

Indicazioni per l'elaborazione del report di tirocinio 3°anno

a cura del coordinatore e gruppo tutor

Il compito scritto è una strategia formativa proposta allo studente nel corso del 3° 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.

Al 3° anno, nel corso della seconda/terza 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.

I dati raccolti ai fini dell'elaborato sono trattati nel rispetto dei principi e diritti alla privacy e dignità, dell'anonimato e della 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,..)

TIPOLOGIA di report

1. Stabilire le priorità : a partire da un gruppo di 4-5 pazienti selezionati individuare le priorità clinico-assistenziali

Il report prevede:

- breve descrizione della situazione di ogni singolo paziente alla presa in carico (max 1 facciata) mettendo in luce i principali problemi/dati rilevanti;
- definizione per ogni paziente di 2-3 esiti che si ritiene importante sorvegliare/raggiungere nell'arco del turno;
- individuazione delle priorità clinico-assistenziali ed educative da garantire nell'ambito del turno definito, esplicitare i criteri e motivazioni utilizzati per definire tali priorità.

Domande guida

I dati selezionati rispetto ad ogni singolo paziente permettono di rappresentare la situazione e di individuare i problemi rilevanti per la presa in carico?

Gli esiti sono pertinenti rispetto al problema e descritti in modo preciso, sono misurabili?

Le priorità individuate sono coerenti con i problemi e gli esiti attesi, tengono conto delle variabili cliniche, organizzative..

2. Sorveglianza: rispetto ad un paziente affidato descrivere la valutazione di un problema potenziale/rischio e la sorveglianza attuata rispetto al rischio individuato

Il report prevede:

- Presentazione del paziente (max 1 facciata)
- Valutazione del rischio anche con utilizzo di scale specifiche e successivamente stratificazione del rischio (basso, medio, alto ecc..) mettendo in luce i fattori di rischio contestuali
- Descrizione degli interventi preventivi messi in atto esplicitando gli esiti attesi

- Individuazione 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) o una rivalutazione del rischio

Domande guida

Il rischio individuato è pertinente, è stato valutato anche con l'uso di scale specifiche? emerge la stratificazione del rischio e vengono descritti i fattori di rischio specifici?

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, ...)
- dati reali, significativi, pertinenti e precisi, permettono di rappresentare la situazione e di individuare i problemi rilevanti per la presa in carico
- esiti pertinenti rispetto al problema e descritti in modo preciso e misurabili
- priorità individuate coerenti con i problemi e gli esiti attesi, tengono conto delle variabili cliniche, organizzative..
- stratificazione del rischio
- presa di decisione
- considerazione *dell'impatto sul paziente* della situazione e delle sue preferenze
- 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 - 3° anno a.a. 2018/2019- Nome e Cognome studente: _____ Sede di Tirocinio _____