



**GUIDA AL TIROCINIO CLINICO
PER STUDENT* DEL CORSO DI STUDI IN
INFERMIERISTICA TERZO ANNO**

SEDI COORDINATE DI UDINE e PORDENONE

Sommario

Finalità del tirocinio.....	2
Logiche e Crediti Formativi Universitari (CFU).....	2
Criteri di accesso alle sedi di tirocinio.....	3
Documentazione	3
Strategie di supporto all'apprendimento.....	3
Pianificazione delle attività di briefing e debriefing	3
Attività formative che verranno valutate: Mini-CEx e Report.....	4
Mini-CEx.....	5
Report di tirocinio.....	5
Valutazione della percezione da parte di student* della qualità degli ambienti di apprendimento in tirocinio	6
Allegato 1.1 - Caso clinico.....	7
Allegato 1.2 - Diario esperienziale sull'esperienza di tirocinio.....	8
Allegato 1.3 – Discussione di caso clinico	10
Allegato 2.1 - Mini-CEx	11
Allegato 2.2 - Scheda valutazione MINI-CEX.....	13
Allegato 3.1 - Report clinico	14
Allegato 3.1 - Scheda di valutazione Report clinico	16
Allegato 4.1 - Report educativo.....	17
Allegato 4.2 - Scheda valutazione Report educativo	18

Finalità del tirocinio

Le esperienze di tirocinio del 3° anno sono progettate per promuovere in student* infermieri il consolidamento e l'avanzamento delle competenze del 1° e 2° anno e lo sviluppo di nuove rispetto a:

- presa in carico di pazienti con problemi di salute di media ed elevata complessità;
- presa di decisione sulle priorità e sull'assistenza infermieristica, da erogare anche a gruppi di pazienti;
- progettazione e gestione di processi assistenziali, anche attribuendo e supervisionando attività agli Operatori Sociosanitari (OSS);
- attivazione e mantenimento della continuità assistenziale (nella medesima Struttura, all'interno del medesimo Presidio, o tra Presidi diversi).

Logiche e Crediti Formativi Universitari (CFU)

Per raggiungere le competenze generali attese e dare la possibilità a student* di sperimentarsi nei differenti contesti assistenziali, i percorsi di tirocinio sono progettati tenendo 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 di eventuali colloqui individuali. I percorsi di tirocinio formulati consentono di esporre student* a problematiche assistenziali in area ospedaliera (con particolare attenzione al paziente acuto, riacutizzato e critico) oppure in area di comunità/territoriale (con interesse verso prevenzione terziaria, cronicità e riabilitazione).

Complessivamente ogni student* dovrà svolgere con profitto 4 esperienze di tirocinio.

Per student* che svolgeranno eventuali tirocini all'esterno con il progetto Erasmus+ Traineeship sono previsti percorsi personalizzati coerenti, come indicato nell'apposito documento.

Il tirocinio clinico del 3° anno prevede la maturazione di 24 CFU, pari a 720 ore di frequenza, suddivise come riportato in vedi Tabella 1.

Tabella 1- Tirocinio previsto - CdS in Infermieristica - Sedi coordinate di Udine e Pordenone - A.A. 2025/26

	Ore	Ore totali	CFU
Tirocinio 17/11/2025 - 22/12/2025 (ore previste 130 ± 10) 02/03/2026 - 19/04/2026 (ore previste 190± 10; di cui 40 ore nel periodo di tirocinio guidato) 20/04/2026 - 29/05/2026 (ore previste 150 ± 10) 01/06/2026 - 05/07/2026 (ore previste 130 ± 10)	600	720	24
Attività Formative Professionalizzanti (Briefing, Debriefing, Riflessione esperienza clinica, Autoapprendimento, Report, preparazione MINI-CEX)	120		

Indipendentemente dalle ore svolte in anni precedenti, il monte ore minio previsto per 3°anno è di 600. Nel caso in un'esperienza si frequentino 10 ore in meno di quanto dovuto, queste andranno recuperate in una delle esperienze successive. *Esempio: nel primo tirocinio, student* frequenta 120 ore: al secondo tirocinio dovrà frequentare 200 ore, per colmare il deficit.*

Nel caso la frequenza al tirocinio risulti francamente inferiore al monte ore richiesto, non sarà garantita la possibilità di accedere alla valutazione finale dell'esperienza.

Si ricorda che, ai sensi della legge 30 ottobre 2014 n° 161, articolo 14, le disposizioni in materia di orario di lavoro si applicano anche al personale sanitario; quanto previsto dalla norma si applica anche a student* tirocinanti. Si richiama l'attenzione in particolare sul rispetto delle 11 ore consecutive di riposo giornaliero,

del turno che non può eccedere le 12 ore consecutive (con una pausa di un'ora) e sulle 24 ore di riposo settimanale. L'orario settimanale di tirocinio, inoltre, non può superare le 36 ore di frequenza.

Criteri di accesso alle sedi di tirocinio

L'accesso alle strutture sarà vincolato ai requisiti previsti dalle Aziende, e limitato secondo le indicazioni fornite da Coordinat* di Struttura.

Ogni student* durante il periodo di tirocinio è tenuto a lasciare presso la sede clinica il foglio presenze e il proprio recapito telefonico.

Documentazione

Student* devono avere con sé, durante ogni giorno di tirocinio, il proprio dossier di documenti e gli strumenti per l'apprendimento clinico, l'orientamento e la sicurezza in tirocinio:

- certificato di idoneità (da presentare all'avvio a Coord. della sede di tirocinio);
- guida al tirocinio clinico;
- libretto delle skills (+ booklet skill in inglese per i soli studenti Erasmus);
- scheda di valutazione e delle competenze attese (grading);
- modulo presenze di student* in tirocinio, da firmare alla fine di ogni turno;
- tesserino-badge da utilizzare per le eventuali timbrature di entrata/uscita e da indossare in maniera leggibile durante il turno;
- documento di sintesi per procedura gestione infortunio (le indicazioni sono diverse tra le Aree di Pordenone e di Udine) (in inglese per gli Erasmus);
- scheda Rapporto Interno Infortunio di UniUD

Strategie di supporto all'apprendimento

Per sostenere student* nel raggiungimento delle competenze, il Corso di Studi offre strategie tutoriali differenziate, quali:

- Briefing
- Debriefing
- Discussione casi clinici
- Esercitazioni guidate
- Diari esperienziali
- Mini-CEx (per il quale è prevista una valutazione)
- Report di tirocinio (per il quale è prevista una valutazione).

Pianificazione delle attività di briefing e debriefing

In data 14 novembre 2025 è organizzato un Briefing di avvio, una prima parte in sessione plenaria e a seguire una sessione ristretta, guidata da corrispettiv* tutor didattic* referenti di Area.

Le esperienze successive prevedono (qualora necessario) esclusivamente una sessione ristretta, guidata da tutor didattic* d'Area, nella quale saranno fornite le indicazioni necessarie per affrontare le esperienze nei diversi contesti.

La pianificazione annuale delle attività didattiche e di tirocinio è consultabile sul sito di UniUD ai seguenti link:

- Sede di Udine: [ud_30_07-pianificazione-2025-26-def_rev-26-09-2025.pdf](#)
- Sede di Pordenone: [pn_30_07-pianificazione-2025-26-26-09-2025.pdf](#)

Sono complessivamente attese 8 esperienze riflessive (Debriefing, Discussioni di casi clinici, e Diari esperienziali).

I Debriefing, le Discussioni di casi clinici, le discussioni del Diario esperienziale potranno essere svolti in presenza o in modalità online, *One-to-One* o in piccolo gruppo.

Date e modalità organizzative saranno definite in sede di avvio di ogni esperienza di tirocinio da tutor didattic* referente di Area.

Per coloro che svolgeranno il tirocinio pedagogico (tirocinio Guidato), le due esperienze riflessive previste nel secondo periodo di tirocinio saranno sostituite da un Briefing e un Debriefing pedagogico.

A tal riguardo, si ribadisce l'importanza del rispetto della normativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali per quanto attiene a informazioni e dati clinici.

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

- di strategie attivate/attivabili nell'inserimento in nuovo contesto clinico o team e in occasioni di situazioni d'urgenza o a elevato impatto emotivo;
- degli obiettivi di tirocinio, la loro contestualizzazione e la loro definizione con tutor di tirocinio;
- di strategie e metodi di accertamento, di ragionamento clinico e di decisioni assistenziali assunte per le persone e i caregiver assistiti in tirocinio;
- sulla propria abilità di presa in carico e di gestione di gruppi di assistiti.

La partecipazione al Debriefing prevede la consegna di un breve elaborato su un caso clinico (Allegato 1.1) o di un diario esperienziale (Allegato 1.2), in base alle istruzioni ricevute in sede di Briefing da tutor didattic* referente per Area, da consegnarsi secondo le modalità e le tempistiche indicate nella medesima sede.

La *Discussione di casi clinici* offre una ulteriore occasione di sistematizzare dati disponibili, problemi evidenziati, obiettivi prefissati e interventi attivati o attivabili. L'obiettivo è di stimolare il confronto tra student*, per favorire l'adozione del ragionamento clinico nella risoluzione di problemi assistenziali e organizzativi, anche in situazioni o contesti che si discostano dalle proprie esperienze.

Le finalità e le modalità di presentazione della Discussione di caso clinico sono riportate nell'Allegato 1.3, e in sede di Briefing saranno proposti alcuni esempi.

Il Diario esperienziale offre l'opportunità di riflettere su uno o più eventi significativi accaduti in tirocinio al fine di comprenderne il significato profondo. Il documentare la propria pratica attraverso la stesura di un diario concorre a: (a) "intensificare la capacità di analisi dettagliata dell'osservazione"; (b) "sviluppare la capacità di indagare i processi cognitivi e metterli in parola; (c) "mettere a fuoco le contraddizioni in cui ci si trova; (d) "dare espressione ai propri vissuti emotivi".

Si ribadisce l'importanza del rispetto della normativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali per quanto attiene a informazioni e dati clinici.

Nel caso di assenza ad una o più delle 8 esperienze riflessive previste nei tirocini (Debriefing o Discussione di casi clinici) verranno offerte fino ad un massimo di 2 occasioni di recupero che verranno comunicate in sede di Briefing d'avvio. La mancata registrazione delle 8 attività attese non consente di accedere all'esame di tirocinio.

Attività formative che verranno valutate: Mini-CEx e Report

Durante i tirocini previsti per il 3° anno ogni student* deve discutere un caso clinico in modalità Mini- CEx ed elaborare un Report di tirocinio. È prevista per entrambe le attività una valutazione in 30esimi, attribuita secondo indicatori prestabiliti. In sede di discussione e valutazione dell'elaborato, verrà fornito un feedback diretto da parte di tutor didattic*. Valutazioni insufficienti concorrono alla definizione del voto finale di tirocinio. Nel caso student* rifiuti il voto, ha la possibilità di ripetere il mandato in una esperienza successiva. Per l'ammissione all'esame di tirocinio la media delle attività formative professionalizzanti deve essere di

almeno 18/trentesimi.

Mini-CEx

Il Mini-CEx è finalizzato alla presentazione e discussione critica di un caso clinico-assistenziale inerente a un paziente preso in carico nel contesto di tirocinio e che al momento della discussione risulti ancora ricoverato o in carico al servizio. Tale discussione 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. Il momento di discussione del Mini-CEx viene condiviso e definito in accordo tra tutor didattic* e student* entro la data della valutazione intermedia. La discussione avviene generalmente presso la sede di tirocinio e, qualora possibile, in presenza di tutor di tirocinio.

Durante la discussione del caso, student* può liberamente consultare la documentazione clinica, i propri appunti ed eventuali altri dati disponibili in tempo reale.

Finalità e scheda di valutazione del Mini-CEx sono disponibili agli Allegati 2.1 e 2.2.

Report di tirocinio

Il *Report* è finalizzato alla presentazione e discussione di problemi clinici che richiedono un intervento assistenziale oppure educativo.

È previsto un solo *Report* di tirocinio, da scegliere tra le seguenti tipologie:

- Report clinico: riporta la presa in carico e l'evoluzione delle condizioni del paziente e dei suoi problemi prioritari di salute, in relazione agli interventi di sorveglianza pianificati, e l'ipotesi prospettica degli esiti attesi in seguito alle cure infermieristiche pianificate (Allegato 3.1 e 3.2);
- Report educativo: riporta in maniera critica la progettazione di un intervento di educazione terapeutica rivolto a paziente in carico, alla sua famiglia o a caregiver (Allegato 4.1 e 4.2);

In Tabella 2 sono riportate le modalità e le tempistiche per la consegna del Report

Tabella 2

Tipologia Report	Termine consegna
<i>Report</i> clinico	entro 1 settimana dal termine del periodo di tirocinio svolto (la data di riferimento è la data di fine periodo così come indicata nella pianificazione annuale)
<i>Report</i> educativo	attraverso modalità comunicata al <i>Briefing</i>

Un Report "Incident Reporting" sarà effettuato obbligatoriamente laddove student* 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 Report "Incident Reporting" non sarà oggetto di valutazione ma favorirà una riflessione sull'esperienza condivisa con tutor didattic* e di tirocinio.

Valutazione della percezione da parte di student* della qualità degli ambienti di apprendimento in tirocinio

Al termine del tirocinio è prevista la compilazione da parte di student* 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.

La compilazione dei questionari è vincolante per potersi iscrivere all'appello dell'esame di tirocinio.

In Tabella 3 sono riportate le date di registrazione delle valutazioni di ciascun tirocinio. Gli student* sono tenuti a compilare il CLEQI del periodo di tirocinio corrispondente prima della data di registrazione della valutazione e di iscriversi all'appello denominato "Valutazione ambiente apprendimento" del tirocinio corrispondente. Le scadenze verranno ricordate in occasione dei Briefing di avvio.

Tabella 3 - Calendario registrazione valutazioni di tirocinio

Calendario registrazione valutazioni di tirocinio	
Registrazione valutazione 1° tirocinio	09 gennaio 2026
Registrazione valutazione 2° tirocinio	30 aprile 2026
Registrazione valutazione 3° tirocinio	12 giugno 2026
Registrazione valutazione 4° tirocinio	16 luglio 2026

Allegato 1.1 - Caso 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 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 l'disturbo emergente; comorbidità associate);
- Background: diagnosi medica d'ingresso, allergie, risultati indagini diagnostiche eseguite, terapie e trattamenti effettuati ed esiti ottenuti;
- 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 e le tempistiche 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 - Diario esperienziale sull'esperienza di tirocinio

Allo scopo di comprendere e riflettere sulle situazioni incontrate, ti chiediamo di scrivere un evento clinico che per te è stato significativo durante il tirocinio in esame, cercando di descrivere la situazione in modo da analizzarla, di darle un'interpretazione e un significato.

I diari possono contenere varie tipologie di dati¹:

- *Descrizioni* di situazioni, con dati raccolti attraverso vari metodi (osservazione, conversazioni, colloqui etc.); questi dati possono essere arricchiti da interpretazioni tese a mettere a fuoco un primo livello di elaborazione del significato dell'esperienza;
- *Narrazioni* di eventi, perché narrare la storia di un accadimento consente di ricostruire la complessità del reale
- *Valutazioni*, che possono avere come oggetto i metodi tutoriali messi in atto, l'efficacia o meno delle strategie adottate, il rapporto con i soggetti coinvolti nella relazione tutoriale, la gestione dei rapporti all'interno del contesto di tirocinio
- *Intuizioni* che, annotate mentre il tirocinio è in atto, possono costituire il punto di partenza per l'analisi dei processi cognitivi alla base delle decisioni prese (soprattutto quando queste si discostano dall'atteso ed espongono ad una situazione di pericolo aumentando il rischio per il paziente o per l'operatore)
- *Espressione* di vissuti emotivi che hanno accompagnato l'esperienza
- *Ipotesi* per l'agire futuro a partire dalle quali ridisegnare la propria pratica e/o approccio al tirocinio

Ti suggeriamo alcuni stimoli per orientare la riflessione e la narrazione:

- soffermati sul tuo apprendimento personale: da cosa è successo → a cosa ho imparato
- soffermati sulla tua percezione come student* in apprendimento:
 - Quali sono stati i pensieri e le emozioni che l'hanno accompagnato?
 - Che significato ha per me questo evento?
 - Come potrò riutilizzare la conoscenza appresa in altre situazioni?

Per costruire l'esperienza ecco ancora alcuni suggerimenti:

- Ricostruisci analiticamente l'esperienza (in modo dettagliato);
- Riporta i pensieri fatti durante l'esperienza (opinioni, giudizi);
- Ricorda le emozioni vissute (fai riferimento alle emozioni).

Sono di seguito riportate le indicazioni per la stesura del Diario

- 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
- interlinea 1.5
- allineamento giustificato del testo
- massimo 2 pagine

Nella pagina successiva è presente un suggerimento per il frontespizio dell'elaborato.

¹ Liberamente tratto da: Mortari, L. (2015) Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione. Carrocci editore
Versione Novembre 2025



Diario esperienziale sull'esperienza di Tirocinio – III Anno - A.A. 2025/26

Periodo di tirocinio e data	
Student*	
Sede di tirocinio	
Periodo di tirocinio	
Tutor di tirocinio	

Allegato 1.3 – Discussione di caso clinico

La discussione del caso rappresenta l'occasione per introdurre student* alla redazione e alla presentazione di elaborati, propedeutiche al lavoro di stesura della tesi di laurea. Le finalità della Discussione di caso clinico sono:

- enfatizzare gli aspetti clinici durante la discussione (con richiamo a contenuti e obiettivi);
- far sperimentare sin da subito student* alla redazione di testo e di slide;
- favorire dimestichezza nelle presentazioni orali;
- aumentare il coinvolgimento e la partecipazione attiva;
- favorire la condivisione delle situazioni affrontate;
- orientare alla ricerca di fonti bibliografiche;
- promuovere una *library* di casi che student* possano consultare;

La scelta del caso da presentare può essere orientata basandosi su uno dei seguenti aspetti:

- riferimento all'applicazione di contenuti di una 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;
- assistenza in occasione di nuovi trattamenti (nuovi farmaci o procedure, in nuove situazioni);
- inusuale atteggiamento o risposta di assistit*;
- fonte di ipotesi per futuri studi e ricerche;
- revisione di job description;
- revisione di skills.

La presentazione prevede il supporto di un numero limitato di slide (8 slide, compreso titolo), secondo la seguente traccia:

- 1) Titolo e motivo della scelta del caso
- 2) Presentazione sintetica del caso
- 3) Problema evidenziato
- 4) Obiettivi
- 5) Ricerca di soluzioni in letteratura
- 6) Interventi attivati (con punti di forza e debolezza), con possibile richiamo al grading e al libretto delle skills
- 7) Esiti ottenuti (commento condiviso con proprio tutor di tirocinio)
- 8) Take home message e riferimenti bibliografici (almeno tre fonti: si suggerisce riferimento timeline in pedice sotto le slide)

Il tempo disponibile per la presentazione sarà di max 7 minuti, successivamente avrà luogo una discussione guidata.

Modalità e tempistiche per la consegna dell'elaborato saranno fornite ai Briefing.

Allegato 2.1 - Mini-CEx

Aree di valutazione:

- *Background:* inteso come le notizie riguardanti paziente nel periodo che antecede la presa in carico da parte del studente*, anche relative alle condizioni a domicilio. 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 ~~statis~~svolti, limitazioni funzionali esistenti...)
 - Quali erano 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?
 - Quali sono i farmaci attualmente in corso e quali sono state le variazioni alla terapia rispetto al domicilio o agli altri contesti di cura?
 - Quali sono gli esami diagnostici in programma o i risultati degli stessi?
 - Quali sono i devices, le medicazioni da segnalare?
- **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 di paziente e quale la loro variazione
 - Quali sono gli interventi previsti alla continuità della presa in carico rispetto ai problemi identificati e con quali strategie/strumenti?
 - Qual è livello di autonomia, collaborazione e/o delega rispetto ai problemi ed interventi identificati? Quali prescrizioni mi aspetto dal medico? Rispetto alla pianificazione assistenziale, quali interventi posso delegare o demandare alle altre figure e con quali istruzioni, mentre quali sono di stretta competenza infermieristica?
 - Quale la continuità del PDTA?
 - Quali esiti posso favorire/prevenire con interventi assistenziali?
- **Esiti:** intesi come risultati su pazienti, a seguito dell'assistenza ricevuta e come ipotesi prognostica sul loro percorso di salute, il livello di autonomia professionale del studente* e la necessità di miglioramento in determinate skill:
 - In considerazione degli interventi pianificati e intrapresi, sono stati raggiunti gli obiettivi



prefissati?

- Quale traiettoria ci si aspetta possano avere le condizioni di salute di paziente?
- Quanta e quale autonomia professionale student* ha maturato seguendo questo caso?
- Quali competenze necessitano invece di essere ulteriormente sviluppate?



Allegato 2.2 - Scheda valutazione MINI-CEX

Student*: Sede tirocinio: Data:

Posti letto o n. assistiti: _____	Pz in carico nel turno: _____	OSS: _____ - NTPR: _____ / _____																				
<p>Presentare il caso clinico attraverso elementi di background.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">Background</td><td>Motivo del ricovero</td></tr> <tr><td></td><td>Diagnosi di ingresso</td></tr> <tr><td></td><td>Comorbidità</td></tr> <tr><td></td><td>Condizioni pre-ricovero</td></tr> <tr><td></td><td>Condizioni abitative - <i>solo se possibile</i></td></tr> <tr><td></td><td>Rete familiare e sociale - <i>solo se possibile</i></td></tr> <tr><td></td><td>Servizi attivi a domicilio - <i>solo se possibile</i></td></tr> <tr><td></td><td>Terapia domiciliare</td></tr> <tr><td></td><td>Decorso clinico complessivo dal ricovero fino alla situazione attuale</td></tr> <tr><td></td><td>Diagnostica effettuata (Rx/TC/RMN, esami ematochimici e culturali, ...)</td></tr> </table>			Background	Motivo del ricovero		Diagnosi di ingresso		Comorbidità		Condizioni pre-ricovero		Condizioni abitative - <i>solo se possibile</i>		Rete familiare e sociale - <i>solo se possibile</i>		Servizi attivi a domicilio - <i>solo se possibile</i>		Terapia domiciliare		Decorso clinico complessivo dal ricovero fino alla situazione attuale		Diagnostica effettuata (Rx/TC/RMN, esami ematochimici e culturali, ...)
Background	Motivo del ricovero																					
	Diagnosi di ingresso																					
	Comorbidità																					
	Condizioni pre-ricovero																					
	Condizioni abitative - <i>solo se possibile</i>																					
	Rete familiare e sociale - <i>solo se possibile</i>																					
	Servizi attivi a domicilio - <i>solo se possibile</i>																					
	Terapia domiciliare																					
	Decorso clinico complessivo dal ricovero fino alla situazione attuale																					
	Diagnostica effettuata (Rx/TC/RMN, esami ematochimici e culturali, ...)																					
0 → 9																						
<p>Identificare quali elementi del background sono necessari per descrivere esaustivamente la situazione attuale e interpretarne il significato e la rilevanza clinica.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">Situazione Attuale</td><td>Assessment di II° Livello per modelli funzionali</td></tr> <tr><td></td><td>Trend significativi da segnalare: esame obiettivo</td></tr> <tr><td></td><td>parametri vitali</td></tr> <tr><td></td><td>esami ematochimici</td></tr> <tr><td></td><td>diagnostica</td></tr> <tr><td></td><td>Terapia in corso ed eventuali variazioni</td></tr> <tr><td></td><td>Devices in sede</td></tr> <tr><td></td><td>Medicazioni</td></tr> </table>			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				
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																						
<p>Alla luce dell'attuale situazione clinica del paziente, giudicare quali sono i problemi assistenziali/collaborativi inrinascita o ancora attivi, pianificando gli interventi assistenziali attuabili.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">Planning</td><td>Riassumere i problemi assistenziali/collaborativi risolti o in risoluzione</td></tr> <tr><td></td><td>Valutare i problemi assistenziali/collaborativi ancora attivi</td></tr> <tr><td></td><td>Pianificare gli interventi più appropriati alla situazione clinica (e razionale)</td></tr> <tr><td></td><td>Riconoscere le finalità degli interventi pianificati ed eseguiti</td></tr> <tr><td></td><td>Applicare principi attribuzione a figure di supporto: cosa si è fatto/poteva fare</td></tr> </table>			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										
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																						
<p>Valutare gli eventuali miglioramenti/peggioramenti ottenuti ad oggi dal paziente e prevedere i possibili esiti del percorso assistenziale.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">Esiti</td><td>Valutare l'efficacia dei propri interventi in considerazione degli esiti raggiunti (pazienti)</td></tr> <tr><td></td><td>Valutare la possibile traiettoria del paziente (pazienti)</td></tr> <tr><td></td><td>Riflessione sul livello di autonomia sviluppato (rispetto competenze attese) (student*)</td></tr> <tr><td></td><td>Riflessione su necessità sviluppo competenze (student*)</td></tr> </table>			Esiti	Valutare l'efficacia dei propri interventi in considerazione degli esiti raggiunti (pazienti)		Valutare la possibile traiettoria del paziente (pazienti)		Riflessione sul livello di autonomia sviluppato (rispetto competenze attese) (student*)		Riflessione su necessità sviluppo competenze (student*)												
Esiti	Valutare l'efficacia dei propri interventi in considerazione degli esiti raggiunti (pazienti)																					
	Valutare la possibile traiettoria del paziente (pazienti)																					
	Riflessione sul livello di autonomia sviluppato (rispetto competenze attese) (student*)																					
	Riflessione su necessità sviluppo competenze (student*)																					
0 → 3																						
Voto: _____ / 30	<p>Osservazioni di tutor didattic* (terminologia, ragionamento clinico, fluidità presentazione)</p> <hr/> <hr/> <hr/>																					

Firma tutor didattic* _____

Firma student* _____

Allegato 3.1 - Report clinico

Con il *Report* clinico si offre a student* la possibilità di sviluppare e perfezionare le abilità nel descrivere 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.

È 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:

- Presentazione di un problema assistenziale peculiare;
- L'impatto decisionale da parte di student*;
- Particolare coinvolgimento nella presa in carico da parte di student*;
- 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
 - a. Descrizione paziente (condizioni generali precedenti alla presa carico)
 - b. Sintesi anamnesi e motivo di ricovero e presa in carico
 - c. Accertamento condotto (dati emersi da esame obiettivo, intervista con persona assistita o caregiver, documentazione clinica)
- 2- Problema clinico-assistenziale e obiettivi
 - a. Descrizione del problema clinico-assistenziale che è stato gestito
 - b. Motivazione della priorità del problema scelto
 - c. Definizione degli obiettivi, indicatori oggettivi (strumenti di valutazione)
- 3- Decisioni e interventi
 - a. Descrizione degli interventi pianificati/attivati e razionale (protocolli, bibliografia di riferimento)
- 4- Discussione e conclusioni
 - a. Riflessione su applicabilità interventi sulla base delle evidenze e risorse disponibili
 - b. Descrizione paziente (condizioni generali al termine della presa carico)
 - c. Proposta di indicazioni per la pratica clinica
 - d. Riflessione rispetto conoscenze e competenze sviluppate nella gestione del caso
 - e. 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
 - a. Utilizzo di terminologia tecnico-scientifica
 - b. Presentazione sintetica, lineare e cronologicamente comprensibile



Sono di seguito riportate le indicazioni per la stesura del Report, la cui lunghezza dev'essere di massimo 5 pagine:

- Margini della pagina pagina:
 - laterale destro di 3 cm
 - laterale sinistro di 3 cm
 - superiore di 2.5 cm
 - inferiore di 2 cm
- Formato carattere Times New Roman, dimensione 12.
- Interlinea 1,5
- Allineamento del testo giustificato
- Numeri di pagina in basso, allineati al centro
-

Come frontespizio può essere utilizzata la sottostante tabella:

Report clinico - III Anno - A.A. 2025/26	
Periodo di tirocinio e data	
Student*	
Sede di tirocinio	
Periodo di tirocinio	
Tutor di tirocinio	



Allegato 3.1 - Scheda di valutazione Report clinico

Student*: _____

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
Totale / 30		

Osservazioni di tutor didattic*

Data comunicazione/invio esito _____ Firma tutor didattic* _____

Allegato 4.1 - Report educativo

Con il Report educativo a student* 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 di paziente/i in carico e della situazione/problem 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 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 e contesto) con suggerimenti, indicazioni, ipotesi di scelte per la rimodulazione dell'offerta educativa sostenuta da prove di efficacia.
8. Bibliografia.

Sono di seguito riportate le indicazioni per la stesura del Report, la cui lunghezza dev'essere di massimo 5 pagine:

- Margini della pagina pagina:
 - laterale destro di 3 cm
 - laterale sinistro di 3 cm
 - superiore di 2.5 cm
 - inferiore di 2 cm
- Formato carattere Times New Roman, dimensione 12.
- Interlinea 1,5
- Allineamento del testo giustificato
- Numeri di pagina in basso, allineati al centro
-

Come frontespizio può essere utilizzata la sottostante tabella:

Report educativo - III Anno - A.A. 2025/26	
Periodo di tirocinio e data	
Student*	
Sede di tirocinio	
Periodo di tirocinio	
Tutor di tirocinio	

Allegato 4.2 - Scheda valutazione Report educativo

Student*: _____

Sede tirocinio _____ data _____

Item	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 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 di Tutor didattic*

Data comunicazione/invio esito _____

Firma tutor didattic* _____