

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Sede di Rimini



Università degli Studi di Bologna
Scuola di Medicina e Chirurgia
Campus di Rimini
Corso di Laurea in Infermieristica

INDICAZIONI PER L' ELABORAZIONE DEL CASO CLINICO E PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

Introduzione

Nell'ambito delle attività di autoapprendimento dello studente è prevista l'elaborazione di casi clinici, individuati nelle U.O. sedi di tirocinio, con la finalità di facilitare l'applicazione delle conoscenze teoriche alla pratica clinica e di sviluppare nello studente capacità di osservazione, analisi e **ragionamento diagnostico/clinico**.

L'elaborazione del caso clinico, da svolgere durante l'esperienza di tirocinio, prevede la descrizione sintetica del caso, l'accertamento/valutazione iniziale generale/globale e la pianificazione infermieristica, che devono essere redatti nell'apposito format (scaricabile sul sito del Corso di Laurea in Infermieristica Rimini).
<https://corsi.unibo.it/laurea/Infermieristica-Rimini/informazioni-sul-tirocinio>.

Si prevede l'elaborazione un caso clinico per ogni esperienza di tirocinio

L'elaborato deve essere scritto su file *.doc* o *.odt*, in carattere Times Roman 12 o Arial 10, utilizzando sempre il colore nero e deve essere inviato dallo studente, ai Coordinatori didattici di anno di corso come concordato; (se inviato via email utilizzare la propria email istituzionale (xx@studio.unibo.it.), , entro e non oltre la data prevista per rispettare i tempi di correzione, di valutazione e di feedback. Il file e l'oggetto dell'email deve indicare: *cognome nome caso UO*.

L'elaborazione dei casi clinici fa parte dell'attività integrativa di tirocinio prevista per ogni anno di corso. Lo studente deve elaborare, ai fini dell'attribuzione delle relative ore, un caso clinico per il 1° anno di corso, due per il 2° anno e tre per il 3° anno. E' prevista l'elaborazione di ulteriori casi clinici durante le esperienze di tirocinio che prevedono il feedback e/o la supervisione da parte del Coordinatore didattico di anno, in modo da facilitare e orientare l'apprendimento dello studente

La mancata consegna del caso o il ritardo rispetto al termine previsto implica la non attribuzione delle ore.

Istruzioni per la redazione dell'elaborato/del caso clinico e della pianificazione

Caso Clinico

Il caso deve essere redatto in forma narrativa e deve permettere, in modo sintetico, la comprensione della persona, dei suoi problemi e dell'evoluzione clinico-assistenziale del caso stesso.

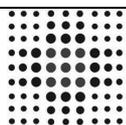
Deve includere:

- dati della persona assistita [**non devono essere riportati i dati personali**, quali nome, cognome, data di nascita completa, domicilio, telefono, ecc.] (tutela della privacy): indicare l'assistito come Mario/Maria Rossi, riportare età in anni;
- diagnosi medica d'ingresso/presa in carico della persona e i dati rilevati all'accoglienza;
- breve storia di salute e livello di autonomia della persona
- eventuali trattamenti in corso/a domicilio, se ritenuti essenziali per la descrizione del caso;
- descrizione sintetica e esaustiva dell'evoluzione clinico-assistenziale del caso e della presa in carico complessiva fino alla dimissione.

Nella rilevazione dei dati non utilizzare termini generici (ad es. nella norma., apiretica ecc..) ma indicare i valori specifici.

Accertamento globale/generale secondo i Modelli funzionali di Gordon

Prevede la raccolta dei dati della persona che sono rilevati attraverso il colloquio/l'intervista con la persona assistita e/o il caregiver, l'osservazione, l'esame fisico, l'esame della documentazione clinica e/o personale e che sono inseriti nello specifico modello di salute.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Sede di Rimini



Università degli Studi di Bologna
Scuola di Medicina e Chirurgia
Campus di Rimini
Corso di Laurea in Infermieristica

Nell' intervista le domande riferite ai diversi modelli devono essere poste in modo appropriato, e se appropriato.

I dati devono permettere l'accertamento globale della persona ma essere pertinenti, significativi e finalizzati alla successiva definizione dell'assistenza infermieristica alla specifica situazione.

La scheda per l'accertamento generale secondo i modelli funzionali della salute presenta una standardizzazione dei dati per aiutare lo studente nella compilazione, ma la raccolta dei dati deve essere contestualizzata alla singola persona assistita, al setting e alla specifica situazione clinico-assistenziale.

Potrebbe essere necessario raccogliere altri dati da inserire nella voce *altro*, presente in ogni modello.

Se non si possono rilevare i dati relativi a un modello, questo deve essere indicato come *non valutabile, o non valutato* se in quel momento non era indicato farlo, selezionando l'apposita opzione.

I dati raccolti e inseriti nei diversi modelli devono essere riferiti al momento della presa in carico/accoglienza della persona assistita da parte dello studente.

Eventuali dati significativi rilevati successivamente, quali ad esempio, trattamenti farmacologici prescritti, monitoraggio, cambiamenti nella situazione clinica e/o assistenziale, devono essere inseriti nello spazio dedicato all' **accertamento continuo/osservazioni successive**, nel modello di riferimento. Ogni osservazione deve includere data e ora della rilevazione.

Se pertinenti, possono essere rilevati dati dello stato della persona precedente alla presa in carico/al momento dell'accertamento, ad esempio riferiti al domicilio, ma questo deve essere chiaramente indicato (ad es. persona con frattura di femore, non deambulante, prima del trauma camminava in modo autonomo; persona con BPCO, immobile a letto in ospedale, a domicilio camminava con il bastone).

Ogni modello potrebbe richiedere un ulteriore approfondimento (*accertamento mirato*), in particolare nell' ipotesi che il modello sia disfunzionale, per ricercare ulteriori dati e poter identificare con maggior precisione il modello disfunzionale e/o verificare le ipotesi diagnostiche.

Per l'area chirurgica è necessario eseguire **sia l'accertamento generale dei dati (fase pre-operatoria) sia un accertamento mirato postoperatorio (se in degenza) o intraoperatorio (se in Sala Operatoria)**

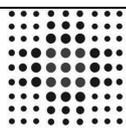
Nella scheda per l'accertamento dei modelli sono presenti, in allegato dopo la pianificazione, le seguenti scale:

- Barthel
- Braden (da calcolare per tutti i pazienti con durata della degenza superiore alle 24 ore, escluso Ostetricia e Pediatria)
- BRASS (scala di valutazione per la continuità assistenziale)
- BWAT (per la valutazione dell'evoluzione delle lesioni da pressione)
- Glasgow Coma Scale
- Morse
- MUST Malnutrition Universal Screening Tool (presente all' interno del modello 2)
- Scale per valutazione del dolore secondo età/ condizioni della persona: NRS (presente all' interno del modello 6), PAINAID, BEHAVIORAL PAIN SCALE, FLACC, WONG BAKER,

Le scale sono da utilizzare in modo appropriato, applicando i relativi parametri per il calcolo dello score e da allegare alla scheda.

E' possibile allegare alla scheda altre scale di valutazione utilizzate nell' U.O. dove lo studente svolge il proprio tirocinio.

Ricordarsi che nello sviluppo dell'accertamento i dati di un modello possono influenzare un altro modello e/o renderlo disfunzionale (es: presenza di catetere venoso periferico influenza modello di gestione della salute; presenza di diabete influenza il modello nutrizionale-metabolico).



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Sede di Rimini



Università degli Studi di Bologna
Scuola di Medicina e Chirurgia
Campus di Rimini
Corso di Laurea in Infermieristica

La raccolta dei dati per l'accertamento globale contestualizzata alla specifica situazione assistenziale e al setting della persona assistita, la loro organizzazione e interpretazione, permette di sviluppare il processo diagnostico e la pianificazione infermieristica.

Processo diagnostico e Pianificazione infermieristica

Lo studente dopo aver completato l'accertamento, identifica i modelli funzionali e disfunzionali e formula le ipotesi diagnostiche utilizzando il manuale NANDA-I 2018-2020, da inserire nel modello funzionale di Gordon di riferimento.

Lo studente valida e identifica le diagnosi infermieristiche prioritarie per la persona e sviluppa la relativa pianificazione per una o più diagnosi, in base alle indicazioni dell'anno di corso.

L'**enunciazione della diagnosi infermieristica** deve essere completa di :

- *Titolo diagnostico* tratto dalla tassonomia NANDA – I 2018-2020;
- *Fattori Correlati* o fattori eziologici che influenzano quel determinato cambiamento dello stato di salute (*correlata a.*);
- *Caratteristiche Definenti* (solo per le diagnosi reali) che rappresentano gli indicatori clinici soggettivi (sintomi) ed oggettivi (segni) (*che si manifesta con..*) e che devono essere presenti nella descrizione del caso.

La **pianificazione** comprende:

- la formulazione dell' *obiettivo/ risultato* per la persona assistita e l' *indicatore di risultato*,
- la descrizione degli *interventi* e attività e le loro *motivazioni*,
- la valutazione finale con relativo *indicatore di risultato*.

Gli obiettivi devono esprimere il risultato raggiungibile dalla persona assistita, che si esprime in un comportamento/stato e deve comprendere il tempo, la condizione e il relativo indicatore di risultato.

L'indicatore di risultato deve essere espresso in modo misurabile (ad es. risultato NOC : il sig. Rossi migliorerà lo stato nutrizionale durante la degenza: presenterà lieve deviazione dalla norma dell'IMC , IMC = xx ; il sig. Rossi migliorerà lo stato nutrizionale: indicatore: assumerà almeno $\frac{3}{4}$ delle porzioni ai pasti principali, durante la degenza e alla dimissione peserà KG xx.)

Gli interventi e le attività, (autonomi, su prescrizione, di monitoraggio, in collaborazione con altri professionisti/operatori devono essere descritti in analitico, (per esempio: se l'intervento è rilevare i parametri vitali, indicare quali; se è somministrazione dei farmaci, indicare almeno la classe farmacologica ecc.), e contestualizzati alla specifica situazione clinico assistenziale.

La formulazione degli interventi include: azione, sua descrizione, eventuale tempo/durata. Inoltre devono essere supportati dalla descrizione del razionale che ne giustifica l'attuazione.

L'elaborato termina con la valutazione finale (reale) del/i risultato/i raggiunto/i dalla persona assistita, mediante l' indicatore di risultato espresso al presente.

Allegato:

Classificazione DI secondo i modelli funzionali di Gordon