GUIDA AL TIROCINIO CLINICO PER GLI STUDENTI DEL CORSO DI STUDI IN INFERMIERISTICA TERZO ANNO

SEDI COORDINATE DI UDINE e PORDENONE

1. Finalità del tirocinio

2. Logiche e Crediti Formativi Universitari
2.1 Criteri di accesso alle sedi di tirocinio

3. Documentazione

4. Strategie di supporto all'apprendimento
4.1 *Debriefing* e discussione casi clinici
4.2 Mini-Clinical evaluation exercise (MINI-CEX)
4.3 Report di Tirocinio

5. Valutazione della percezione dello studente della qualità degli ambienti di apprendimento in tirocinio

Allegato 1.1 ***Debriefing clinico***
Allegato 1.2 Discussione caso clinico
Allegato 2 Indicazioni MINI-CEX
Allegato 2.1 Scheda valutazione MINI-CEX
Allegato 3 Report Clinico
Allegato 3.1 Scheda valutazione Report clinico
Allegato 4 Report Educativo
Allegato 4.1 Scheda valutazione Report Educativo
Allegato 5 Incident Reporting
Allegato 5.1 Scheda Incident Reporting
Allegato 6 Gestione stipetti

1. Finalità del tirocinio

Le esperienze di tirocinio del 3° anno sono progettate per promuovere negli studenti infermieri il consolidamento e avanzamento delle competenze del 1° e 2° anno e svilupparne di nuove rispetto a:

a) presa in carico di pazienti con problemi di salute di media ed elevata complessità;
b) presa di decisione sulle priorità e sull'assistenza infermieristica da erogare anche a gruppi di pazienti;
c) progettazione e gestione di processi assistenziali anche attribuendo e supervisionando attività agli Operatori Socio Sanitari (OSS);
d) attivazione e mantenimento della continuità assistenziale (all'interno della medesima Struttura Complessa (SOC)/Servizio, tra diverse SOC/Servizi della medesima struttura, tra ospedale e territorio).

2. Logiche e Crediti Formativi Universitari (CFU)

Il tirocinio clinico del 3° anno prevede 24 CFU pari a 720 ore (Tab.1). Per raggiungere le competenze generali attese e dare la possibilità agli studenti di sperimentarsi nei differenti contesti assistenziali sono previsti percorsi di tirocinio che tengono in considerazione le pregresse esperienze svolte al 1° e 2° anno di corso, i bisogni di apprendimento emersi e le esigenze espresse anche in occasione dei colloqui individuali offerti. Complessivamente ogni studente svolgerà 4 tirocini. I percorsi di tirocinio formulati consentono agli studenti l'esposizione a problematiche assistenziali in area ospedaliera (con particolare attenzione al paziente acuto, riacutizzato e critico) oppure area di comunità/territoriale (con interesse verso prevenzione terziaria, cronicità e riabilitazione); a questa logica corrispondono sedi di tirocinio pertinenti per casistica, problematiche assistenziali e trattamenti. Per gli studenti che svolgeranno eventuali tirocini all'esterno con il progetto Erasmus+Traineeship sono previsti percorsi personalizzati coerenti come indicato nell'apposito documento.

Tab.1 - Tirocinio previsto - CdS in Infermieristica - sedi coordinate di Udine e Pordenone a.a. 2023-24.

	Ore	Ore totali	CFU
Tirocinio 20/11/2023 – 22/12/2023 (ore previste 150 ± 10) 11/03/2024 – 03/05/2024 (ore previste 150 ± 10) 06/05/2024 – 14/06/2024 (ore previste 150 ± 10) 17/06/2024 – 31/07/2024 (ore previste 150 ± 10)	600	720	24
Attività Formative Professionalizzanti (*Briefing, Debriefing*, Riflessione esperienza clinica, Autoapprendimento, Report, preparazione MINI-CEX)	120		

Con riferimento alle ore previste in tabella (Tab.1) nel caso in cui si maturino, ad esempio, 140 ore al primo tirocinio, le 10 ore in meno svolte andranno recuperate in uno dei successivi, per il quale saranno registrate 160 ore. Inoltre, qualora l'esperienza di tirocinio si concluda con un monte ore <140 non sarà garantita la possibilità di elaborare la valutazione finale.

Si richiama l'art.14 della legge 30 ottobre 2014. n.161, riallinea anche per i medici e il personale sanitario la nostra giurisprudenza agli altri paesi della UE in maniera di orario di lavoro e durata dei riposi. Quanto previsto vale anche per gli studenti, in particolare il rispetto minimo delle 11 ore consecutive di riposo giornaliero e le 24 ore di riposo settimanale. L'orario settimanale non può superare, in media le 32-36 ore di tirocinio.

2.1 Criteri di accesso alle sedi di tirocinio

L'accesso alle strutture sarà vincolato ai requisiti previsti dalle Aziende e limitato secondo le indicazioni dei Coordinatori di struttura.
In allegato (Allegato 6) sono disponibili le indicazioni per la gestione stipetti, ove previsti.

Ogni studente durante il periodo di tirocinio è tenuto a lasciare presso la sede clinica il suo foglio presenze firmato (ad ogni fine turno) e un numero per eventuale contatto telefonico.

3. Documentazione

Student* devono avere a disposizione, all'avvio del tirocinio e durante il medesimo, il proprio *dossier* di documenti, strumenti per l'apprendimento clinico, l'orientamento e la sicurezza in tirocinio, ovvero:

- certificato di idoneità;
- guida al tirocinio clinico;
  libretto delle *skills* (+ *booklet skill* in inglese per i soli studenti Erasmus);
- scheda di valutazione con *grading* (competenze attese);
- modulo presenze dello studente in tirocinio (da firmare ad ogni fine turno);
- tesserino-badge (per identificazione e timbrature entrata/uscita);
- documento di sintesi per procedura gestione infortunio, quale promemoria per lo studente (indicazioni diverse PN/UD, e in inglese per gli Erasmus);
- scheda di notifica infortunio per l'amministrazione ad uso interno (Rapporto Interno Infortunio)

4. Strategie di supporto all'apprendimento

Per sostenere lo studente nel raggiungimento delle competenze, sono offerte strategie Tutoriali differenziate quali:

- *Briefing* (BR);
- *Debriefing* (DBR);
- *Briefing* e *Debriefing* specifici per tirocinio guidato (studenti che realizzano il percorso di tirocinio guidato per gli studenti del 1° anno);
- Discussione casi clinici (DCC);
- Esercitazioni guidate;
- MINI-CEX (Prevista Valutazione);
- *Report* di tirocinio (Prevista Valutazione).

Pianificazione delle attività di *briefing* e *debriefing*: il 17 novembre 2023 e il 11 marzo 2023 saranno realizzati incontri di *Briefing* per l'avvio delle esperienze di tirocinio; poi successivamente a inizio degli altri due periodi il tutor referente per la sede di tirocinio contatterà gli studenti e fornirà le indicazioni necessarie per affrontare le esperienze nei diversi contesti.
Per tutti gli studenti sono complessivamente attese 8 esperienze riflessive tra sessioni di *Debriefing* e Discussioni di casi clinici. Per coloro che svolgeranno il tirocinio pedagogico due esperienze riflessive (DB/DCC) saranno sostituite da 1 BR pedagogico e 1 DBR pedagogico.
Dettagli inerenti sede/orario di svolgimento saranno comunicate dal tutor didattico di area.

Laddove previsto l'invio di documentazione/sintesi caso clinico o diario esperienziale, questo avverrà nelle modalità indicate dal tutor di riferimento (nel rispetto della normativa sulla *privacy* e trattamento dei dati personali per quanto attiene informazioni/dati clinici).

Debriefing e Discussione casi clinici

I *Debriefing* rappresentano occasione privilegiata per studenti e tutor per riflettere sull'esperienza di tirocinio e consentono di esplorare le occasioni di apprendimento vissute dagli studenti. Sono finalizzati a supportare lo studente nella valutazione critica di:

- strategie attivate/attivabili per inserimento in nuovo contesto clinico o *team*, in occasioni di situazioni d'urgenza o ad elevato impatto emotivo;
- lettura e contestualizzazione obiettivi di tirocinio;
- strategie per raggiungimento obiettivi definiti con tutor clinici;
- strategie e metodi di accertamento, ragionamento clinico e decisioni assistenziali assunte per le persone e famigliari/*caregiver* assistiti in tirocinio;
- abilità di presa in carico e gestione di gruppi di pazienti.

La partecipazione al *Debriefing* prevede la consegna di un breve elaborato su un caso clinico (Allegato 1.1), da consegnarsi attraverso le modalità descritte in occasione del *Briefing* iniziale.

La discussione di casi clinici offre ulteriore occasione di sistematizzazione di dati disponibili, problemi evidenziati, obiettivi prefissati e interventi attivati o attivabili. Tale discussione basata sul ragionamento clinico, intende favorire una lettura clinico-organizzativa del caso gestito da tirocinanti o proposto dal tutor d'area, promuove la discussione tra studenti/esse, al tempo stesso favorire la propositività nella risoluzione di problemi e la capacità di giudizio anche in situazioni differenti o in contesti diversi da quello al momento frequentato. Espone gli studenti a organizzare la presentazione (Allegato 1.2), stimolando l'approfondimento, presidiando priorità e rispetto dei tempi disponibili. Esempi di presentazioni saranno offerte in occasione del Briefing iniziale.

Durante il tirocinio del 3° anno lo studente deve discutere un caso clinico in modalità Mini CEX e scrivere un *Report* di tirocinio (a scelta tra le proposte). È prevista una valutazione in 30esimi, attribuita secondo indicatori riportati nella scheda di valutazione. In sede di discussione e/o correzione dell'elaborato, viene fornito *feedback* diretto da parte del tutor didattico. Nel caso in cuistudente/essa rifiuti il voto ha la possibilità di ripetere il mandato nella stessa sede di tirocinio (se tempo disponibile) o altra (tra quelle previste).

MINI-CEX

Il MINI-CEX è finalizzato alla presentazione e discussione critica di un caso clinico-assistenziale inerente un paziente preso in carico nel contesto di tirocinio e che al momento della discussione sia possibilmente ancora ricoverato/in carico. Tale dissertazione permette di evidenziare, come avviene nelle consegne, i dati rilevanti a rappresentare l'evoluzione clinico-assistenziale dell'assistito. Il MINI-CEX consente di indagare il ragionamento su problemi attivi, interventi attuati e rivalutazioni necessarie, ipotizzando la traiettoria assistenziale. La data del MINI-CEX viene condivisa e definita in accordo tra tutor didattico e studente; qualora possibile, avviene in co-presenza del tutor di tirocinio. La data e l'orario della discussione deve essere concordata nella prima parte del tirocinio, con il tutor didattico di area e la stessa è prevista in presenza presso la sede di svolgimento di tirocinio (salvo differenti indicazioni rispetto altra sede oppure via Teams®) con il tutor didattico di riferimento o altro tutor didattico incaricato. La discussione prevede da parte di student* la consultazione della documentazione clinica del paziente, delle note scritte a propria disposizione, piuttosto che di dati disponibili in tempo reale *bed-side* (Allegato 2).

***Report* di tirocinio**

Il *Report* è finalizzato alla presentazione e discussione di problemi clinici che richiedono intervento assistenziale oppure educativo.
È previsto un solo *Report* di tirocinio, da scegliere tra le seguenti tipologie:

- Report clinico in cui è riportata la presa in carico nel tempo di un paziente, ovvero l'evoluzione delle sue condizioni e dei problemi prioritari in relazione agli interventi di sorveglianza pianificati, oltre all'esplicitazione degli esiti attesi sensibili alle cure infermieristiche;
- Report educativo in cui è riportata e discussa la progettazione di un intervento di educazione terapeutica rivolto al paziente in carico /famiglia o *caregiver*;

Tipologia *Report*	**Termine consegna**
Report clinico	entro 1 settimana dal termine del tirocinio svolto, attraverso modalità comunicata al *Briefing*
Report educativo	

Le indicazioni per la stesura del *Report* e relativa scheda di valutazione sono disponibili in allegato (Allegato 3, 3.1, 4, 4.1).

Un Report "*Incident Reporting*" (Allegato 5) sarà effettuato obbligatoriamente laddove lo studente sia coinvolto in:
- un evento avverso, ovvero un "*evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile"*;
- un quasi evento, ovvero *"un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito, perché intercettato o perché non occorso"*.

L'elaborazione di un *Incident Reporting* dimostra la capacità di riflettere ed imparare dall'errore secondo la metodologia della Gestione del rischio Clinico.
Il Un Report "*Incident Reporting*" non sarà oggetto di valutazione ma favorirà una riflessione sull'esperienza condivisa con il tutor didattico e di tirocinio (Allegato 5.1).

5. Valutazione della percezione dello studente della qualità degli ambienti di apprendimento in tirocinio

Al termine del tirocinio è prevista la compilazione da parte dello studente di un questionario validato denominato Clinical Learning Evaluation Quality Index (CLEQI) finalizzato a misurare la qualità dell'esperienza di tirocinio. Il questionario prevede la compilazione anonima, i dati sono elaborati dall'Area Pianificazione e Controllo direzionale (APIC) dell'Università di Udine e resi disponibili in forma aggregata. La compilazione del questionario sarà possibile accedendo con le proprie credenziali SPES alla piattaforma Esse3, seguendo le indicazioni fornite.
Coloro che non compilano il questionario non potranno iscriversi all'appello dell'esame di tirocinio e quindi non potranno sostenere l'esame.
Sono riportati di seguito i periodi di compilazione del questionario:
"Valutazione ambiente apprendimento 1TIR": dal 11 dicembre 2023 al 22 dicembre 2023
"Valutazione ambiente apprendimento 2TIR": dal 15 aprile 2024 al 13 maggio 2024
"Valutazione ambiente apprendimento 3TIR": dal 10 giugno 2024 al 24 giugno 2024
"Valutazione ambiente apprendimento 4TIR": dal 15 luglio 2024 al 05 agosto 2024
"Valutazione ambiente apprendimento TIR Recupero": dal 15 agosto 2024 al 15 settembre 2024

Vista l'importanza della compilazione, che vincola l'iscrizione all'appello dell'esame di tirocinio, si suggerisce a student*di annotarsi i periodi.

Allegato 1.1

***Debriefing* clinico**

Sono di seguito riportate le indicazioni per la stesura del caso previsto per la partecipazione al *Debriefing* clinico, secondo modello S.B.A.R.[1]
La presentazione del caso/problema o della situazione assistenziale che vuole essere portata alla discussione può essere realizzata sinteticamente attraverso il modello S.B.A.R. (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*):

- *Situation*: identificazione del paziente della sua attuale situazione (iniziali, età, data di ricovero, breve presentazione dell'evento/motivo del ricovero: cos' è successo, dove e quando è iniziato, quanto severo è il disturbo emergente; comorbidità associate);
- *Background*: diagnosi medica d'ingresso, allergie, risultati indagini diagnostiche eseguite, terapia/trattamenti effettuati e risposta;
- *Assessment*: accertamento sui modelli funzionali ritenuti compromessi con individuazione dei dati qualitativi e quantitativi (approccio ABC);
- *Recommendation*: esplicitazione dei principali problemi del paziente secondo un ordine di priorità, dei risultati che si ritiene voler raggiungere e delle strategie proposte (obiettivi, interventi, monitoraggio e bisogni per la dimissione).

Il caso dovrà essere consegnato attraverso le modalità descritte in occasione del *Briefing* iniziale.

[1] Haig, K.M., Sutton, S., Whittington J. (2006) National patient safety goals. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, **32** (3), 167–175.

Allegato 1.2

Discussione caso clinico

La discussione del caso rappresenta occasione per:
a) enfatizzare aspetti clinici durante discussione (con richiamo a contenuti e obiettivi);
b) far sperimentare sin da subito studenti alla redazione di testo/slide;
c) favorire dimestichezza nelle presentazioni;
d) aumentare il coinvolgimento e partecipazione attiva;
e) favorire condivisione delle situazioni affrontate;
f) orientare alla ricerca di fonti bibliografiche;
g) promuovere una *library* di casi che stud* possano consultare;
h) introdurre alla presentazione di elaborati (in vista di quella dell'elaborato di tesi)..

La scelta del caso da presentare può essere orientata basandosi su uno dei seguenti aspetti:
- riferimento ad applicazione di contenuti di lezione clinica;
- inusuale presentazione di comuni problemi assistenziali;
- soluzione di problemi clinici complessi (decisioni importanti);
- sfide terapeutiche o di intervento assistenziale;
- potenziali eventi avversi;
- insegnamento da errori;
- unicità del caso;
- esiti assistenziali inaspettati;
- problema assistenziale raro;
- nuovi problemi assistenziali (ad esempio legati a pandemia o lock-down);
- assistenza in occasione di nuovi trattamenti (nuovi farmaci/procedure, in nuove situazioni);
- inusuale atteggiamento/risposta dell'assistito/a;
- fonte di ipotesi per futuri studi/ricerche;
- revisione di job description;
- revisione di skills.

La presentazione (che dovrà essere caricata su link dedicato e fornito al Briefing) prevede il supporto di un numero limitato di slide (8 slide, compreso titolo), segue traccia:

1 Titolo e motivo scelta caso
2 Presentazione sintetica caso
3 Problema evidenziato
4 Obiettivi*
5 Ricerca soluzioni in letteratura
6 Interventi attivati* (con punti di forza e debolezza)
7 Esiti ottenuti (commento condiviso con proprio tutor clinico)
8 Take home message + rif bibliografici (almeno tre fonti)
(si suggerisce riferimento *time-line* sotto le slide in pedice)
*Con possibile richiamo al *grading*/libretto *skills*

Il tempo disponibile per la presentazione sarà di max 7 minuti, a cui seguirà discussione guidata.

Allegato 2

Indicazioni *MINI-CEX*

Cosa è?
Il MINI-CEX (3°anno) è finalizzato alla presentazione e discussione critica del caso clinico-assistenziale di un paziente preso in carico nel contesto di tirocinio e che nel momento della discussione è ancora ricoverato. Tale dissertazione permette di evidenziare, come nella consegna, i diversi dati rilevanti a rappresentare la storia del paziente. Il MINI-CEX prevede anche il ragionamento su problemi attivi ed interventi e rivalutazioni necessarie come veicolato dalle consegne che prevedono il passaggio di responsabilità del paziente tra un operatore e il seguente. La traiettoria del percorso del paziente viene inoltre considerata.

Quando?
La discussione del MINI-CEX avviene a partire dalla terza settimana di tirocinio effettuato nei *setting* di TI o APP. Il giorno previsto per la discussione del MINI-CEX viene condivisa e definita in accordo tra tutor didattico e studente.

Con chi?
Il caso viene discusso con il tutor didattico di riferimento per la sede di tirocinio e, qualora possibile, in co-presenza del tutor di tirocinio.

Con cosa?
La discussione prevede da parte dello studente la consultazione della documentazione clinica del paziente, delle note scritte a propria disposizione, piuttosto che di dati disponibili in tempo reale bed-side.

È valutativo?
Il MINI-CEX prevede una valutazione in 30esimi, attribuita secondo indicatori riportati nella scheda in allegato (Allegato 2). In sede di discussione viene fornito feedback diretto dal tutor didattico sul punteggio attribuito alla discussione e sui razionali che hanno guidato tale valutazione. Se lo studente rifiuta il punteggio e la valutazione ricevuta può richiedere la discussione di un secondo MINI-CEX da effettuarsi nella stessa sede di tirocinio o in una sede successiva concordata con tutor d'area.

Quali aree di valutazione?
Background: inteso come le notizie riguardanti il paziente nel periodo che antecede la presa in carico da parte dello studente, periodo che può considerare informazioni relative alle condizioni a domicilio/luogo di residenza. Tali informazioni possono variare in quantità e approfondimento da contesto a contesto ma rispondono alle seguenti domande di indagine:

- Come stava il paziente prima di essere ricoverato? (Anamnesi, comorbidità, terapie assunte, controlli sanitari svolti, limitazioni funzionali esistenti...)
- Quali le condizioni del paziente a domicilio? (Barriere architettoniche, dispositivi/ausili usati, servizi territoriali attivati, rete familiare e/o *caregiver*)
- Dopo la diagnosi quali elementi hanno rappresentato il decorso clinico? (Percorso diagnostico svolto e suoi esiti, andamento dei segni e sintomi dalla diagnosi all'accoglimento, terapie effettuate o in attuale continuità con la degenza…)
- Da quando è stato ricoverato, attraverso i passaggi effettuati nei reparti precedenti, quali sono gli elementi che hanno tracciato in particolare il suo PDTA? (Diagnostica e accertamenti di secondo livello effettuati successivamente che descrivono l'andamento del PDTA, momenti significativi del percorso che hanno determinato le condizioni ad oggi esistenti come cadute, lesioni, infezioni, deterioramento clinico, aumento delle cure invasive, recupero funzionale, risoluzione del quadro febbrile, negativizzazione di esami colturali…)

Situazione attuale: inteso come la situazione al momento della presa in carico odierna, focalizzando sul passaggio della responsabilità del paziente dalla propria presa in carico a quella di un collega. Tali informazioni possono variare in quantità e approfondimento da contesto a contesto ma rispondono alle seguenti domande di indagine:

- Quali sono i dati significativi da trasmettere secondo un'analisi per modello funzionale? (Il paziente ha una saturazione inferiore al 94% associata a presenza di secrezioni purulente dense, dall'Rx torace evidenti addensamenti polmonari basali bilaterali; il paziente è disorientato a tratti, alla valutazione neurologica presenta una limitazione al movimento fine della mano destra e una ipostenia all'arto destro; Pressione sistolica inferiore a 160 mmHg con trattamento con nitrati sospeso da 24 ore; diuresi contratta nelle ultime 12 ore, alla valutazione quantitativa 200 cc con caratteristiche ipercromiche, ieri non si segnalavano problemi a carico della diuresi)
- Quali sono i farmaci attualmente in corso e quali le variazioni alla terapia rispetto al domicilio o nelle variazioni rispetto agli altri contesti? (Dal domicilio è stata variata la terapia anticoagulante, prima in NAO attualmente in attesa di intervento impostata da MdG eparina a basso peso molecolare; dopo la fase acuta di edema polmonare in cui il dosaggio di furosemide era stato incrementato adesso viene trattato col dosaggio domiciliare senza variazioni sul sovraccarico idrico rilevabili, modificata terapia antibiotica successivamente al referto colturale.)
- Quali sono gli esami diagnostici in programma o i risultati degli stessi? (Oggi il paziente ha eseguito una TAC torace di cui è in attesa il referto; in corso curva della troponina ultimo controllo questa mattina alle 10.00; il paziente ha in programma tra un'ora la coronarografia per cui è stato preparato con ansiolitici secondo prescrizione in quanto presentava ansia rispetto alla procedura; da ripetere le emoculture se si presenta ulteriore puntata febbrile.)
- Quali sono i *devices*, le medicazioni da segnalare? (Il paziente presenta un CVC alla giugulare destra, un'arteria radiale sinistra, in programma sostituzione del catetere vescicale da porre con termistore; il paziente presenta due drenaggi in sede epicranica attualmente in aspirazione con scarse secrezioni siero ematiche; In sede sternale medicazione con VAC® posizionata da tre giorni, cambiata spugna ieri sera in sala ove effettuati tamponi su ferita cavitaria, complessivamente nelle ultime 24 ore drenati 200 cc di liquido sieroso; posizionato busto rigido e modulata postura del tronco per recupero della posizione semiseduta; posizionato idrocolloide a livello del tallone destro ma lesione in miglioramento senza zone di arrossamento perilesionali).

Planning: inteso come i problemi collaborativi e/o assistenziali attuali presentati dal paziente, il trend di miglioramento o peggioramento dei problemi evidenziati ed i relativi interventi effettuabili in autonomia/collaborazione/delega con gli altri membri del team, nonché gli elementi fondamentali per garantire una rivalutazione. Tali informazioni possono variare in quantità e approfondimento da contesto a contesto ma rispondono alle seguenti domande di indagine:

- Sulla base delle informazioni presentate quali sono i problemi del paziente e quale la loro variazione? (Il paziente presenta un quadro di ipossiemia e di alterazione della clearance delle vie aeree; il paziente presenta un deficit della mobilità; è presente una alterazione dell'apporto alimentare; rispetto ai giorni precedenti il dolore è ridotto ma va ancora valutazione in relazione alla ripresa graduale della mobilizzazione; vi è un quadro di alterazione neurologica con caratteristiche di agitazione psicomotoria prevalente durante l'orario notturno; l'alterazione della cute è in fase di risoluzione);
- Quali sono gli interventi previsti alla continuità della presa in carico rispetto ai problemi identificati e con quali strategie/strumento? (Al monitoraggio della PIC con valori superiori a 25 mmHg prescritto Mannitolo; per il recupero della mobilizzazione prevista prima alzata con fisioterapista da domani possibile favorire seduta in poltrona; garantire la broncoaspirazione tramite circuito chiuso; garantire educazione ai *caregiver* su caratteristiche alimenti idonei e metodi per garantire corretto modello alimentare; monitorare punto di inserzione radiale utilizzato per coronarografia e ridurre gonfiaggio del *device* tra due ore secondo protocollo; monitoraggio diuresi tramite pappagallo per verificare bilancio delle 24 ore; garantire una igiene a letto in collaborazione con OSS poiché necessario

verificare saturazione continua durante procedura; da aumentare i livelli di sorveglianza e a tal fine richiesta presenza più prolungata dei *caregiver* anche su fascia notturna; necessario monitorare frequenza cardiaca con impostato limite inferiore all'allarme a 60 bpm considerando frequenza *pacing*; da favorire igiene più frequentemente per ridurre l'utilizzo di materiali assorbenti e la riduzione della dermatite da contatto);

- Quale livello di autonomia, collaborazione e/o delega rispetto ai problemi ed interventi identificati? (Da rivalutare con medico per eventuale broncoscopia di pulizia; collaborare con OSS nell'igiene del paziente per valutare livello di dispnea; dare indicazioni agli OSS su principali alimenti da favorire per l'alimentazione del paziente).

Esiti: inteso come riflessione su continuità del percorso del paziente e sui possibili esiti da favorire/prevenire del paziente.

- Quale la continuità del PDTA? (prevista coronarografia e rivalutazione del cardiochirurgo; in attesadi rivalutazione tramite TAC prima del prossimo ciclo chemioterapico; rivalutazione TAC capo primadi svezzamento da sedazione; in programma trasferimento presso struttura di riabilitazione per garantire ripresa funzionale; in attesa di *Hospice* per percorso palliativo; in programma svezzamento dalla ventilazione; previsto intervento di rivalutazione ferita infetta a livello della gamba nel pomeriggio con rivalutazione colturale);
- Quali esiti posso favorire/prevenire con interventi assistenziali? (Per ridurre l'agitazione del paziente favorire la presenza dei familiari e garantire una riduzione del livello sonoro e di luci nella fase notturna; favorire una mobilizzazione precoce post-operatoria per ridurre il tempo della degenza; utilizzo della clorexidina per ridurre il rischio di CLASBI; garantire modalità di comunicazione con l'esterno per migliorare la condizione emotiva del paziente in isolamento).

Allegato 2.1 Scheda valutazione MINI-CEX

Stud*:_____ **Sede tirocinio:**_____ **Data:** _____

Posti letto o n. assistiti: ____	Pz in carico nel turno: _____	OSS:_____- NTPR:_____/ _____

Presentare il caso clinico attraverso elementi di **background.**		
Background		Motivo del ricovero
		Diagnosi di ingresso
		Comorbidità
		Condizioni pre-ricovero
		Condizioni abitative
		Rete familiare e sociale
		Servizi attivi a domicilio
		Terapia domiciliare
		Decorso clinico complessivo dal ricovero fino alla situazione attuale
		Diagnostica effettuata (Rx/TC/RMN, esami ematochimici e colturali, …)
0 —≥ 9		
Identificare quali elementi del background sono necessari per descrivere esaustivamente la situazione attuale e **interpretarne** il significato e la rilevanza clinica.		
Situazione Attuale		Assessment di II° Livello per modelli funzionali
		Trend significativi da segnalare: esame obiettivo
		parametri vitali
		esami ematochimici
		diagnostica
		Terapia in corso ed eventuali variazioni
		Devices in sede
		Medicazioni
0 —≥ 9		
Alla luce dell'attuale situazione clinica del paziente, **giudicare** quali sono i problemi assistenziali/collaborativi in risoluzione o ancora attivi, **pianificando** gli interventi assistenziali attuabili.		
Planning		Riassumere i problemi assistenziali/collaborativi risolti o in risoluzione
		Valutare i problemi assistenziali/collaborativi ancora attivi
		Pianificare gli interventi più appropriati alla situazione clinica (e razionale)
		Riconoscere le finalità degli interventi pianificati ed eseguiti
		Applicare principi attribuzione a figure di supporto: cosa si è fatto/poteva fare
0 —≥ 9		
Valutare gli eventuali miglioramenti/peggioramenti ottenuti ad oggi dal paziente e **prevedere** i possibili esiti del percorso assistenziale.		
Esiti		**Valutare** i miglioramenti/peggioramenti ottenuti ad oggi dal paziente
		Valutare la possibile traiettoria del paziente
		Valutare l'efficacia dei propri interventi in considerazione degli esiti raggiunti
		Proporre soluzioni: come proseguirà il PDTA del paziente?
0 —≥ 3		
Voto:_____/ 30	Osservazioni del tutor didattico (terminologia, ragionamento clinico, fluidità presentazione)	

Firma tutor didattico_____ Firma studente_____

Allegato 3

***Report* clinico**[2]

Indicazioni per l'elaborazione di un *Report* che dimostri l'abilità di comprendere e motivare le decisioni e azioni intraprese riferite ad un caso clinico.

Con il *Report* clinico si offre allo studente la possibilità di sviluppare/perfezionare le abilità nel descrive la presa in carico di un paziente; ovvero:

- Fare sintesi rispetto il momento clinico assistenziale;
- Identificare i problemi prioritari;
- Riportare le possibili opzioni decisionali assistenziali e quelle effettivamente assunte in base alle prove e/o raccomandazioni disponibili in letteratura;
- Riportare le ipotesi formulate e la loro evoluzione in base ai cambiamenti emergenti attraverso monitoraggio e sorveglianza.

E' attesa una presentazione breve, chiara e cronologicamente corretta. Nella scelta del caso su cui concentrare l'attenzione per la stesura del *Report* si suggerisce di considerare i seguenti elementi:

- singolare presentazione di problemi assistenziali;
- impatto decisionale da parte di stud*;
- particolare coinvolgimento nella presa in carico da parte di stud*;
- soluzione di problemi assistenziali complessi;
- riflessione su nuovi trattamenti o interventi;
- unicità del caso seguito.

La stesura del *Report* si articola in cinque sezioni:

1- Presentazione caso
- Descrizione paziente (condizioni generali precedenti alla presa carico)
- Sintesi anamnesi e motivo di ricovero e presa in carico
- Accertamento condotto (dati emersi da esame obiettivo, intervista con persona assistita o caregiver, documentazione clinica)

2- Problema clinico-assistenziale e obiettivi
- Descrizione del problema clinico-assistenziale che è stato gestito
- Motivazione della priorità del problema scelto
- Definizione degli obiettivi, indicatori oggettivi (strumenti di valutazione)

3- Decisioni e interventi
- Descrizione degli interventi pianificati/attivati e razionale (protocolli, bibliografia di riferimento)

4- Discussione e conclusioni
- Riflessione su applicabilità interventi sulla base delle evidenze e risorse disponibili
- Descrizione paziente (condizioni generali al termine della presa carico)
- Proposta di indicazioni per la pratica clinica
- Riflessione rispetto conoscenze e competenze sviluppate nella gestione del caso

Questa è una parte importante del *Report* in quanto coniuga conoscenze, competenze a applicabilità nella pratica clinica; allo stesso tempo mette in evidenza eventuali esigenze di approfondimento a partire da quanto attivato/attivabile durante le esperienze cliniche.

5- Forma e modalità di presentazione
- Utilizzo di terminologia tecnico-scientifica
- Presentazione sintetica, lineare e cronologicamente comprensibile

[2] Milos, J. (2001) *Casi clinici ed evidence-based medicine*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Allegato 3.1

Scheda di valutazione *Report* clinico

Stud*:_____

Sede di Tirocinio_____Azienda _____

Items	Punteggio		
1- Presentazione caso		→	
1.1 - Descrizione paziente (condizioni generali precedenti alla presa carico)	**0**		**1**
1.2 - Sintesi anamnesi e motivo di ricovero e presa in carico	**0**		**1**
1.3 - Accertamento condotto (dati emersi da esame obiettivo, intervista con persona assistita o caregiver, documentazione clinica)	**0**		**4**
1.4 - Commento su dati inerenti esami di laboratorio, radiologici, consulenze	**0**		**2**
2 - Problema clinico-assistenziale e obiettivi			
2.1 - Descrizione del problema clinico-assistenziale che è stato gestito	**0**		**3**
2.2 - Motivazione della priorità del problema scelto	**0**		2
2.3 - Definizione degli obiettivi, indicatori oggettivi (strumenti di valutazione)	**0**		**1**
3 - Decisioni e interventi			
3.1 - Descrizione degli interventi pianificati/attivati e razionale (protocolli, bibliografia di riferimento)	**0**		**6**
4- Discussione e conclusione			
4.1 - Riflessione su applicabilità interventi sulla base delle evidenze e risorse disponibili	**0**		**2**
4.1 - Descrizione paziente (condizioni generali al termine della presa carico)			**1**
4.2 - Proposta di indicazioni per la pratica clinica	**0**		**3**
4.3 - Riflessione rispetto conoscenze e competenze sviluppate nella gestione del caso	**0**		**1**
5 - Forma e modalità di presentazione			
5.1 - Utilizzo di terminologia tecnicoo-scientifica	**0**		2
5.2 - Presentazione sintetica, lineare e cronologicamente comprensibile	**0**		**1**
Tot.	**….. / 30**		

Osservazioni del tutor didattico

_____

_____

_____

_____

_____

Data comunicazione/invio esito _____

Firma tutor didattico_____

Sono di seguito riportate le indicazioni per la stesura del *Report*.

Margini pagina laterale destro di 3 cm
laterale sinistro di 3 cm
superiore di 2.5 cm
inferiore di 2 cm
formato testo carattere Times New Roman
dimensione 12 per il testo.
interlinea 1.5
allineamento giustificato del testo

All'inizio, prima pagina in alto (come da modello indicato durante *Briefing*)
cognome nome student*
sede di tirocinio
cognome nome tutor clin.
anno di corso e accademico di riferimento
numerazione pagine, centratura in basso
previsto un massimo di 5 pagine, esclusa bibliografia

Allegato 4

***Report* educativo**

Indicazioni per l'elaborazione del *Report* inerente la progettazione di un intervento di educazione terapeutica.

Con il **Report educativo** lo studente analizza una situazione educativa di tirocinio riferita ad un paziente/caregiver. Tale *Report* prevede la progettazione di un intervento educativo/informativo e la sua attuazione.
La traccia da seguire è la seguente:

1. Presentazione breve ed esauriente del paziente/dei pazienti in carico e della situazione/problema definita.
2. Identificare il fabbisogno educativo principale dell'assistito e dei familiari.
3. Definire l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici (area cognitiva- area gestuale- area interpersonale).
4. Scegliere i metodi idonei per il raggiungimento degli obiettivi (addestramento abilità gestuali, elaborazione di informazioni scritte, informazioni orali[1] e accettabili per l'utente, correlati agli strumenti e ai tempi più idonei per raggiungerli.
5. Individuare le risorse umane e materiali/criticità.
6. Valutare gli esiti dell'intervento effettivamente realizzato.
7. Riflettere rispetto alla fattibilità (risorse disponibili-contesto) con suggerimenti/indicazioni/ipotesi di scelte per la rimodulazione dell'offerta educativa sostenuta da prove di efficacia.
8. Bibliografia.

[1]Saiani, L. & Brugnolli, A. (2020) *Trattato di cure infermieristiche*. Sorbona III edizione, Napoli,

Allegato 4.1

Scheda valutazione *Report* educativo

Stud*:_____

Sede tirocinio_____data_____

Items	**Punteggio** →		
1. Presentazione breve ed esaurientemente del paziente/pazienti e della situazione problematica	**0**		**6**
2. Identificazione del bisogno educativo prioritario	**0**		**4**
3. Individuazione obiettivo generale e obiettivi specifici	**0**		**4**
4. Scelta dei metodi coerenti rispetto agli obiettivi e accettabili per l'utente, correlati ai tempi più idonei per raggiungerli	**0**		**6**
5. Riflessione rispetto alle risorse disponibili e al contesto	**0**		**5**
6. Decisioni possibili, indicazioni o proposte per una effettiva realizzazione del progetto e valutazione	**0**		**2.5**
7. Utilizzo del linguaggio scientifico e coerenza logica	**0**		**1**
8. Bibliografia di riferimento	**0**		**1.5**
Tot.	**….. / 30**		

Osservazioni del Tutor didattico

_____

_____

_____

_____

Data comunicazione/invio esito _____

Firma tutor didattico_____

Allegato 5

Incident Reporting

Indicazioni per l'elaborazione di un *Incident Reporting* che dimostri la capacità di riflettere e imparare dall'errore secondo la metodologia della gestione del rischio clinico in una situazione di errore o quasi errore (evento sentinella) pratica clinica. Questa modalità di scrittura strutturata permette di *distanziarsi* da quanto vissuto ed esaminare la situazione da un punto di vista più globale. Scrivendo si impara inoltre a dare struttura all'esperienza, a collegare tra loro i fatti, creando il *ricordo* di quanto accaduto (cosa, chi, quando, come, dove, perchè) e se l'evento avverso è riconducibile a fattori individuali, organizzativi o di sistema.
Si raccomanda allo studente a condividere con il suo tutor di tirocinio la presentazione dell'incident reporting. Non sono ammessi *Incident reporting* in cui lo studente non abbia condiviso con il Tutor di tirocinio la sua presentazione.

Il *Report* riporta la segnalazione di un errore/quasi errore nella pratica clinica effettivamente accaduto in una specifica esperienza di tirocinio:

1. Breve presentazione delle **circostanze** in cui si è verificato (dati relativi all'unità operativa e all'operatore, dati del paziente, data e luogo, giorno della settimana);

2. Descrizione dell'evento avverso (che cosa è successo?) o del quasi errore (che cosa poteva succedere?);

3. Identificazione del tipo di errore, di cosa ha riguardato (un farmaco, l'identificazione paziente, lato operatorio, emoderivati, un presidio, una procedura) e la fase del processo in cui si è verificato (preparazione, somministrazione, identificazione), infine l'esito;

4. Identificazione dei fattori contribuenti l'evento (individuo, team, ambiente, paziente, compito) e dei fattori contribuenti alla riduzione dell'esito (accorgimenti e prestazioni sanitarie aggiuntive);

5. Riflessione rispetto a strategie di miglioramento da intraprendere, suggerimenti/indicazioni/ipotesi di scelte individuali e organizzative per la riduzione della frequenza degli eventi avversi in tirocinio;

6. Fonti bibliografiche consultate.

Allegato 5.1

Incident Reporting

Stud*:_____

Sede tirocinio_____data_____

Items	Descrizione
1. Circostanze dell'evento	- Data e ora - Turno - Luogo dell'evento (degenza, letto paziente, ambulatorio, domicilio)
2. Descrizione dell'evento	- Che cosa è successo o che cosa poteva succedere - Esito dell'evento sul paziente
3. Identificazione del tipo di errore	- Evento potenziale VS evento effettivo - Che cosa ha riguardato (es. farmaci – atto operatorio – emoderivati – un presidio – una procedura) - Ambito in cui si verifica: - area organizzativa (es. accesso paziente – trasferimento – trasporto) - area clinico-assistenziale (es. cadute – infezioni – procedure terapeutiche) - area infrastrutture (es. apparecchiature o dispositivi elettromedicali) - area diritti utente (es. identificazione – gestione documentazione – comunicazione)
4. Fattori che possono aver contribuito all'evento	- Fattori legati all'utente (es. non cosciente – barriere linguistiche) - Fattori legati al personale (es. inadeguate conoscenze – fatica – presa scorciatoia/regola non seguita) - Fattori legati all'organizzazione (es. scarsa continuità assistenziale – mancata comunicazione – inadeguatezza attrezzature) - Fattori legati alla sicurezza (es. apparecchiature medicali – dispositivi)
5. Fattori minimizzanti l'esito o il rischio derivante dall'evento	- Fattori/eventi che hanno contribuito a ridurre il rischio derivato dall'evento potenziale o le conseguenze/esiti derivati dall'evento avverso
6. Riflessione sull'evento	- Che cosa ho provato? - Quale apprendimento si può trarre dall'evento (cosa era opportuno fare) - Quali azioni da intraprendere per evitare che la situazione si ripeta?

Allegato 6

Gestione stipetti

Per garantire ad almeno 2/3 degli studenti in tirocinio presso le sedi della Rete Formativa sede di Udine, la presenza di un luogo salubre e sicuro dedicato per il cambio e la custodia degli indumenti durante l'attività di tirocinio, oltre agli spazi già dedicati e allestiti come "spogliatoi", sono stati posizionati 50 stipetti al piano terra del padiglione n.6 del Presidio Ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine. Gli stipetti sono utilizzati dagli studenti in tirocinio presso le sedi attigue al padiglione 6, ovvero:

- padiglione n. 1 (Medicina d'urgenza e Cardiologia+ UTIC);
- padiglione n. 4 e 5 (Dipartimento di neuroscienze, Cardiochirurgia reparto, Chirurgie specialistiche, Hospice Udine);

È possibile consultare la Procedura di accesso agli spogliatoi e di utilizzo degli stipetti (vedi Allegato C).
E' stato creato un video ad hoc per l'utilizzo, in modalità pubblica, degli stipetti per renderne più fluido e immediato l'utilizzo (il link sarà disponibile su Teams).

PROCEDURA DI ACCESSO AGLI SPOGLIATOI E DI UTILIZZO DEGLI STIPETTI

SEDE SPOGLIATOI:
al momento piano terra del padiglione 6 del Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine all'interno della struttura "Centro per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare" della Clinica Psichiatrica.

PROCEDURA:
Entrati nella struttura, dirigersi verso la porta a vetri posta sul corridoio di sinistra, dopo la guardiola centrale;

Digitare il codice che sarà comunicato al Briefing (o inviato ai rappresentanti) per aprire la porta d'ingresso;
Entrati nel corridoio, individuare le stanze dello spogliatoio dedicate al CDS in Infermieristica:
2a e 3a porta sul lato destro del corridoio (totale 36 stipetti);
ultime due stanze sempre sul lato destro del corridoio (totale 14 stipetti).

Individuare uno stipetto libero (quelli visibilmente aperti) e procedere seguendo i seguenti passaggi (presenti anche nel video messo a disposizione):
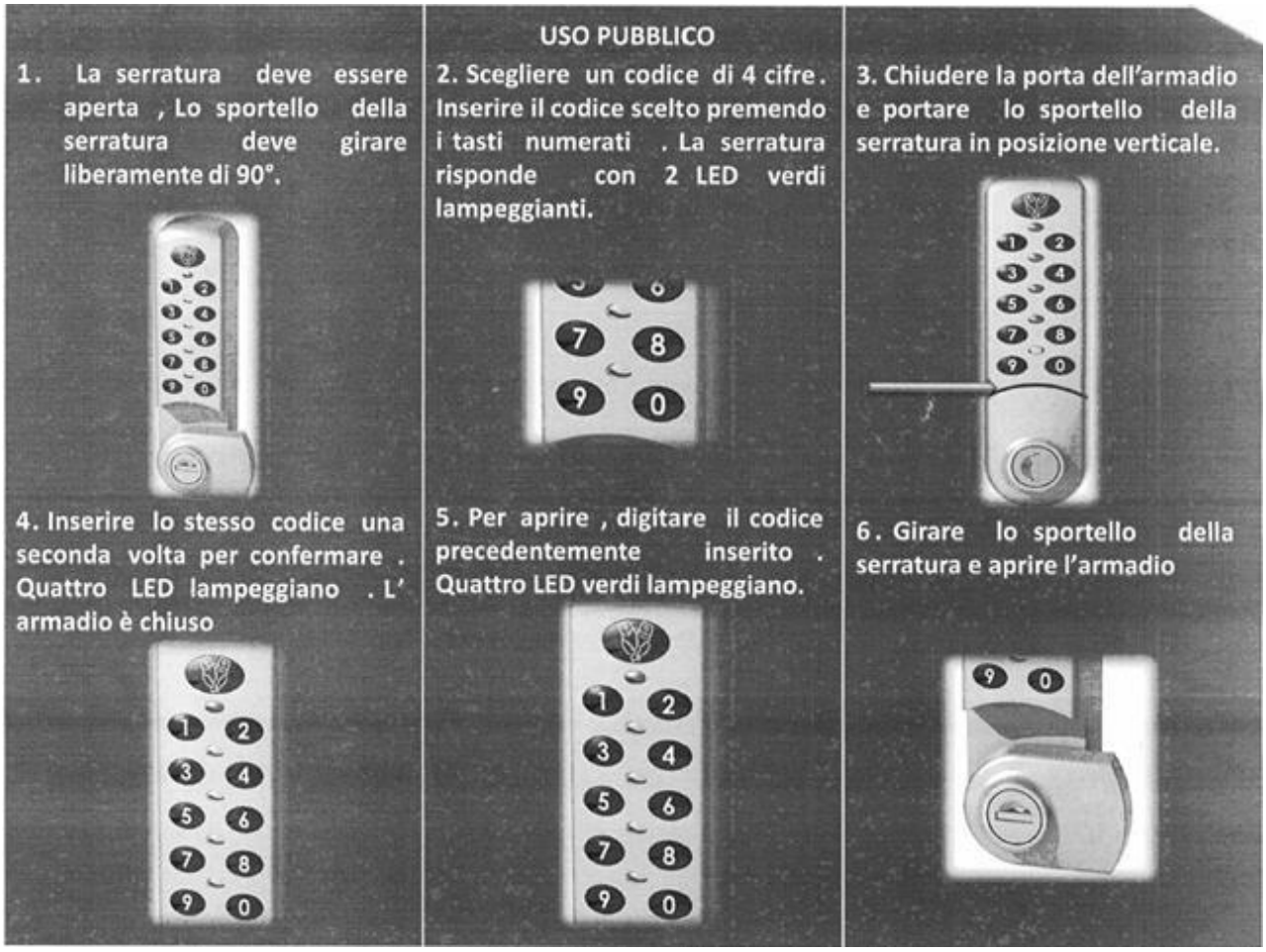
Figura A - Sequenza azioni chiusura/apertura stipetti