



Consigli per la stesura del rapporto su un caso ¹

Lavoro di diploma dell'esame professionale superiore di Esperta/o Respiratory Care

1 Introduzione	2
2 Prima della stesura	2
3 Verifica del lavoro («check»)	4
4 Revisione finale	4
5 Allegato	5



¹ Approvato dalla commissione d'esame il 19.05.2020.

1 Introduzione

1.1 Aspetti generali

Il lavoro scritto di diploma mira a esaminare le conoscenze specifiche che lei ha acquisito nella formazione di Esperta/o Respiratory Care. Ciò comprende la riflessione clinica nonché conoscenze tecniche e altre conoscenze professionali quale requisito per la presa a carico autonoma dei pazienti².

Il presente rapporto consente di valutare le sue capacità e il suo approccio professionale concreto sulla base di un caso desunto dalla quotidianità professionale.

Il rapporto sul caso deve descrivere, analizzare e mettere in discussione la situazione e la cartella clinica di un paziente che lei assiste o ha assistito per tutta la durata della presa a carico. A tal fine le raccomandiamo di scegliere un caso per cui ha dovuto avvalersi della consulenza, del trattamento e dell'assistenza di altri specialisti. Ciò ci fornirà anche un'idea delle sue competenze interprofessionali.

1.2 Peculiarità del rapporto su un caso

- Il rapporto su un caso consiste nella presentazione di un testo scientifico come da consuetudine nelle riviste mediche di stampo clinico.
- L'anamnesi del caso deve essere descritta al passato.
- È importante evitare errori ortografici o grammaticali.
- Le conclusioni e le decisioni compiute durante la presa a carico vanno motivate e discusse su base bibliografica.
- La descrizione del caso si conclude con la fine della presa a carico da parte sua.
- Il rapporto sul caso è redatto personalmente soltanto da lei. Può avvalersi di un'altra persona per la correzione del lavoro, ma non per aspetti tecnici.

2 Prima della stesura

2.1 Consigli per la scelta del caso

- Scelga un caso desunto dalla sua quotidianità professionale e studi a fondo il dossier del paziente.
- Ricerchi informazioni rilevanti per il caso scelto in riviste specializzate, testi tecnici, siti Internet attendibili, ecc.
- Una volta scelto il caso, prenda contatto con il paziente in questione, a cui deve chiedere un'autorizzazione scritta per l'utilizzo dei suoi dati anonimizzati (fotografie, estratti di rapporti medici o trattamenti, ecc.) nel rapporto sul caso.

2.2 Stesura del rapporto sul caso

2.2.1 Lista di controllo in 10 punti

La lista di controllo CARE comprende tutti gli aspetti che **dovrebbero essere** contenuti nel rapporto sul caso (cfr. direttive sul lavoro di diploma).

- Introduzione
- Anamnesi
- Referti clinici
- Cronologia³
- Procedura diagnostica
- Intervento terapeutico
- Presa a carico e risultati
- Discussione
- Prospettiva del paziente
- Autorizzazione informata

} Materiale e metodi
Risultati

² Per ragioni di leggibilità, nel presente documento è utilizzata solo la forma maschile. Ciò non implica alcuna discriminazione nei confronti degli altri sessi,

ma va inteso come una formulazione neutra ai fini della semplificazione linguistica.

³ Per l'elaborazione cfr. allegato (cap. 5).

2.2.2 Direttive formali per il rapporto sul caso

- **Copertina:** nome e cognome dell'autore, indirizzo, numero di telefono, indirizzo e-mail, titolo del rapporto sul caso, breve riassunto (ca. 10 righe) e parole chiave.
- **Introduzione:** qualche paragrafo contenente informazioni generali sul soggetto dello studio del caso (malattia, decorso e procedura). Nell'introduzione non è necessario includere una panoramica della letteratura. È sufficiente menzionare le riviste e le fonti dove i lettori possono trovare informazioni dettagliate. Le fonti devono essere elencate come di consuetudine nella letteratura medica (p. es. nel Swiss Medical Forum: <https://medicalforum.ch>). A partire da questo capitolo, le pagine devono essere numerate.
- **Materiale e metodi⁴:** descriva tutte le visite rilevanti per il caso illustrato. Non fornisca informazioni che consentano di risalire all'identità del paziente. La descrizione di una visita comprende: anamnesi e decorso della malattia, stato attuale del paziente, analisi delle esigenze, trattamento avvenuto e pianificato, consulenza o coaching al paziente e ai suoi familiari, ev. informazioni e proposte di altri specialisti.
- La descrizione della prima visita, con indicazione della data, comprende: anamnesi (personale, familiare e sociale, allergie, abitudini, farmaci e altri trattamenti, apparecchi utilizzati), disturbi principali e referti. Valutazione, procedura.
- La documentazione comprende tutti gli esami rilevanti, compresi quelli negativi, i diversi trattamenti e i farmaci prescritti nei dosaggi applicati, come pure le diagnosi formulate.
- Il verbale sul trattamento deve presentare in ordine cronologico le visite effettuate.
- Se il paziente è visitato da un altro specialista o se quest'ultimo ha svolto esami supplementari, occorre allegare una copia del rapporto (annerire i dati personali del paziente).

- Documenti quando e perché sono state coinvolte **altre persone attive nel settore sanitario** (p. es. assistenti sociali, personale di cure a domicilio, collaboratori di apparecchi specifici e/o dell'approvvigionamento di ossigeno).
- Illustri il **coordinamento** delle misure terapeutiche risultanti dal decorso del percorso sanitario.
- **Discussione:** consideri il quadro clinico del suo paziente nel contesto dell'epidemiologia. Discuta le basi delle decisioni prese dal punto di vista diagnostico e motivi l'adeguamento delle misure terapeutiche. Motivi eventuali divergenze dagli standard di trattamento nel caso preso in esame.
- **Conclusione:** riassume gli aspetti principali che intende trasmettere al perito d'esame in base al rapporto sul caso.
- **Testi di riferimento:** l'ultima pagina del rapporto comprende il riferimento ai testi che lei ha utilizzato per la stesura. Le fonti possono essere manuali, riviste specializzate, ricerche informatiche. Nel testo occorre riferirsi alle fonti mediante l'indicazione di cifre progressive.

2.2.3 Struttura del rapporto sul caso

1. Introduzione
2. Materiale e metodi
3. Risultati
4. Discussione
5. Conclusione

⁴ Il termine «materiale» comprende sia le persone coinvolte che i dispositivi medici interessati.

3 Verifica del lavoro

Verifichi se il testo redatto è conforme alle direttive dal punto di vista del contenuto e della completezza.

3.1 Titolo⁵

Il titolo rimanda agli aspetti principali del caso, è conciso e attira i lettori?

3.2 Introduzione

L'introduzione deve fornire ai lettori le informazioni generali sul caso. Di cosa si tratta? Quali sono le problematiche principali? Quali nuove informazioni fornisce il caso?

3.3 Materiale e metodi

Questo capitolo fornisce ai lettori tutti i dettagli sul caso preso in esame.

- Ha presentato il contenuto in modo strutturato con **sottotitoli**?
- I **metodi** sono descritti in modo tale che altri specialisti possano comprendere come sono stati applicati? Ha indicato i principali testi di riferimento?
- Ha contemplato **tutti i punti** della lista di controllo CARE?

3.4 Risultati, discussione e conclusione

I capitoli «Discussione» e «Conclusione» devono rispondere alla domanda seguente: cosa implicano i risultati?

- I risultati sono presentati in una **successione logica e cronologica**? Ha introdotto dei sottotitoli nel testo per facilitare la comprensione?
- Ha analizzato in modo dettagliato i **vantaggi e gli svantaggi** della cura del paziente? Ha indicato la letteratura medica rilevante?
- Sono specificate le basi della conclusione (compresa la valutazione delle cause e dell'effetto)?
- Ha contemplato **tutti i punti** della lista di controllo CARE?
- **Conclusione**: la risposta alla domanda «Qual è la quintessenza del rapporto sul

caso?» è fornita o descritta in modo comprensibile?

3.5 Riassunto e parole chiave

In questo capitolo vanno riassunti i principali referti, esami e conclusioni, come pure la loro importanza e utilità.

3.6 Testi di riferimento

Le fonti possono essere manuali, spunti da ricerche informatiche o ricerche in biblioteche per consultare riviste specializzate. I testi di riferimento indicati devono essere:

- **attuali**: se possibile i testi di riferimento devono risalire agli ultimi 10 anni;
- **rilevanti**: gli studi/articoli citati devono essere in stretta correlazione con la tematica scelta e con il caso preso in esame;
- **formattati correttamente**.

4 Revisione finale

Rilegga ancora una volta le **direttive formali sul lavoro di diploma** elaborate dalla commissione d'esame e si assicuri che il rapporto sul caso contenga tutti gli aspetti rilevanti.

- Ha **rispettato il numero di pagine, parole e caratteri** (titolo, parole chiave, riassunto, testi scritti)?
- Ha inserito **tutti i capitoli necessari**?
- Le **esigenze linguistiche** sono soddisfatte?
- Le **illustrazioni** sono collocate correttamente?
- La formattazione dei **testi di riferimento** è corretta?
- Il **formato** è corretto per l'invio del documento?
- È stata chiesta l'**autorizzazione** del paziente?

⁵ Esempi:

«Fumatore 74enne con insufficienza respiratoria sotto sforzo - Rapporto sul caso»

«Respirazione artificiale non invasiva in un 16enne di sesso maschile - Rapporto sul caso»

«Pensionato 72enne sotto ossigenoterapia da lungo tempo - Rapporto sul caso»

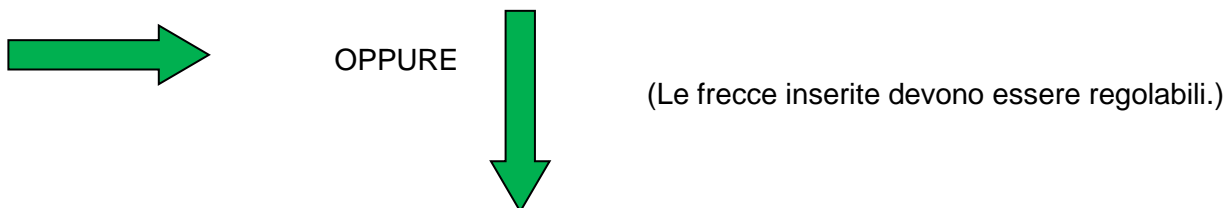
5. Allegato sui consigli per la stesura del lavoro di diploma

Elaborazione di una cronologia del rapporto sul caso in Microsoft Word

L'elaborazione di una cronologia non deve essere troppo complicata. Qui sono presentate alcune possibilità per elaborare una cronologia con Microsoft Word.

A. Elaborazione di un diagramma temporale

1. Se vuole inserire un elemento grafico SmartArt di tipo cronologico, apra la scheda «Inserisci» e clicchi su «Forme». Vada alla sezione «Frecce» e scelga l'opzione desiderata. Vi proponiamo un esempio:

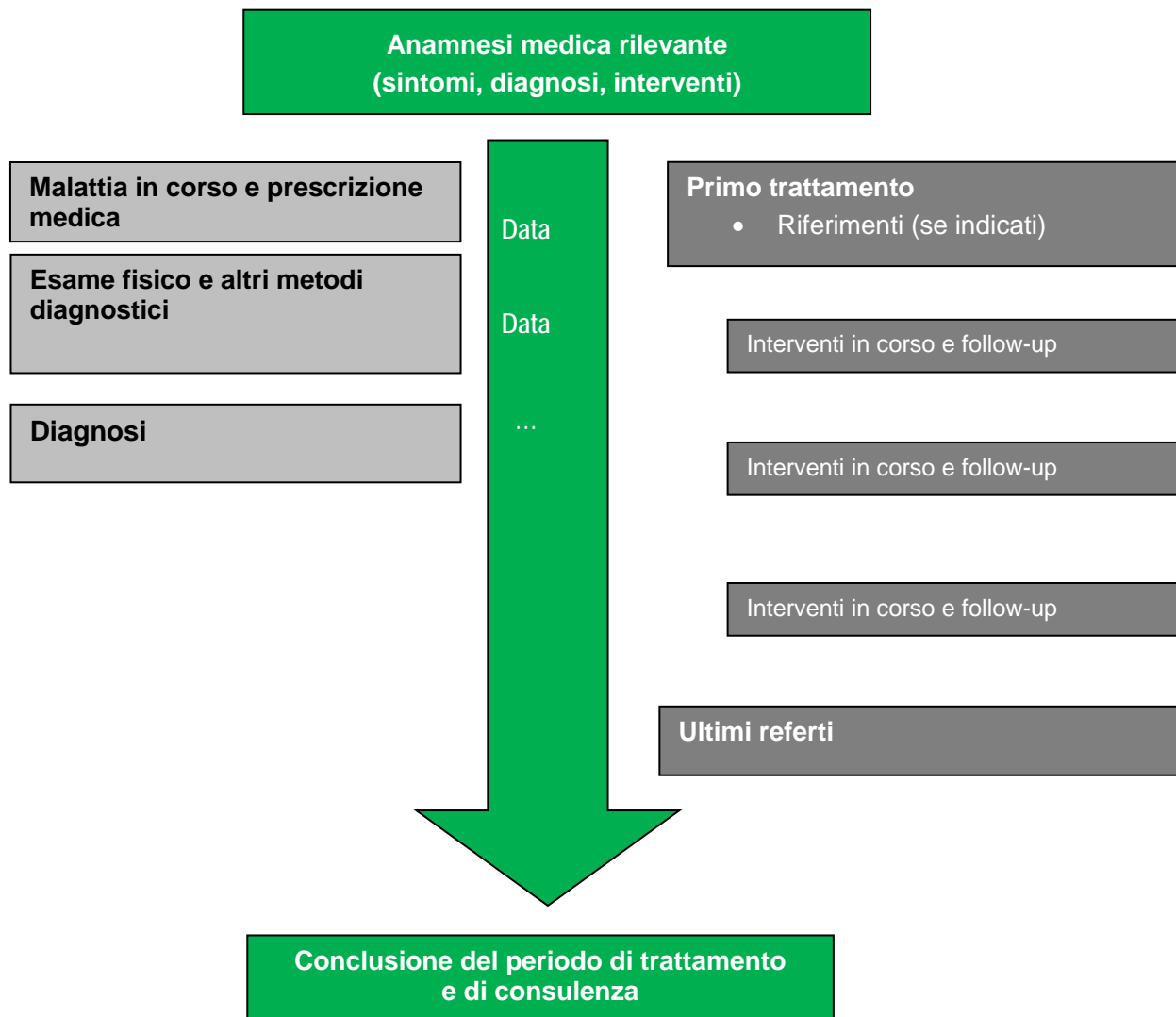


2. Apra la scheda «Inserisci», clicchi su «Casella di testo» e poi su «Disegna casella di testo». Dopo aver collocato la casella di testo nella posizione desiderata, può inserire il testo e spostarlo.
3. Spesso la freccia (orizzontale o verticale) si trova al centro della pagina e attorno alla stessa si possono raggruppare diversi tipi di visite.
4. Inserisca un numero sufficiente di caselle di testo per presentare tutte le visite e le informazioni cliniche rilevanti. Tenga conto del fatto che il diagramma temporale fornisce solo un'immagine visiva del caso e non deve essere troppo specifico. Le informazioni dettagliate vanno presentate altrove nel testo del rapporto sul caso.

B. Elaborazione di un elenco cronologico

1. Apra la scheda «Inserisci» e clicchi su «Tabella».
2. Scelga il numero di colonne e di righe necessarie. Selezioni almeno 3 colonne e un numero sufficiente di righe per coprire le fasi principali della presa a carico.
3. Tenga conto del fatto che può sempre aggiungere in un secondo momento nuove colonne e righe, cliccando il tasto destro del mouse nella tabella e aprendo il menu a tendina «Inserisci».

A. Esempio di diagramma temporale elaborato con Microsoft Word



B. Esempio di elenco cronologico elaborato con Microsoft Word

Data Anamnesi medica e interventi rilevanti			
	Anamnesi personale, familiare e psicosociale rilevante, compresi gli interventi precedenti significativi, i risultati e le misure adottate. Le informazioni personali devono essere anonimizzate.		
Data	Riassunti delle prime visite e delle visite successive	Test diagnostici (specificare le date)	Interventi
	Esigenze principali del paziente e prime valutazioni cliniche e diagnosi.	Test rilevanti quali esami di laboratorio, registrazioni o visite. Specificare la data del rilevamento.	Trattamento mediante farmaci, raccomandazioni per l'utilizzo di dispositivi medici, sicurezza, stile di vita, procedura, ecc.
	Visita follow-up: <ul style="list-style-type: none"> risultati principali e informazioni successive; rapporto sulla disponibilità a sottoporsi a interventi e sulla valutazione degli stessi; eventuali risultati inattesi o indesiderati. 	Test rilevanti quali esami di laboratorio, registrazioni o visite. Specificare la data degli esami/test.	Trattamento mediante farmaci, raccomandazioni per l'utilizzo di dispositivi medici, sicurezza, stile di vita, procedura, ecc.
	Visita follow-up: <ul style="list-style-type: none"> ... 	Test rilevanti e modifica di referti...	Trattamento mediante farmaci...
	Qualora necessario, inserisca nuove righe per altre visite follow-up.		
	Risultato finale del periodo di trattamento e di consulenza.		