici. In questo modo è possibile paragonare l'espressività di singole diagnosi infermieristiche tra diversi sistemi di classificazione. I paragrafi seguenti presentano i singoli livelli di evidenza di ENP in modo dettagliato:

1. Sviluppo di un nuovo percorso per la pratica

I percorsi per la pratica ENP vengono in genere sviluppati in modo induttivo: lavorando con ENP, gli infermieri identificano una carenza. Il percorso di sviluppo consiste nell'identificare un fenomeno nella pratica infermieristica. Viene quindi attuato l'incarico di sviluppo. Il risultato viene approvato con la pratica infermieristica e successivamente la diagnosi viene inserita nel catalogo.

Meno frequentemente il nuovo sviluppo di un percorso ENP deriva da valutazioni della letteratura. In questo caso, viene prima elaborata una proposta di sviluppo (cfr. LOE 1.1/1.2/1.3), che in seguito viene discussa e valutata con degli esperti della pratica clinica.

1.1 Solo il titolo della diagnosi infermieristica (incarico di sviluppo)

La diagnosi infermieristica ENP è chiarita in modo univoco e supportata dalla letteratura. Le norme di sintassi e di struttura sono verificate. Anche le sovrapposizioni sono verificate.

1.2 Titolo della diagnosi infermieristica e definizione (incarico di sviluppo)

La diagnosi ENP è formulata in modo univoco, la definizione corrisponde al titolo. La definizione è diversa dalle caratteristiche e dal titolo della diagnosi e questi elementi non sono compresi nella definizione. La diagnosi e la definizione sono supportati da rimandi bibliografici.

1.3 Diagnosi infermieristica e definizione vengono completate da obiettivi e interventi infermieristici (incarico di sviluppo)

Il percorso per la pratica ENP si trova ancora a uno stadio precoce: viene messo a disposizione degli utenti finali all'interno di applicativi software e valutato/migliorato insieme a loro.

Nella pratica clinica infermieristica può accadere che un percorso ENP venga messo a disposizione degli utenti finali nella stadio iniziale 1.3 per progetti. Nel catalogo ENP ufficiale e nelle pubblicazioni a stampa vengono tuttavia presentate solo le diagnosi che hanno raggiunto il livello di maturità 2.1.

⁸ I livelli di evidenza di NANDA-I sono consultabili alla pagina Internet <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> (accesso del 25/06/2014)

2. Diagnosi infermieristiche e percorsi per la pratica inseriti nel catalogo ENP ufficiale e confermati dalla letteratura internazionale, dalla pratica infermieristica e/o da studi di consenso

2.1 a) Il titolo delle diagnosi, la definizione, le caratteristiche, le cause e le risorse sono supportati dalla letteratura

La diagnosi infermieristica, la loro definizione e tutte le caratteristiche, cause e risorse sono supportati da fonti di letteratura nazionale e internazionale.

2.1 b) Il titolo delle diagnosi, la definizione, le caratteristiche, le cause, le risorse e gli interventi sono supportati dalla letteratura ed elaborati fino a formare una diagnosi

Il fondamento bibliografico riguarda non solo il titolo della diagnosi e tutte le caratteristiche, cause e risorse, ma anche gli interventi e obiettivi che vengono associati alla diagnosi.

2.2 Analisi concettuale della diagnosi infermieristica

Oltre al fondamento bibliografico del titolo della diagnosi e di tutte le caratteristiche, cause e risorse, degli interventi e degli obiettivi, per i termini principali di diagnosi infermieristica viene eseguita un'analisi concettuale con una valutazione approfondita della letteratura. L'analisi concettuale supporta la diagnosi infermieristica e la definizione; essa comprende la discussione e il supporto delle caratteristiche.

2.3 Studi di consenso delle diagnosi esistenti da parte di esperti

Tutti gli elementi della diagnosi infermieristica e del percorso per la pratica, oltre che avere un fondamento bibliografico, vengono sottoposti a studi di consenso da parte di esperti del settore. Gli studi comprendono opinioni di esperti, studi con metodo Delphi o di crossmapping con altri sistemi di classificazione infermieristica nonché disegni di studi analoghi con contenuti diagnostici.

3. Diagnosi infermieristiche e percorsi per la pratica supportati clinicamente (validazione e verifica)

3.1 a) Sintesi bibliografica

Analisi e valutazione sistematica della letteratura della diagnosi e degli interventi infermieristici con strategia di ricerca documentata e attestabile.

3.1 b) Sintesi bibliografica e rating di esperti

Analisi e valutazione sistematica della letteratura della diagnosi e degli interventi infermieristici con strategia di ricerca documentata e attestabile nonché successivo rating di esperti (ad es. attraverso sondaggi, conferenze ecc.).

3.2 Studi clinici non generalizzabili sulla popolazione generale di diagnosi infermieristiche e percorsi per la pratica

Lo studio si riferisce alla diagnosi infermieristica e a tutte le caratteristiche e cause correlate alla diagnosi. Gli studi possono essere di natura qualitativa o quantitativa. Rientrano in questa categoria anche gli studi che esaminano la validità concorrente (*concurrent validity*)

nel contesto clinico. L'ampiezza delle prove a campione è limitata e non avviene casualmente (campione non probabilistico).

3.3 Studi clinici ben organizzati con prove a campione di portata limitata

Lo studio si riferisce alla diagnosi infermieristica e a tutte le caratteristiche e cause correlate alla diagnosi. Si fa ricorso a un campionamento probabilistico, ma con portata limitata.

3.4 Studi clinici ben organizzati con campionamento probabilistico di ampiezza sufficiente a consentire una generalizzazione sull'intera popolazione

Lo studio si riferisce alla diagnosi infermieristica e a tutte le caratteristiche e cause correlate alla diagnosi. Si fa ricorso a un campionamento probabilistico; l'ampiezza è sufficiente a consentire una generalizzazione sull'intera popolazione.

4. Definizione dei termini relativi alle classi ENP

Per garantire l'univocità dei Nursing care Pathways come linguaggio specializzato e sistema di classificazione infermieristico, nel corso degli anni il team ENP ha elaborato delle strutture e definizioni linguistiche per i singoli gruppi ENP che saranno presentate nei capitoli seguenti.

4.1 Definizione delle diagnosi infermieristiche ENP

Una diagnosi infermieristica ENP viene definita come segue:

*Una **diagnosi infermieristica ENP** è un'espressione linguistica utilizzata dagli infermieri, se possibile insieme all'assistito, basata su un giudizio sistematico (valutazione, anamnesi infermieristica, esame fisico) della condizione di salute, degli effetti psichici, fisiologici e legati allo sviluppo vitale o della reazione dell'assistito ai propri problemi di salute, sulla base della quale possano essere prese decisioni in merito agli obiettivi infermieristici da raggiungere e agli interventi da svolgere.*

Una diagnosi infermieristica ENP descrive i risultati diagnostici infermieristici possibili utilizzando un'espressione standardizzata. La diagnosi ENP è composta da un problema infermieristico associato a una specificazione. Una piccola percentuale di diagnosi ENP, attualmente il 13,6% (n=75), non prevede alcuna specificazione e funge da "categoria di riserva" qualora nessuno tra gli altri problemi infermieristici precombinati con la specificazione risulti adeguato. In questo caso, nel corso del processo diagnostico l'infermiere completa in modo autonomo le caratteristiche e le cause trasformando il problema in diagnosi infermieristica. In ENP è stata attuata una precombinazione della specificazione e del problema infermieristico ogni qualvolta è stata constatata l'esistenza di interventi per una diagnosi infermieristica ENP. La definizione di un problema infermieristico in ENP è la seguente:

I problemi infermieristici sono compromissioni della persona assistita legate alla persona stessa o all'ambiente che la circonda. In alternativa può trattarsi di rischi legati alla condizione di salute o al trattamento che l'assistito non è in grado di affrontare o eliminare e che limitano la sua autonomia o quella degli altri. A scatenare i problemi infermieristici possono essere condizioni psichiche legate all'ambiente e allo sviluppo personale, alterazioni dello stato di salute fisiologico e limitazioni legate all'età. Un comportamento professionale è una prerogativa necessaria per registrare i problemi infermieristici, mutare questi in diagnosi infermieristiche e influenzare in modo positivo la condizione di salute mediante la pianificazione dell'assistenza.

Secondo Gordon e Bartholomeyczik (2001) una diagnosi infermieristica è costituita da tre elementi essenziali, che possono essere descritti anche come "schema PÄS". Questi tre elementi sono il problema di salute (P - dal tedesco "Problem"), eziologia e fattori correlati (Ä - dal tedesco "Ätiologie") e caratteristiche definenti o insieme di segni e sintomi (S - dal tedesco "Symptomen"). (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 38 f.) Il gruppo dei problemi infermieristici descrive, a livello della categoria, problemi che rappresentano le unità di analisi disgiunte a cui sono associati i

concetti delle diagnosi infermieristiche. Essendo la diagnosi infermieristica ENP composta da un problema infermieristico e una specificazione, essa presenta già due di quelli che Gordon e Bartholomeyczik propongono come elementi essenziali di una diagnosi infermieristica (2001, p. 38). Nel corso del processo diagnostico l'infermiere seleziona da ENP le caratteristiche e le cause corrispondenti. In ENP le caratteristiche non si riferiscono esclusivamente al problema infermieristico, ma alla combinazione di problema infermieristico e specificazione.

La tabella 5 sotto presenta a titolo esemplificativo le diagnosi infermieristiche ENP della classe 1.1 *Cura personale/vestirsi* e della categoria 1.1.1 *Deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo* dal dominio 1 *Diagnosi infermieristiche dell'area funzionale/fisiologica*, per chiarire la differenza tra problema infermieristico (= categoria) e diagnosi infermieristica di ENP.

Classe	Categoria (= problema infermieristico)	Diagnosi ENP
1.1 Cura personale / Vestirsi	1.1.1 Deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo	La persona non è in grado di lavarsi in modo autonomo per una limitazione motoria
		La persona non riesce ad effettuare il lavaggio del corpo in modo autonomo a causa di una emiplegia/emiparesi
		La persona non riesce a lavarsi in modo autonomo a causa di una capacità di carico fisico limitata
		La persona non può affaticarsi durante la cura personale a causa di una performance cardiaca ridotta , presenta un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
		La persona non è in grado di tenere gli oggetti per il lavaggio del corpo a causa di una limitazione motoria , vi è un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
		La persona non è in grado di eseguire in modo autonomo lavaggio del corpo per disorientamento
		La persona deve evitare movimenti tra bacino e tronco per una lesione alla colonna vertebrale , c'è un deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo
		La persona è completamente dipendente nel lavaggio del corpo per un disturbo quantitativo della coscienza
		La persona non effettua il lavaggio del corpo in modo adeguato a causa di autotrascurezza (self-neglect)
		La persona non riesce a effettuare l'igiene intima nel modo abituale per una ferita a livello genitale
		La persona non riesce a dedicarsi in modo autonomo alla cura di sé nell'ambito dell'igiene personale per motivi associati allo sviluppo evolutivo
		La persona non è in grado di lavarsi autonomamente per una disfunzione sensoriale integrativa
		La persona non riesce a lavarsi in modo autonomo a causa di altri motivi
La persona non riesce a farsi la doccia/il bagno in modo autonomo		

Tabella 5: Illustrazione delle diagnosi infermieristiche ENP della categoria Cura personale/vestirsi

L'operazionismo qui illustrato del "deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo" è determinato dallo sviluppo del percorso per la pratica. Se nel corso dell'elaborazione di un percorso correlato alla diagnosi si realizza che, ad esempio, per il "deficit di cura di sé nel lavaggio del corpo in caso di emiplegia" esistono interventi molto specifici, la diagnosi ENP viene sviluppata sin da subito in modalità precombinata. Un'analisi di letteratura effettuata nell'ambito dello sviluppo delle diagnosi

infermieristiche ENP della sottocategoria "Deficit nella cura di sé nel lavaggio del corpo" indica che per le diagnosi attuali elencate nella tabella 5 esistono piani di intervento specifici (Helmbold, 2010a).

Con l'obiettivo di offrire all'utente del linguaggio professionale ENP un ventaglio differenziato di interventi mirati per l'illustrazione del processo di assistenza, si è optato per la stessa struttura già descritta in precedenza per le diagnosi ENP. I problemi infermieristici ENP che non prevedono alcuna specificazione fungono da cosiddette "categorie residue", che vengono tramutate in diagnosi dall'infermiere mediante la codifica di caratteristiche e cause. Tali categorie residue sono da utilizzare qualora per la situazione individuale dell'assistito non esista alcuna diagnosi ENP specifica.

Sintassi di una diagnosi infermieristica ENP

La determinazione della sintassi dei diversi elementi di ENP va a beneficio della standardizzazione della struttura del linguaggio specialistico. Ecco un esempio:

"La persona ha un rischio di danno cutaneo a causa della presenza di stomia tracheale".

"La persona" = soggetto

"ha" = predicato verbale

"a causa della presenza di stomia tracheale" = complemento di causa

"un rischio" = complemento oggetto

"di danno cutaneo" = complemento di specificazione

"La persona non riesce ad effettuare il lavaggio del corpo in modo autonomo a causa di emiplegia/emiparesi"

"La persona" = soggetto

"non" = negazione

"riesce ad effettuare" = predicato verbale

"il lavaggio del corpo" = complemento oggetto

"in modo autonomo" = complemento di modo

"a causa di emiplegia/emiparesi" = complemento di causa

Per le diagnosi che non hanno una specificazione, la sintassi è la seguente:

"La persona è a rischio di ulcere da pressione"

"La persona" = soggetto

"è" = predicato verbale

"a rischio di ulcere di pressione" = complemento di modo

La struttura della frase di una diagnosi infermieristica è formulata alla terza persona singolare, mentre i verbi sono al presente.

4.2 Definizione: caratteristiche ENP

L'analisi di un concetto conduce inevitabilmente alla considerazione delle sue caratteristiche definenti. Per la determinazione di un significato e la definizione di un concetto diagnostico, come

ad esempio le diagnosi infermieristiche ENP, la denominazione delle caratteristiche che possono accompagnarsi alla diagnosi è decisiva. Nella disciplina terminologica le caratteristiche o i segni distintivi presentano diversi significati. Secondo Arntz, la somma delle caratteristiche di un concetto stabilite in un determinato periodo corrisponde all'insieme delle conoscenze a disposizione su tale concetto (Arntz, Picht, & Mayer, 2004, p. 53 s.). La consapevolezza di ciò facilita la denominazione del concetto e la delimitazione del suo significato. Le caratteristiche consentono inoltre di strutturare i concetti e di classificarli in una tassonomia.

Nel processo diagnostico infermieristico le caratteristiche vengono utilizzate come indicatori di conferma di una diagnosi infermieristica (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 43 ss.). Nell'ambito dello sviluppo delle diagnosi infermieristiche ENP, le caratteristiche vengono utilizzate per la loro concettualizzazione. Di seguito viene riportata la definizione delle caratteristiche ENP.

***Le caratteristiche ENP** sono indicatori, fattori e dichiarazioni della persona assistita. Contribuiscono all'identificazione delle diagnosi/dei problemi infermieristici o alla differenziazione degli stessi. Le caratteristiche o indicatori possono descrivere sintomi, altri segni distintivi del problema, indicatori biografici, storici, fisiologici o psichici, una dichiarazione verbale della persona in merito al problema, reazioni della persona oppure fattori di rischio.*

Le caratteristiche di ENP si riferiscono sia al problema infermieristico incluso sia alla specificazione del problema. Le diagnosi infermieristiche all'interno di una categoria possono includere caratteristiche generali che si riferiscono al problema infermieristico.

Sintassi delle caratteristiche ENP

Le formulazioni delle caratteristiche corrispondono a dei sintomi (ad es. *segni di cianosi, frequenza respiratoria aumentata, ronchi sibilanti, tachipnea, lamenta prurito*), affermazioni dell'assistito (ad es. *riferisce paura di provare dolore nell'espettorare, descrive una sensazione di solitudine/abbandono*), reazioni comportamentali (ad es. *irritabilità aumentata, non riesce a sfogare l'ira/la rabbia in modo adeguato e la rivolge contro oggetti/animali, si strappa i capelli*), caratteristiche riscontrabili a livello fisiologico (ad es. *frequenza respiratoria nell'adulto inferiore ai 12 atti/min.*), oppure descrizioni delle limitazioni di capacità dell'assistito (ad es. *non riesce a lavare determinate aree del corpo, non è in grado di esprimere chiaramente i suoi pensieri*).

Sintatticamente le caratteristiche consistono o in frasi complete composte da un soggetto e un predicato verbale (predicato, complemento oggetto e/o altri complementi) e solitamente in forma attiva, o in ellissi composte da predicato verbale, complemento oggetto e/o altri complementi, o in singoli termini. Queste frasi non complete si riferiscono sempre al soggetto della diagnosi. Ad es. *La capacità di lavare le parti del corpo è limitata* o *Malattia cutanea infettiva*.

4.3 Definizione: cause ENP

Le cause possono essere definite come la descrizione di "un evento o un insieme di eventi che generano un altro evento o un effetto in modo causale (causalità)". Nella "Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie" (Enciclopedia della filosofia e dell'epistemologia) il concetto di causa viene definito sulla base dei quattro tipi di causa di Aristotele, dell'interpretazione

moderna del rapporto di causa-effetto di Hume e delle teorie di altri filosofi (Mittelstraß, 1996, p. 442). La definizione di causa in ENP è incentrata su una simile interpretazione di base. Le cause vengono formulate per differenziare ulteriormente la diagnosi infermieristica se sono responsabili dello sviluppo o della persistenza di un problema/di una condizione di salute o se hanno un effetto d'influenza (Brobst et al., 1997, p. 17 s., Gordon, 2001, p. 41).

In ENP le cause vengono definite come segue:

*Le **cause ENP** sono fattori scatenanti e/o correlati che sono responsabili dell'insorgere di un problema o di una diagnosi infermieristica o che contribuiscono alla loro persistenza. Le cause o fattori correlati possono consistere in comportamenti della persona assistita, in patologie attuali e pregresse o in limitazioni ascrivibili sia all'area psico-sociale sia alle capacità fisiche e cognitive. Le cause o i fattori correlati possono essere individuati anche nell'ambiente, nell'ambito della socializzazione e nel vissuto della persona assistita.*

Nel processo assistenziale è molto importante conoscere le cause legate ad un problema infermieristico, poiché nella fase di scelta degli interventi è necessario tenerle presenti ai fini dell'eliminazione o mitigazione di un problema. Ad esempio, per la pianificazione e la selezione di interventi infermieristici adeguati nel caso di un assistito che non è in grado di lavarsi in modo autonomo, il contesto cambia notevolmente a seconda che la causa risieda in una limitazione motoria postoperatoria o in una condizione di aprassia.

L'interpretazione del concetto di causa in ENP è orientata verso l'analisi concettuale delle cause, che genera la seguente differenziazione nella formazione dei concetti (Hügli & Lübcke, 2001, p. 640 ss.):

La causa come rapporto di causalità tra causa ed effetto. La causa come catena causale e/o relazione causale, intesa come una qualsiasi rete di cause ed effetti all'interno della quale si è intrecciato un evento. (Hügli & Lübcke, 2001, p. 642)

La causa concorrente, ovvero una causa correlata ad un effetto, pur non essendo l'unica responsabile del suo verificarsi.

La causa determinante è quella causa che può essere indicata come centrale per il verificarsi di un effetto.

La causa essenziale è la condizione necessaria al verificarsi dell'effetto.

Le distinzioni e le diverse concezioni del concetto di "causa" sono sempre specificate nell'ambito della diagnosi infermieristica ENP. È interessante conoscere il particolare contesto in cui si verificano i problemi o le condizioni di salute constatate, le cause che vi hanno dato origine e i fattori che sono responsabili della persistenza del problema.

A ogni diagnosi infermieristica ENP possono essere associate diverse cause. In altre parole, sono diverse le cause che possono influenzare o determinare l'insorgere della diagnosi. Le cause associate alle diagnosi infermieristiche selezionate e formulate durante il processo diagnostico rappresentano la base per la scelta di interventi adeguati.

Le cause possono consistere in patologie (ad esempio *manie, insufficienza ventricolare destra, disturbo alimentare, sclerosi multipla*), ragioni alla base di un determinato comportamento (*bisogno*

di autoaffermazione, disgusto dopo aver assunto cibo, assenza di interesse, paura, senso di vergogna), stato di salute (stato di confusione, inappetenza persistente, alterazioni nella forma del palato molle, difficoltà nel bere, dispnea da sforzo, assenza di autostima, limitazione motoria), deficit conoscitivi/informativi (assenza di informazioni sull'allattamento, mancanza di accesso alle informazioni), elementi socio-culturali (fattori collegati a dinamiche familiari, disoccupazione, abusi), abitudini/comportamento (rituali compulsivi, coprofilia, ipoattività, incapacità di porsi dei limiti), interazione compromessa (parla una lingua diversa) o capacità limitate/compromesse (limiti nelle capacità cognitive).

Sintassi delle cause ENP

Sintatticamente le cause consistono o in frasi complete composte da un soggetto e un predicato verbale (predicato, complemento oggetto e/o altri complementi) o in ellissi composte solo da predicato, oggetti e/o aggiunte o in singoli termini. Queste frasi non complete si riferiscono sempre al soggetto della diagnosi. Ad es.: *Manca la volontà di eseguire il lavaggio del corpo oppure Capacità di sopportazione fisica limitata.*

4.4 Definizione: risorse

In associazione alle diagnosi infermieristiche ENP vengono formulate anche le risorse (capacità) dell'assistito, rilevanti ai fini della determinazione degli obiettivi infermieristici e della scelta dell'intervento.

Una risorsa ENP viene definita come segue:

*Le **risorse ENP** sono descrizioni relative alle condizioni fisiche, mentali e psico-sociali, comportamenti e/o fattori correlati all'ambiente sociale che contribuiscono allo sviluppo di strategie di coping e/o al supporto degli interventi infermieristici.*

La formulazione delle risorse viene sempre sviluppata sulla base della descrizione e valutazione quanto più dettagliata possibile del problema o della condizione di salute che genera il bisogno di assistenza. Al fine della selezione di obiettivi e interventi infermieristici è infatti fondamentale sapere se una persona con deficit nella cura di sé nella cura personale riesce a stare seduta o in piedi o se, ad esempio, è in grado di utilizzare in modo autonomo una manopola. A differenza degli altri gruppi di ENP, quello delle risorse non ha ancora la pretesa della completezza. Invitiamo pertanto gli infermieri stessi a inserire delle formulazioni personali di risorse nel corso del processo diagnostico.

Le formulazioni standardizzate delle risorse ENP riguardano comportamenti dell'assistito, atteggiamenti che richiedono interventi, prestazioni di assistenza dell'ambiente sociale o stati psicologici che contribuiscono allo sviluppo e al sostegno di strategie di coping tese a eliminare i problemi di salute e al superamento di crisi (di salute) ricorrendo alle risorse personali e sociali (resilienza).

Sintassi delle risorse ENP

Sintatticamente le risorse consistono in frasi complete composte da un soggetto e un predicato verbale (predicato, complemento oggetto e/o altri complementi). *Ad es. Riesce a utilizzare gli ausili in modo mirato o Esprime comprensione per la procedura infermieristica.*

4.5 Definizione: obiettivi infermieristici ENP

L'obiettivo si raggiunge con un'assistenza mirata e la promozione delle risorse individuali. Gli obiettivi devono essere realistici, raggiungibili, verificabili, espressi in senso positivo e riferiti al problema o alla diagnosi infermieristica. A una diagnosi infermieristica ENP sono associati diversi obiettivi possibili. A seconda della condizione di salute dell'assistito, l'infermiere decide se selezionare uno o più obiettivi infermieristici. Un obiettivo ENP viene definito come segue:

Gli obiettivi infermieristici ENP definiscono i risultati di assistenza che gli infermieri pianificano insieme o per l'assistito e che devono essere conseguiti entro un determinato periodo di tempo. I risultati previsti sono descritti come condizioni effettive da raggiungere in futuro. Gli obiettivi infermieristici possono riferirsi a prestazioni e capacità fisiche, parametri fisiologici, informazioni, comportamenti e aspetti della personalità, esiti, vissuto emozionale e percezioni soggettive, oltre che al riconoscimento di alterazioni fisiche.

È possibile usare le formulazioni degli obiettivi ai fini della misurazione degli outcome. A questo proposito, ciascun obiettivo ENP è collegato a una scala Likert a cinque livelli per la valutazione del grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso. Esistono diversi tipi di scale a cinque livelli. In tutte queste scale, il 5 sta ad indicare che l'obiettivo è stato raggiunto, mentre l'1 che l'obiettivo non è stato ancora raggiunto. Di seguito alcuni esempi:

Diagnosi infermieristica ENP: La persona si isola dagli avvenimenti sociali, l'interazione sociale è compromessa

Causa: malattia psichica

Caratteristica: Si isola nella stanza

Obiettivo: Partecipa alle attività di gruppo spontaneamente

L'infermiere valuta il raggiungimento dell'obiettivo sulla base di una scala Likert a cinque livelli. I criteri di giudizio collegati per la valutazione del grado di conseguimento dell'obiettivo sono i seguenti:

- 5 = completamente raggiunto
- 4 = in gran parte raggiunto
- 3 = mediamente raggiunto
- 2 = scarsamente raggiunto
- 1 = non raggiunto

Una codifica con 1 sta a significare che l'assistito non ha raggiunto l'obiettivo *Partecipa alle attività di gruppo spontaneamente* collegato alla relativa diagnosi infermieristica (raggiungimento 0%), la codifica "scarsamente raggiunto" indica che sono individuabili deboli e scarsi accenni di raggiungimento (fino al 25%), la valutazione "mediamente raggiunto" segnala che il raggiungimento dell'obiettivo presenta un livello medio (26-50%), "in gran parte raggiunto" significa

che l'obiettivo è stato conseguito per una percentuale superiore al 50% (51-75%) e infine il raggiungimento completo viene codificato quando l'obiettivo è stato raggiunto per oltre il 75%.

Un'altra possibilità di valutazione in scala all'interno di ENP consiste nell'operazionismo degli elementi collegati agli obiettivi. Nella tabella seguente si riporta la descrizione dei tre obiettivi infermieristici legati al lavaggio del corpo.

Scala a 5 punti Cura personale					
	Valore 5	Valore 4	Valore 3	Valore 2	Valore 1
È in grado di lavarsi e asciugarsi il corpo in modo autonomo	È in grado di lavarsi e asciugarsi il corpo in modo autonomo	È in grado di lavare e asciugare il corpo in modo autonomo servendosi di ausili e/o in tempi lunghi (> 15 min.)	È in grado di lavare e asciugare il corpo in modo autonomo con istruzioni verbali e passaggio del materiale occorrente	È parzialmente in grado di lavare e asciugare il corpo in modo autonomo , l'infermiere si occupa delle parti difficilmente raggiungibili	È completamente dipendente nell'espletazione del lavaggio del corpo
È in grado di lavare e asciugare la parte superiore del corpo in modo autonomo	È in grado di lavarsi e asciugarsi la parte superiore del corpo in modo autonomo	È in grado di lavare e asciugare la parte superiore del corpo in modo autonomo servendosi di ausili e/o in tempi lunghi (> 7 min.)	È in grado di lavare e asciugare la parte superiore del corpo in modo autonomo con istruzioni verbali e passaggio del materiale occorrente	È parzialmente in grado di lavare e asciugare la parte superiore del corpo in modo autonomo , l'infermiere si occupa delle parti difficilmente raggiungibili	È completamente dipendente nell'espletazione del lavaggio della parte superiore del corpo
È in grado di lavarsi e asciugarsi mani e viso in modo autonomo	È in grado di lavarsi e asciugarsi mani e viso in modo autonomo	È in grado di lavare e asciugare viso e mani in di tempi lunghi (> 3 min.)	È in grado di lavare e asciugare viso e mani in modo autonomo con istruzioni verbali e passaggio del materiale occorrente	È parzialmente in grado di lavare e asciugare viso e mani in modo autonomo , l'infermiere deve intervenire	È completamente dipendente per il lavaggio di viso e mani

Tabella 6: Scala a 5 punti degli obiettivi ENP per il lavaggio del corpo

Un esempio tratto dalla classe della respirazione e della categoria "Respirazione fisiologica":

Scala a 5 punti "Respirazione fisiologica"					
	Valore 5	Valore 4	Valore 3	Valore 2	Valore 1
La dispnea percepita soggettivamente dopo/durante l'attività fisica nella scala a 5 punti ottiene un valore >3 (1= dispnea massima, 5 = nessuna dispnea) Fonte bibliografica: Gillissen, A et. al 2008	Durante/subito dopo l'attività fisica percepisce l'attività respiratoria come normale/inalterata	Durante/subito dopo l'attività fisica avverte una leggera difficoltà respiratoria (dispnea)	Durante/subito dopo l'attività fisica avverte una difficoltà respiratoria media (dispnea), che può essere caratterizzata dall'impiego dei muscoli respiratori ausiliari	Durante/subito dopo l'attività fisica avverte una grave difficoltà respiratoria (dispnea), che può essere caratterizzata da cianosi e dall'impiego dei muscoli respiratori ausiliari	Durante/subito dopo l'attività fisica avverte una difficoltà respiratoria molto grave (dispnea), che può essere caratterizzata da paura di morire, panico, cianosi e dall'impiego dei muscoli respiratori ausiliari e/o da respirazione con narici dilatate

Tabella 7: Scala a 5 punti degli obiettivi ENP per la categoria "Respirazione fisiologica"

Un ulteriore esempio proviene dalla classe "Percepire" e dalla categoria "Assenza di dolore":

Scala a 5 punti "Assenza di dolore"					
	Valore 5	Valore 4	Valore 3	Valore 2	Valore 1
Non ha dolore	Ha dolori che sulla scala numerica sono stati valutati tra 1-2 (quasi nessun dolore)	Ha dolori che sulla scala numerica sono stati valutati tra 3-4	Ha dolori che sulla scala numerica sono stati valutati tra 5-6	Ha dolori che sulla scala numerica sono stati valutati tra 7-8	Ha dolori che sulla scala numerica sono stati valutati tra 9-10

Tabella 8: Scala a 5 degli obiettivi ENP della classe "Assenza di dolore"

Un ultimo esempio proviene dalla classe "Percezione" e dalla categoria "Sforzo commisurato alle capacità":

Scala a 5 punti "Sforzo commisurato alle capacità"					
	Valore 5	Valore 4	Valore 3	Valore 2	Valore 1
Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale è adeguato rispetto alle attuali capacità fisiche	Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale è adeguato rispetto alle attuali capacità fisiche	Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale è parzialmente adeguato rispetto alle capacità fisiche , ciò si manifesta mediante affaticamento totale in seguito all'attività	Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale è parzialmente adeguato rispetto alle capacità fisiche, ciò si manifesta mediante una forte alterazione dei parametri vitali e/o dolore in seguito all'attività	Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale non è adeguato rispetto alle capacità fisiche , ciò si manifesta mediante una forte alterazione dei parametri vitali con superamento del valore limite e/o dolore , si è reso necessario interrompere (più volte) l' attività di cura personale .	Lo sforzo fisico richiesto durante l'attività di cura personale è superiore rispetto alle capacità fisiche , ciò si manifesta mediante collasso circolatorio, insufficienza respiratoria o crisi di altro tipo, non è possibile proseguire le attività di cura personale come pianificato

Tabella 9: Scala a 5 punti degli obiettivi ENP della categoria "Sforzo commisurato alle capacità"

Ad oggi esistono 50 diverse scale di valutazione per gli obiettivi infermieristici ENP. Il team lavora costantemente all'ulteriore processo di trasformazione degli obiettivi ENP in elementi sottoposti a operazionismo. L'obiettivo è quello di sviluppare nuovi indicatori di risultato che, sotto forma di strumenti di autovalutazione per gli assistiti, possano fungere anche da strumento di misurazione per gli infermieri. Gli indicatori sviluppati finora sono presenti sia nel software che nella banca-dati.

Per consentire una valutazione omogenea, è importante valutare il raggiungimento degli obiettivi insieme all'assistito e/o nell'équipe infermieristica. Alcune formulazioni, infatti, ad esempio "Partecipa spontaneamente alle attività di gruppo", sono legate a un fattore soggettivo.

Sintassi degli obiettivi ENP

Sintatticamente gli obiettivi consistono o in frasi complete composte da un soggetto e un predicato verbale (predicato, complemento oggetto e/o altri complementi) e solitamente in forma attiva, o in

ellissi composte da predicato verbale, complemento oggetto e/o altri complementi, o in singoli termini. Queste frasi non complete si riferiscono sempre al soggetto della diagnosi. *Ad es.: È promossa l'autonomia o Esprime una sensazione di sicurezza nelle attività quotidiane.*

4.6 Definizione: Interventi infermieristici ENP

Tutti gli interventi infermieristici in ENP corrispondono ad attività effettuate direttamente sul e con l'assistito (ad es. Effettuare il lavaggio totale del corpo) o indirettamente per l'assistito (ad es. Preparare i farmaci) dagli infermieri nel contesto dell'assistenza sulla base del processo diagnostico infermieristico.

Un intervento ENP viene definito come segue:

Un intervento infermieristico ENP è la formulazione linguistica utilizzata per specificare un approccio di intervento più generico. Tali approcci di intervento si presentano come formulazioni astratte di attività infermieristiche suddivisi in diverse fasi intermedie. Gli interventi infermieristici ENP possono riferirsi ad attività dirette, indirette o amministrative avviate e svolte da infermieri e tese al raggiungimento degli obiettivi sulla base di processi decisionali clinici e delle conoscenze specialistiche possedute.

Ad esempio, l'attività infermieristica "Eeguire posizionamento a 30° secondo Seiler" prevede diverse singole azioni. Questi singoli interventi iniziano, ad esempio, con la disinfezione delle mani, la preparazione del materiale ecc., l'accoglimento dell'assistito, la trasmissione di informazioni all'assistito, il vero e proprio posizionamento, (che a sua volta si compone di diverse fasi, quali abbassare la testata, rimuovere il cuscino dalla testa, ecc.), e si concludono accertandosi che la persona assistita non abbia alcuna richiesta in seguito al posizionamento e, ad esempio, che il campanello sia raggiungibile. Queste singole fasi di attività non vengono approfondite nell'intervento infermieristico ENP perché già affrontate nella didattica. Per la documentazione del processo assistenziale non è d'altronde ragionevole dettagliare nel fascicolo sanitario tutte le singole fasi intermedie di un intervento (a questo proposito cfr. anche Göpfert-Divivier, Mybes, & Igl, 2006).

Sintassi degli interventi infermieristici ENP

Gli interventi sono formulati di regola all'infinito e descrivono indicazioni o esortazioni a svolgere attività, generalmente in forma attiva. Sintatticamente si tratta di ellissi composte da predicato verbale, complemento oggetto e/o altri complementi, con il predicato verbale coniugato spesso nel modo infinito. Queste frasi incomplete si riferiscono sempre al soggetto dell'azione da svolgere. *Ad es.: "Condurre colloquio infermieristico specialistico terapeutico centrato su un tema" o "Utilizzare tecniche motorie caute che riducano il carico."*

Specificazione dell'intervento

La letteratura specialistica esorta a formulare gli interventi infermieristici in modo che essi rispondano alle domande: "Chi fa cosa, quando, come e con che cosa?". Gli interventi infermieristici devono pertanto presentare un carattere di guida per le attività. In ENP tale esigenza viene soddisfatta attraverso la formulazione delle specificazioni dell'intervento.

Le specificazioni dell'intervento ENP possono essere definite come segue:

Le specificazioni dell'intervento ENP sono informazioni specifiche relative all'intervento e aventi funzione di completamento. Le specificazioni possono consistere in descrizioni dettagliate degli interventi o corrispondere al grado di assistenza dell'assistito durante lo svolgimento dell'intervento, alla frequenza e orario pianificato per gli interventi, agli intervalli temporali tra le attività, ai prodotti di cura e ausili utilizzati, alla sequenza di attività collegate, alla localizzazione, alle indicazioni relative a luogo, percorso e quantità e infine al numero di infermieri necessari per l'adeguata attuazione dell'intervento.

4.7 Valori temporali normativi in ENP

In ENP gli interventi infermieristici sono collegati anche a valori temporali normativi che vengono sommati in modo specifico per caso clinico. Per la rappresentazione contestuale dei valori temporali sommati vengono considerati diversi fattori, come ad es. il livello di gravità, il luogo in cui viene erogata l'assistenza ecc. I valori temporali consistono in stime stabilite in collaborazione con infermieri nel corso di un processo empirico durato diversi anni. I valori normativi memorizzati sono inoltre ponderati a seconda del contesto della diagnosi infermieristica. Ad esempio, per gli assistiti con demenza i valori definiti per il lavaggio totale del corpo sono diversi rispetto a quelli definiti per un assistito che non è in grado di occuparsi della cura personale in modo autonomo a causa di un limite fisico. Il processo di definizione dei valori temporali è iniziato nel 1996 e continua costantemente sul campo tramite applicativi software all'interno di focus group con infermieri. Attraverso misurazioni specifiche nell'ambito di attività di ricerca sono stati effettuati ulteriori aggiustamenti dei valori. Con il collegamento tra il LEP Nursing 3 e gli interventi ENP, nel 2004 è emerso che i valori temporali definiti presentano un'elevata percentuale di corrispondenza.

5. Qualità dei percorsi per la pratica ENP

I percorsi di trattamento associati alle diagnosi ENP sono stati sviluppati in Germania tramite metodo induttivo (Wieteck 2004, p. 27 e ss.). Finora, lo sviluppo di ENP ha sempre visto la partecipazione degli utenti, i quali comunicano al team di sviluppo di ENP le loro esigenze in termini di rappresentabilità delle diagnosi e degli interventi. Le proposte della pratica infermieristica vengono accolte e definite come input di sviluppo. Nel 2010, ad esempio, nell'ambito della rappresentazione delle compromissioni della comunicazione nei pazienti con demenza, sono state proposte le formulazioni "linguaggio non chiaro" e "linguaggio privo di significato". A seguito di un confronto sui contenuti con gli infermieri sul posto e una prima esamina della bibliografia, è stata creato il percorso per la pratica "La persona presenta una compromissione della comunicazione correlata a un disturbo del linguaggio". A seguito del riscontro positivo degli infermieri in loco, si è passati a una fase successiva di approfondito lavoro bibliografico e a un confronto sistematico con possibili diagnosi concorrenti.

Il fondamento bibliografico dei percorsi per la pratica ENP comprende letteratura specialistica e studi nazionali e internazionali. Questo lavoro di fondamento bibliografico di ENP è stato intensificato negli ultimi 5 anni, ottenendo un netto miglioramento della qualità dei percorsi per la pratica. Ogni ENP viene confrontato con la letteratura specialistica attuale: un aspetto che nel 1988, nell'ambito del dibattito sui termini diagnostici infermieristici, venne definito da Woodtli un elemento di validazione dei contenuti.

Esistono già otto lavori di validazione dei contenuti e dei criteri (Berger, 2010, Hardenacke, 2007, Helmbold, 2010a, 2010b, Schmitt, 2010, Wieteck, 2006b, 2006c, 2008); altri, come ad es. quello sulla tematica delle disfagie, sono attualmente in elaborazione (aggiornamento ad agosto 2014). Nell'ambito della verifica della validità di criterio di Berger, con ENP sono state rappresentate 1931 formulazioni narrative del piano del processo di assistenza in un contesto ospedaliero. Le formulazioni sono state tratte da tesi valutate con i giudizi più alti. In totale, il 73% delle formulazioni è stato rappresentato completamente, il 14% parzialmente, mentre il 13% non è stato rappresentato. Anche lo studio sulla validità di criterio di Schmitt (2010) nell'area della terapia intensiva neonatale ha ottenuto risultati simili (Schmitt, 2010). Questi lavori si riferiscono al percorso per la pratica completo (= diagnosi infermieristica, caratteristiche, cause e interventi infermieristici). Anche le analisi bibliografiche di Helmbold si riferiscono al percorso per la pratica nella sua interezza (Helmbold, 2010a, 2010b). Con l'esempio delle diagnosi infermieristiche relative alla malnutrizione, è possibile comprendere l'elaborazione e lo sviluppo delle diagnosi ENP relative alla malnutrizione sulla base delle limitazioni della validità riscontrate nello studio di Hardenacke (2007) (Helmbold, 2010b).

Alcuni studi e progetti per la valutazione di ENP sono stati eseguiti mediante l'utilizzo pratico di ENP. Baltzer (2006), nell'ambito di un vasto progetto di utilizzo in ospedale, arriva a due conclusioni: "*Le formulazioni ENP sono orientate alla pratica e comprensibili*" e "*ENP consente di rappresentare i processi dell'infermieristica in modo completo e comprensibile.*" (Baltzer et al., 2006, p. 9) Con il progetto di valutazione del Canton San Gallo, realizzato in quattro diverse cliniche del cantone, il linguaggio ENP è stato testato con l'obiettivo di introdurlo in tutto il cantone. Il test è stato eseguito in diverse strutture e discipline specialistiche. A questo proposito può risultare interessante il rapporto finale della "*Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und*

Kliniken des Kantons St. Gallen" (Kossaibati e Berthou 2006, p. 8 e ss.) (Trad. "Concezione e gestione dell'introduzione di ENP negli ospedali e nelle cliniche del Canton San Gallo"). Nell'ambito del progetto di valutazione gli esperti infermieristici delle strutture pilota hanno valutato i piani di assistenza documentati con ENP in termini di "valutabilità", "guida delle attività", "rilevanza infermieristica", "univocità", "comprensibilità" e "completezza". *"Nell'almeno 80% dei piani analizzati, i contenuti documentati soddisfacevano i criteri dell'analisi."* (Kossaibati e Berthou 2006, p. 41).

Uno studio di intervento ha analizzato le conseguenze dell'utilizzo di ENP all'interno di un software sulla qualità di documentazione del processo di assistenza in una struttura di cura per anziani (allora si parlava ancora di "elementi di testo per la documentazione del processo di assistenza"). Le valutazioni analitiche di frequenza e valenza hanno rilevato effetti decisamente positivi sulla qualità della documentazione (Wieteck, 2001). Un altro studio ha valutato fino a che punto gli "interventi infermieristici effettivamente svolti" (registrati da un osservatore) corrispondessero alle "prestazioni di cura documentate tramite ENP". Nell'ambito di uno studio trasversale descrittivo multicentrico, è stato valutato, tramite test in parallelo, un totale di 1068 codifiche di interventi infermieristici su 34 casistiche di pazienti. La concordanza percentuale dei risultati dei valutatori in entrambe le strutture ha prodotto una media del 76%. Lo studio non chiarisce, tuttavia, se e fino a che punto la percentuale del 24% di codifiche non corrette sia legata a omissioni degli infermieri o a elementi mancanti negli interventi ENP (Wieteck, 2007b). Le valutazioni dati ENP di ospedali, centri di cura residenziali e servizi infermieristici domiciliari sono state pubblicate in due ulteriori studi. I dati ENP delle documentazioni dei processi di assistenza sono stati utilizzati per chiarire diversi quesiti (Haag, 2009b, Konrad, 2009, Wieteck, 2004a). In un saggio specialistico Wieteck dimostra che ENP, nell'esempio presentato, è talmente "granulare", ovvero univoco, dettagliato e selettivo, che è in grado di fornire risposte ai quesiti riguardanti la procedura di gestione delle ulcere di pressione (Wieteck, 2009). ENP è oggetto di discussione anche in termini di rappresentabilità della prestazione all'interno del sistema DRG (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009). Inoltre sono già stati effettuati lavori di revisione della traduzione di ENP in italiano, inglese e francese. È stata infatti avviata una collaborazione con l'Università dell'Aquila e con diverse cliniche del Lussemburgo.

Il punto di forza di ENP è la sua granularità, un aspetto che corrisponde alle esigenze di documentazione degli infermieri nell'area linguistica tedesca. Lo scambio di dati internazionale è stato garantito da un controllo incrociato ("mapping") (Wieteck, 2007c). Con ENP si soddisfano anche alcuni aspetti di adattamento e rimozione dei requisiti del MDS, compresi nella presa di posizione sul processo di assistenza e la documentazione (MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., 2005).

Rispetto agli altri sistemi precombinati di classificazione infermieristica, ENP classifica diagnosi, obiettivi e interventi che, una volta riuniti, forniscono conoscenze specialistiche agli infermieri e offrono un ausilio decisionale sotto forma di percorso per la pratica con struttura orizzontale. Per questo motivo è difficile paragonare i criteri di qualità con altri sistemi di classificazione.

6. Considerazioni critiche

ENP non possiede ancora quella completezza necessaria per la descrizione di tutti i fenomeni e gli interventi infermieristici nell'ambito della documentazione. Ciò è dimostrato da diversi studi e progetti di valutazione. In uno studio del 2008 non è stato possibile rappresentare con ENP il 23% circa delle diagnosi NANDA-I (Wieteck 2008). Numerose tra queste diagnosi sono elencate nel capitolo 1.3, perché sono state rielaborate negli aggiornamenti delle versioni. Inoltre, per il 18% circa delle formulazioni nei piani di assistenza è stata necessaria un'integrazione a livello individuale. Quanto detto si riferisce al processo di assistenza completo (diagnosi, obiettivi, interventi) (Berger, 2008, 2010, Schmitt, 2009, Wieteck, 2004b). A seguito dell'ampio test pratico svoltosi a San Gallo, Kossaibati e Berthou giungono alla conclusione che il linguaggio risulta troppo chiaramente di origine tedesca e suggeriscono quindi di operare una "elvetizzazione" che garantisca una maggiore accettazione anche nel territorio svizzero. I risultati confermano, come anche altri studi, che ENP non si è ancora affermato completamente in tutti i settori specialistici dell'infermieristica. Nei sottosectori gli elementi dei percorsi sono stati percepiti come non uniformi e non aggiornati allo stato attuale delle conoscenze scientifiche. Per questo motivo, con l'obiettivo di modificare ed eliminare le limitazioni riscontrate nel progetto, gli ospedali e le cliniche del Canton San Gallo propongono i seguenti miglioramenti:

- elvetizzazione (linguistica e concettuale): tra le altre cose, la raffigurazione della sfera di competenza infermieristica e della comprensione del nursing svizzeri e la sostituzione di termini non svizzeri con un loro equivalente;
- aggiornamento dei contenuti ENP (in particolare considerazione della letteratura specialistica internazionale, anche in lingua straniera, e della ricerca nel campo infermieristico);
- uniformazione del livello di particolarizzazione;
- estensione dei contenuti ENP ai settori dell'assistenza oncologica, transculturale, all'area della tossicodipendenza, agli aspetti psicosociali ecc. (cfr. Allegato 3). (Kossaibati & Berthou, 2006, p. 61)

La validità dei percorsi ENP non è stata ancora sperimentata a pieno ad alti livelli scientifici. Si ha l'impressione che alcune singole diagnosi ENP non siano ancora complete e siano passibili di miglioramento (Hardenacke, 2007).

Riflessioni conclusive

Così come le conoscenze infermieristiche sono sempre in rapido ampliamento e mutamento, anche il processo di validazione di ENP è una necessità costante per il perfezionamento del sistema. Ci sembra tuttavia ragionevole poter definire il sistema ampiamente maturo. Una conferma di ciò è data sia dall'utilizzo in tutti i settori dell'infermieristica per la rappresentazione del processo di assistenza sia dai riscontri positivi degli utenti. Un altro elemento a favore di ENP è l'alta corrispondenza contenutistica con i sistemi NANDA-I e ICNP e il fatto che l'espressività e l'univocità dell'84% delle diagnosi ENP sia stata valutata dagli esperti di qualità equivalente/superiore alle diagnosi NANDA-I (Wieteck 2008).

Bibliografie

- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. Aufl. ed. Vol. Band 2). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, M., & Wieteck, P.** (2006). Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. Abschlussbericht, Download: http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, pp. 669-687.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: Recom Verlag.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*(2), pp. 96-99.
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidlines for clinical practice: From development to use* Washington.
- Gärtner, R.** (2006). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule, München.
- Gärtner, R.** (2008). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. *PrInterNet/Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.
- Göpfert-Divivier, W., Mybes, U., & Igl, G.** (2006). Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Retrieved from http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung_BMFSFJ.pdf (Accessed: 26.06.2014).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. Auflage ed.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Haag, S.** (2009a). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten*. (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haag, S.** (2009b). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege: Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten, Edition Pflegewissenschaft Band 3* (Vol. 1). Kassel: RECOM Verlag.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *PrInterNet*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010a). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 02, pp. 100-107.
- Helmbold, A.** (2010b). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*, 5, pp. 292-299.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. Aufl. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten. Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten* (G. Hoffmann Ed. Vol. Band 2). Bad Emstal: RECOM GmbH & Co. KG.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht-* (pp. 1-125): Institut de santé et d'économie (ISE).
- MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Retrieved from [www.vdd.de/...MDS.../MDS Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation 2005.pdf](http://www.vdd.de/...MDS.../MDS_Grundsatzstellungnahme_Pflegeprozess_und_Dokumentation_2005.pdf) (Accessed: 31.07.2009).
- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). *Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien?* (pp. 1-12). Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung.
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe, Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schmitt, A.** (2009). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*.
- Schmitt, A.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Wieteck, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP in deutschen und österreichischen Einrichtungen ENP European Nursing care Pathways. *PrInterNet*(9), pp. 486-494.

- Wieteck, P.** (2004b). Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP®. In P. Wieteck (Ed.), *ENP® - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen*. Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 1157-1169.
- Wieteck, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP®. Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wieteck, P.** (2006b). Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms, download: <http://www.icn.ch/id73final.pdf>. *Final Report*, pp. 1-71.
- Wieteck, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wieteck, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wieteck, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wieteck, P.** (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways). ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation*. (Doctor rerum medicinalium Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304.
- Wieteck, P.** (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), pp. 227-239.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2004c). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. Auflage ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P., Berger, S., & Opel, B.** (2007). Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways. http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP_wissenschaftliche_Hintergruende_Web_2007_de.pdf , download 2013, Mai 2007. Retrieved (Accessed).
- Wingenfeld, K. et al.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.



Contatti

RECOM GmbH & Co. KG
ENP Research and Development
Lindenstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Germania

Telefono +49 (0) 8453 339968-4
Fax +49 (0) 8453 332717

E-mail: info@recom.eu