

Indicazioni per l'elaborazione del report di tirocinio 2°anno

a cura del coordinatore e gruppo tutor

Il compito scritto è una strategia formativa proposta allo studente nel corso del 2° anno fortemente ancorata all'esperienza di tirocinio in corso; non è un approfondimento "teorico" oppure una ricerca su una tematica" ma è prodotto a partire da situazioni assistenziali realmente incontrate e sperimentate nel corso dell'attuale tirocinio.

I report scritti hanno lo scopo di favorire lo sviluppo di diverse capacità:

- applicare concetti teorici derivanti da varie discipline nella cura infermieristica dei pazienti
- interpretare e collegare in modo logico i dati
- di scrittura e linguaggio: elaborare ed organizzare i pensieri e presentarli in modo chiaro.

Al 2° anno, nel corso della seconda esperienza di tirocinio, lo studente elabora il report scritto secondo la tipologia che il **tutor definisce in base** ai bisogni di apprendimento ed alle opportunità del contesto. Durante l'elaborazione del report, si consiglia allo studente di considerare i feedback via via ricevuti rispetto alle abilità previste al 2° anno, recuperare la griglia e considerare il feedback ricevuto in occasione dell'elaborazione scritta al 1° anno, per migliorare le proprie abilità.

Nei giorni di elaborazione del report, lo studente continua con le normali attività di apprendimento secondo il programma concordato con il proprio tutor il programma, seguendo i pazienti in carico senza focalizzarsi esclusivamente sul singolo paziente/situazione affidata ai fini del report.

I dati raccolti ai fini dell'elaborato sono trattati nel rispetto dei principi e diritti alla privacy e dignità, dell'anonimato e confidenzialità intimamente associato al diritto di protezione della privacy e dignità vi è il diritto delle persone a rimanere anonimi e di vedersi assicurata la confidenzialità.

Anonimato: significa in particolare non riportare il nome della persona e limitare l'accesso alle informazioni raccolte

Confidenzialità: si intende protezione dei dati raccolti durante l'assistenza o il processo di elaborazione del report, in modo tale che non possano essere divulgati senza il permesso della persona oppure sono omessi dall'elaborato in quanto non pertinenti all'obiettivo (esempio durante la narrazione o intervista la persona racconta di essere divorziato).

Come trasversalmente qualsiasi attività assistenziale e di apprendimento si suggerisce di porre attenzione sempre alla situazione clinica ed emotiva delle persone (es. l'affaticamento di un paziente, la difficoltà nell'esprimersi,..)

Per tutte le tipologie di report è prevista la **PRESENTAZIONE del paziente (max 1 facciata)**

In una buona presentazione si riconoscono i seguenti elementi:

- dati *precisi, essenziali e significativi* che permettono di "visualizzare" la situazione del paziente in quel momento (definire la data di presa in carico). Non è necessario riportare tutti i dati ma quelli significativi per comprendere la situazione, i dati devono essere aggregati e connessi tra loro in modo logico
- il raccordo anamnestico è breve e con dati significativi riferiti all'evoluzione della situazione dal momento dell'ingresso alla presa in carico
- una "*fotografia*" della situazione alla presa in carico che permette di visualizzare com'è il paziente in quel momento/giornata; *Chi legge si crea un'immagine di com'è il paziente*
- dati della sfera fisica, relazionale, sociale del malato e della sua famiglia e "*d'impatto*" per il paziente e la famiglia; *come vive la situazione, come il segno/i e sintomo/i influenzano il quotidiano, l'autonomia ed il vissuto del paziente e della sua famiglia*
- centrata sul paziente, NON su ciò che è stato realizzato sul paziente .. o su ciò che ho fatto io per ..." riporta segni e sintomi che più il paziente e/o la famiglia percepiscono difficoltosi, impattanti e/o preoccupanti
- non è una consegna

TIPOLOGIA di report**1. Descrivere 2 problemi principali reali e/o di rischio del paziente con relative cause o fattori di rischio**

I 2 problemi individuati devono essere **rilevanti sia dal punto di vista del paziente** che rispetto alla **situazione clinico-assistenziale**, vanno esplicitati gli elementi o gli aspetti che sostengono la scelta

Per ogni problema riportare:

- **i dati che lo avvalorano.** Devono essere **precisi, completi e specifici**, frutto di un accertamento intenzionale e approfondito. Devono essere connessi ed aggregati per sostenere i problemi e le cause definite; non una "lista" di dati";
- **le cause**, esplicitando il meccanismo fisiopatologico/psicologico sottostante e i fattori di rischio specifici per quel paziente
- **l'impatto sul paziente e sulla sua famiglia**

Domande guida per l'elaborazione

I dati e gli elementi assistenziali che ho considerato sono *accurati, precisi e completi* rispetto alle aree di problema individuate sul mio paziente?

I dati sono *significativi e specifici* per la situazione della persona assistita?

C'è *equilibrio fra dati* sulle funzioni di base e dati clinici?

Ho riportato *dati sia a sostegno dei problemi che dei fattori causali*?

I problemi sono pertinenti alla situazione del paziente?

Emergono le connessioni tra le informazioni?

Ho *esplicitato le cause* o i fattori di rischio?

2. Descrivere e motivare gli interventi ed esiti mirati ad una situazione

A fronte del problema più rilevante, definisci gli **esiti attesi** e descrivi **2-3 interventi infermieristici** che contribuiscono alla risoluzione o prevenzione del problema.

Gli interventi infermieristici sono riportati in modo **completo, descritti come una "prescrizione"**, ossia specificando

- la *modalità di realizzazione* dell'intervento
- le *risorse* (tecnologiche, umane nel senso di altri operatori o figure..,)
- la *temporalità* (quando realizzo quell'intervento, con quale frequenza.

Gli interventi sono adattati alla persona in carico quindi definiti modo *personalizzato* e sono sostenuti da evidenze scientifiche e/o principi fisiopatologici (e fonti da cui sono tratti).

Domande guida per l'elaborazione

Il problema è *rilevante* rispetto alla situazione attuale del paziente?

Cosa ci si auspica di ottenere sul paziente (esiti)?

Dove si vuole "portare" il paziente rispetto al problema selezionato?

Gli interventi

- implicano una progettualità (non sono riferiti solo al breve termine)?
- sono descritti in modo preciso e completo, contengono le modalità, il come realizzarli, il chi li realizza con quali risorse, strumenti e temporalità?
- sono collegati e pertinenti rispetto agli esiti attesi?

Gli interventi proposti sono orientati a risolvere/prevenire il problema o educare all'autocura?

Le preferenze del paziente sono state considerate nel definire gli interventi?

Quale impatto hanno avuto sul paziente?

Come il paziente sta rispondendo alla proposta di intervento?

Il paziente o i familiari partecipano agli interventi proposti?

Gli interventi sono motivati e supportati da evidenze?

Da quali fonti sono sostenuti? Sono citate le fonti?

3. Individua 2 aree di sorveglianza descrivendo gli interventi di monitoraggio e presa di decisione attuati

Per ogni area di sorveglianza riportare:

- **perché è rilevante per quel paziente**, quali sono i **fattori di rischio** legati all'intervento e specifici del paziente
- **gli interventi di monitoraggio sono descritti in modo completo e preciso** cosa, quando con quale frequenza,) e quali dati/parametri di normalità di aspetti (esiti attesi)
- **eventuali dati o segni indicativi di cambiamento** che hanno richiesto una presa di decisione descrivendo cosa è stato attuato (es. scelta di intensificare il monitoraggio e/o attuazione di interventi appropriati)

Domande guida per l'elaborazione

Le aree di *sorveglianza individuate* sono *rilevanti* rispetto alla situazione presentata?

I fattori di rischio considerano la specifica situazione del paziente?

E' descritto come *la sorveglianza è realizzata* per quel problema?

I dati/parametri di normalità attesi sono pertinenti e specifici rispetto all'area? Sono personalizzati e non teorici?

Il monitoraggio è specifico per l'area riportata?

È descritto in maniera *precisa e completa*? *Cosa e come controllo, quando lo effettuo, ogni quanto tempo...*

Sono state prese in considerazione le ricadute che la situazione può avere sul paziente?

Sono stati riportati i segnali significativi di cambiamento e attuati interventi pertinenti

CONSEGNA DEL REPORT E VALUTAZIONE

L'elaborato è effettuato autonomamente dallo studente e va scritto **fuori dell'orario di tirocinio**, non è prevista in itinere o alla consegna la supervisione o correzione da parte del tutor o supervisore

Il report va inviato via mail al tutor clinico di riferimento e in cc all'infermiere supervisore.

Successivamente ogni studente riceverà la **valutazione formativa del report** sulla base dei criteri riportati.

Il livello raggiunto nell'elaborazione scritta costituisce parte integrante della valutazione complessiva di tirocinio di anno. È riconosciuto 1 CFU in relazione all'impegno e alla qualità elaborativa.

Criteri di valutazione del report.

Dall'elaborazione scritta emerge/emergono:

- attenzione verso l'utente (rispetto della riservatezza, confidenzialità e della situazione clinica emotiva es: *affaticabilità..*)
- aderenza alla situazione reale (non teorico, ...)
- *collegamento logico tra dati e concetti*, (es. causa ed effetto o fattore di rischio e conseguenze, fattore aggravante con..., interventi-motivazioni e situazione)
- *dati reali, significativi, pertinenti* e precisi
- considerazione *dell'impatto sul paziente* della situazione o degli interventi
- *motivazioni sostenute da evidenze valide e/o da principi fisiopatologici*
- *interventi principali pertinenti alla situazione reale* del paziente in carico; sono presenti interventi pianificati e realizzabili
- format aderente alle indicazioni contenute in questo fascicolo
- stile e forma grammaticale corretta; appropriatezza nell'uso della *terminologia scientifica*

Note

Qualora il report non presenti il format indicato nel presente fascicolo non sarà valutato

FORMAT

L'elaborato va redatto con le seguenti modalità e norme editoriali:

Carattere: Arial; Times New Roman, pt 12 Interlinea: 1,5

Allineamento: giustificato – Interlinea 1,0

Intestazione del report: Corso di laurea in infermieristica Polo di Trento - 2° anno a.a. 2018/2019- Nome e Cognome studente: _____ Sede di Tirocinio _____