



Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Corso di Laurea in Infermieristica

Progetto di apprendimento in ambito clinico

problema prioritario di:

AREA MEDICA

S.C. Medicina interna 2U
Tutor Clinico: Bianca Chiomento

Aprile 2023

Il percorso di apprendimento in ambito clinico relativo ai problemi prioritari dell'*area medica* intende mettere lo studente nelle condizioni di rapportarsi con i problemi di salute prevalenti nell'utenza ed emblematici dal punto di vista formativo:

- problemi assistenziali connessi con stati di alterazione delle principali funzioni vitali quali: funzione respiratoria, cardio-circolatoria, neuro-motoria, cognitiva, percettiva, di eliminazione, di alimentazione, infettive;
- problemi derivanti dalla copresenza di più stati patologici a carico di organi ed apparati, caratterizzati da decorso sia acuto che cronico;
- problemi derivanti dalle caratteristiche della rete sociale in cui la persona è inserita: riduzione dei rapporti sociali, condizioni di abbandono e solitudine, stati di povertà.

Il percorso di tirocinio si inserisce nella prospettiva clinico-assistenziale dell'utente, nella quale si integrano aspetti operativi e attività di apprendimento vertenti all'approccio basato su problemi.

CONTESTO DI APPRENDIMENTO

Le esperienze di apprendimento in ambito clinico, nello specifico nella S.C. Medicina Interna 2 U, potranno essere programmate secondo le opportunità formative offerte dal servizio suddetto, nel quale è possibile esperire situazioni:

- Di multi-disciplinarietà e di collaborazione tra professionalità diverse,
- Di presa in carico e di intervento dal punto di vista clinico-assistenziale, educativo ed organizzativo,
- Di emergenza/urgenza,
- Di azioni diagnostico-terapeutiche interventistiche.

OBIETTIVI

Gli obiettivi di apprendimento sono organizzati secondo le seguenti funzioni:

- ASSISTENZA
- ORGANIZZAZIONE
 - FORMAZIONE E AUTOFORMAZIONE

Obiettivi di apprendimento relativi alla funzione: **ASSISTENZA**

1. Stabilire una relazione con la persona assistita e con le persone di riferimento adattando la comunicazione tenendo conto delle loro reazioni al problema di salute, al trattamento ai contesti di cura e astenendosi da giudizi di valore.

- a. Accogliere la persona assistita e la sua famiglia nell'unità operativa (UO), favorendone l'orientamento attraverso la trasmissione di informazioni, disposizioni di reparto e dati-motivazioni sul ricovero.
- b. Utilizzare al momento dell'ingresso nell'UO strategie atte a favorire l'orientamento della persona assistita nel nuovo ambiente attraverso:
 - la conoscenza del personale presente e dei ruoli, degli spazi fisici e dell'organizzazione delle attività e del contesto di cura.
 - la possibilità di garantire la presenza continuativa di una persona conosciuta (familiare, care-giver), a seguito della valutazione delle possibili necessità clinico-assistenziali.
- c. Instaurare la relazione di cura utilizzando un atteggiamento di ascolto nei riguardi del paziente e del caregiver e adeguando la comunicazione (secondo età, statu sociale e livello d'istruzione).
- d. Implementare la relazione di cura attraverso l'identificazione del vissuto rispetto alla malattia (rapportandolo agli aspetti anamnestici, clinici ed assistenziali), il riconoscimento delle difficoltà espresse e sottese.
- e. Adeguare le modalità comunicative sulla base delle caratteristiche della persona assistita tenendo conto delle possibili alterazioni patologiche, della sintomatologia in atto (dolore, dispnea, affaticamento, alterazioni della produzione linguistica) e delle limitazioni correlate alla persona (funzioni sensoriali e cognitive).

2. Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita, valutandone il livello di autonomia in rapporto al problema di salute, al percorso diagnostico e terapeutico, alla prognosi, al suo progetto di vita.

- a. Svolgere l'accertamento infermieristico, sulla base del modello di Gordon, nei confronti della persona assistita, al momento dell'accoglienza ed in altri momenti programmati, nelle seguenti modalità:
 - rilevare i parametri vitali: PAO, FC, FR, SpO₂, TC, dolore (attraverso scale NRS, VAS, PAINAD),
 - valutare i sistemi corporei (stato cognitivo-comportamentale, comunicazione verbale e disturbi del linguaggio, funzione uditiva, funzione visiva, funzione respiratoria, alimentazione/idratazione, eliminazione urinaria/fecale, mobilizzazione, stato della cute, sonno e riposo, presidi medicali),
 - valutare il livello di autonomia, definendo le capacità possedute/residue e quelle potenziali, nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (scala di valutazione ADL e IADL di Barthel),

- valutare il rischio di caduta (scala di valutazione multifattoriale, scala di Conley)
 - valutare in modo specifico lo stato tegumentario e il rischio di sviluppo di lesioni da pressione, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione (scala di Braden) e strumenti interni (scheda di medicazione del reparto),
 - valutare la rete sociale della persona assistita e la possibile presenza di fattori delineanti dimissioni difficili (scala di Brass),
 - valutare la presenza/utilizzo di protesi mobili (acustica, dentaria, oculari, degli arti), somministrando il relativo modulo per la conservazione.
- b. Accertare e pianificare, insieme all'equipe di cura:
- l'iter diagnostico-terapeutico,
 - la presenza/predisposizioni del care giver a partecipare al processo di cura.

3. Definire gli obiettivi assistenziali e stabilire il relativo programma di interventi infermieristici

Definire il programma delle attività sulla base delle funzionalità, condizioni, degli organi-apparati e delle patologie più frequenti:

- a. Respiratorio:
- Insufficienza respiratoria (di tipo 1 e 2),
 - BPCO,
 - polmonite,
 - versamento pleurico.
- b. Cardio-circolatorio:
- Scompenso cardiaco
 - Fibrillazione atriale
 - Sindrome coronarica acuta
 - Trombosi venosa profonda, tromboembolia polmonare
- c. Metabolico:
- Diabete mellito (tipo 1 e 2)
- d. Gastroenterologico e alimentazione:
- Sanguinamento del tratto gastroenterico (melena, rettorragia, ematemesi)
 - Morbo di Chron, Rettocolite ulcerosa
 - Disfagia
 - Occlusione intestinale
- e. Epatico:
- Epatite (virale, esotossica)
 - Cirrosi epatica
- f. Urinario-renale:

- Infezione delle vie urinarie
- Pielonefrite
- Insufficienza renale (acuta e cronica)

g. Neuro-cognitivo:

- Ictus e attacco ischemico transitorio
- Demenza
- Delirium e disorientamento

h. Tegumentario:

- Lesioni da pressione
- Infezione dei tessuti molli
- Lesioni vascolari

4. Realizzare gli interventi assistenziali adattandoli alla persona assistita e rispettando la sicurezza, gli standard di qualità, i principi etico deontologici

a. Intervenire, nei termini di valutazione e azione, rispetto ai principali quadri sintomatologici/condizioni e in particolare nei casi di:

- **ALTERAZIONI NOCICETTIVE:**
 - Valutazione del dolore rispetto le tipologie e attraverso scale di valutazione,
 - Valutazione dell'impatto del dolore sulle attività/movimento-mobilizzazione,
 - Valutazione anamnestica del dolore (acronimo OPQRST),
 - Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare il dolore in base alla terapia prescritta e/o al bisogno, e alla posizione antalgica.
- **ALTERAZIONI RESPIRATORIE:**
 - Valutazione della funzionalità respiratoria (aspetti parametrici: FR, SPO2) ed esami diagnostici (EGA)
 - Valutazione della funzionalità respiratoria in base a device per l'ossigenoterapia (cannule nasali, maschera di Venturi, maschera di Reservoir, HFCN)
 - Valutazione della presenza di segni di alterazione correlati alla funzionalità (tosse, espettorato, colorito cutaneo e cianosi),
 - Valutazione della difficoltà respiratoria (dispnea, ortopnea, tempo-parola, espansione toracica),
 - Valutazione dei respiri patologici (Biot, Cheyne-Stokes, Kussmaul),
 - Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare la sintomatologia respiratoria in base all'ossigenoterapia prescritta (adeguatezza dei device rispetto le richieste di O2), e/o al bisogno, alla posizione fisica e alla programmazione delle attività di assistenza.
- **ALTERAZIONI CARDIOCIRCOLATORIE:**
 - Valutazione della funzionalità cardio-circolatoria (aspetti parametrici e diagnostici: FC, PAO, TRC, ECG, esami ematochimici...)
 - Valutazione della presenza di segni di alterazione correlati alla funzionalità (stato e colorazione cutanea, sudorazione, edemi declivi, segni e/o sintomi di TVP/alterazioni del flusso ematico degli arti)

- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare la sintomatologia-problematica cardiocircolatoria in base alle indicazioni diagnostico-terapeutiche decise in equipe.

- **ALTERAZIONI METABOLICHE:**

- Valutazione degli elettroliti (aspetti parametrici e diagnostici: FC, PAO, ECG, sintomatologia correlata esami ematochimici...)

- Valutazione dell'ipo/iperglicemia (aspetti parametrici e diagnostici: HGT, sintomatologia correlata, esami ematochimici...)

- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare la sintomatologia-problematica metabolica in base alle indicazioni diagnostico-terapeutiche decise in equipe.

- **ALTERAZIONI GASTROENTEROLOGICHE**

- Valutazione di un eventuale sanguinamento GEL (aspetti parametrici e diagnostici: FC, PAO, morfologia delle feci, sintomatologia correlata, esami ematochimici e fecali (Hbfeci)).

- Valutazione interdisciplinare dell'efficacia della deglutizione/disfagia (test del bicchiere, prove di deglutizione, videofluoroscopia...)

- Se presenti patologie infiammatorie croniche intestinali come RCU o Morbo di Crohn (aspetti parametrici e diagnostici: caratteristiche delle feci, corretta canalizzazione, esami ematochimici, sintomi correlati)

- Se presente un quadro di occlusione/semi occlusione intestinale (aspetti parametrici e diagnostici: sintomatologia correlata come addominalgia, tensione addominale, vomito, TAC addome)

- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare la sintomatologia-problematica gastroenterica in base alle indicazioni diagnostico-terapeutiche decise in equipe.

- **ALTERAZIONI URINARIO-RENALI**

- Valutazione della funzionalità renale (focus su IRA/IRC). Aspetti parametrici: PAO, monitoraggio della diuresi, VFG, clearance della creatinina, presenza di ostruzione, globo vescicale ed esami ematochimici e su urine (creatininemia, proteinuria...)

- Se presente un quadro di infezione delle vie urinarie/pielonefrite (aspetti parametrici e diagnostici: morfologia delle urine, esame urine base e stick su urine, urocoltura, sintomatologia correlata, esami ematochimici...)

- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare la sintomatologia urinario-renale in base alle indicazioni diagnostico-terapeutiche decise in equipe.

- **ALTERAZIONI NEURO-COGNITIVE**

- Valutazione dello stato cognitivo (rispetto all'asse temporale, spaziale e personale, di contenuto del pensiero), e dei possibili fattori influenti (di natura clinica e ambientale),

- Valutazione dello stato di coscienza attraverso scale (GCS, AVPU/ACVPU)

- Valutazione dello stato di confusione, sopore, stuporoso e di coma

- Valutazione dei fattori di rischio e/o precipitanti che portano allo sviluppo di stato confusionale acuto/delirium
- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/gestire le cause e i sintomi di stato confusionale/delirium in base alle indicazioni diagnostico-terapeutiche decise in equipe.

- **ALTERAZIONI TEGUMENTARIE**

- Valutazione del rischio di sviluppo di lesione da pressione (attraverso scale di valutazione Braden e Norton), valutazione dei fattori estrinseci ed intrinseci e delle forze in causa (sfregamento, frizione e stiramento) e in relazione alla postura e presenza di device,
- Valutazione dello stato cutaneo e/o delle lesioni cutanee (lesioni da pressione) con focus su: localizzazione, dimensione, profondità, margini, colorito, essudato, tipo di tessuto (della lesione e del letto di questa), cute perilesionale,
- Stadiazione delle lesioni da pressione (secondo NPUAP e EPUAP),
- Valutazione sulla necessità dell'impiego di device per la prevenzione/gestione delle lesioni da pressione (device minori e letti),
- Pianificazione dell'intervento atto a ridurre/trattare le lesioni da pressione in base alla stadiazione e alle medicazioni

b. Svolgere le attività assistenziali rispettando le regole di sicurezza per sé e per la persona assistita, valutando scenario e sicurezza ambientale e rispettando la privacy ed il comfort della persona assistita.

5. Valutare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, documentare l'assistenza e rielaborare il programma di interventi

- a. Valutare i risultati degli interventi infermieristici
- b. Valutare il raggiungimento degli obiettivi concordati e/o eventualmente rielaborare il programma in base ai dati successivi alla rivalutazione se si discostano dall'atteso.
- c. Valutare la completezza della cartella infermieristica riguardo la documentazione necessariamente presente (frontespizio e accertamento, piano assistenziale, diaria, scheda unica di terapia, scheda parametri PRIMA, scheda parametri TC-HGT, schema CVC, schema medicazioni, scheda valutazione cadute, foglio porta-protesi, scheda dimissione/trasferimento).
- d. Valutazione della completezza e compilazione delle informazioni e dati sulla persona assistita.
- e. Scrivere la consegna infermieristica, secondo temporalità degli eventi/azioni, pertinenza e veridicità, riportando: le attività svolte e le osservazioni, specificando gli aspetti spaziali (dove) e temporali (quando) e la completezza delle informazioni.
- f. Trasmettere la consegna scritta oralmente in modo sintetico e pertinente, utilizzando qualora modelli come lo SBAR (situazione, background, valutazione, raccomandazione) o PACE (paziente/problema, accertamento/azione, continuità, valutazione)

6. Programmare e attuare le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche

- a. Coinvolgere il paziente, e nel caso il care-giver se necessario, nelle informazioni relative ai percorsi diagnostico-terapeutici della persona assistita, ponendo attenzione all'adeguamento della comunicazione e dell'effettiva comprensione delle informazioni.
- b. Valutare e adeguare lo spazio/ambiente per la trasmissione delle informazioni e/o delle comunicazioni, in riferimento alle possibili interferenze dell'ambiente sulla relazione di cura.
- c. Preparare e organizzare l'accompagnamento della persona assistita in altri servizi (esami diagnostici, blocco operatorio, emodinamica, servizio posizionamento accessi venosi), valutando la modalità di trasporto (barella/carrozzina, da parte di quale operatore) in relazione allo status clinico-assistenziale.
- d. Programmare l'esecuzione degli esami prescritti prendendo accordi con gli altri servizi/rispettando le procedure aziendali.
- e. Programmare e gestire gli esami diagnostici-terapeutici in base alla tipologia di approfondimento.
- Gastroscofia
 - Colonscofia/Videocapsula
 - Radiografia
 - TC / TC con mezzo di contrasto
 - Ecografia
 - Coronarografia/angioplastica
- f. Gestire i programmi terapeutici prescritti, relativamente alle principali terapie:
- alimentazione enterale e parenterale
 - antibiotici
 - antidiabetici
 - antidolorifici (FANS, oppiacei, ecc.)
 - antiipertensivi e antiaritmici
 - antiparkinsoniani
 - diuretici
 - lassativi
 - sedativi, ansilittici, ipnoinducenti e antidepressivi
 - broncodilatatori...
- g. Effettuare le medicazioni dei cateteri venosi centrali e delle lesioni cutanee (da pressione, vascolari o di altra eziologia), valutando:
- le caratteristiche della lesione e della cute perilesionale
 - le caratteristiche del sito di inserzione e dell'area circostante
 - il prodotto per la medicazione più idoneo (semplice, avanzato e a pressione negativa) rispetto all'obiettivo del trattamento locale
- h. Utilizzare le apparecchiature e i dispositivi in uso per la somministrazione di terapie farmacologiche e nutrizionali:
- pompe infusionali

- pompe elastomeriche
- accessi venosi centrali tunnellizzati e non
- accessi periferici
- SNG
- PEG

i. Programmare il trasferimento/accettazione di un paziente trasferito presso/da UO, raccogliendo le informazioni utili alla predisposizione dell'unità-letto (isolamento, necessità di apparecchiature elettromedicali, ossigenoterapia e apparecchiature per l'aspirazione/pressione negativa).

- j. Preparare il paziente rispetto gli esami diagnostici, in considerazione della tipologia di approfondimento, tenendo conto degli aspetti alimentari (preparazione alimentare, digiuno), di eliminazione (preparazione intestinale, distensione vescicale), farmacologica (desensibilizzazione antiallergica e nefroprotettiva, eventuale sospensione di anticoagulanti/antiaggreganti), cutanea (tricotomia) e sulla necessità di device per l'infusione (somministrazione del mezzo di contrasto).
- k. Valutare le condizioni cliniche post approfondimenti diagnostici-terapeutici (stato di coscienza, rilevazione parametrica, dolore) e/o indicazioni post-procedurali (digiuno, medicazioni, farmacoterapia, gestione dei device).

7. Monitorare gli effetti dei trattamenti effettuati rilevando i segni e i sintomi di eventuali effetti collaterali, situazioni critiche o complicanze e adottando i necessari provvedimenti

- a. Rilevare e segnalare segni e sintomi indicatori di malessere della persona assistita connessi agli esami strumentali (approfondimento attraverso seminari specifici riguardanti il pre/post di alcuni esami strumentali maggiormente previsti in reparto)
- b. Rilevare e segnalare segni e sintomi indicatori di malessere della persona assistita connessi alla terapia farmacologica (approfondimento attraverso seminari specifici riguardanti la terapia farmacologica, reazioni avverse e/o anafilassi ed errori correlati alla terapia e alla sua somministrazione).
- c. Rilevare e segnalare segni e sintomi indicatori di malessere della persona assistita connessi alle terapie trasfusionali (emoderivati: emazie, piastrine, plasma). Quanto suddetto, correlandolo, rispetto gli interventi da attuare, alle procedure interne (Processo trasfusionale, rischio di anafilassi e protocollo emergenza-PREMI).
- d. Rilevare e segnalare segni e sintomi indicatori di malessere della persona assistita connessi alla propria condizione di salute e relativa patologia.

Obiettivi di apprendimento relativi alla funzione:
ORGANIZZAZIONE

8. Organizzare le attività assistenziali in base alle esigenze delle persone assistite, al contesto organizzativo specifico e all'utilizzo ottimale delle risorse disponibili

- a. Delineare, definire e programmare gli interventi in relazione ai problemi assistenziali e di cura, al fine di organizzare l'attività professionale in base alle proprie competenze.
- b. Delineare, definire e programmare gli interventi in relazione ai problemi assistenziali e di cura, al fine di organizzare l'attività professionale correlatamente alle priorità cliniche (per specifico degente) e ai tempi dell'organizzazione/percorso diagnostico-terapeutico.
- c. Organizzare gli interventi mirati sul paziente in base alle priorità assistenziali prendendo in considerazione tutti gli aspetti che concernono l'assistenza, dall'urgenza fino all'educazione terapeutica.
- d. Conoscere i protocolli utilizzati all'interno dell'UO
- e. Conoscere l'impianto turnistico di base e l'organizzazione delle attività sui tre turni. Conseguenzialmente, svolgere le attività considerando le tempistiche del contesto organizzativo e delle schedule da seguire durante i vari turni:
 - Turno del mattino (esecuzione degli esami ematochimici e prelievo campioni per il laboratorio, somministrazione della terapia, svolgimento medicazioni di varia tipologia, stesura delle consegne infermieristiche, momento di briefing con equipe medica, rilevazioni parametriche, accettazione nuovi ricoveri/dimissioni)
 - Turno del pomeriggio (somministrazione della terapia, rilevazioni parametriche, accettazione nuovi ricoveri/dimissioni)
 - Turno della notte (somministrazione della terapia, assistenza diretta e indiretta, sorveglianza)
- f. Gestire in maniera efficace le attività non-ordinarie (consulenze, esami estemporanei in reparto), impreviste o critiche (emergenze), adattando l'organizzazione al fine di svolgere le attività programmate e insorte.

9. Attribuire al personale di supporto, sulla base della valutazione della complessità assistenziale delle persone assistite, le attività conformi al loro profilo

- a. Conoscere e riconoscere all'interno dell'UO le differenti figure professionali presenti, avendo contezza delle competenze e campi d'azione secondo profilo professionale.
- b. Conoscere il profilo professionale dell'infermiere, correlando questo agli aspetti collaborativi multi-professionali.
- c. Conoscere il profilo professionale dell'operatore socio-sanitario, sapendo valutare quali attività attribuire, in considerazione della complessità clinico-assistenziale e pertinenza.

10. Interagire attivamente con i diversi membri dell'equipe apportando il proprio contributo

- a. Interagire in modo costruttivo con i componenti dell'equipe infermieristica (altri studenti, infermieri e coordinatore infermieristico), al fine di discutere, pianificare e attuare i piani assistenziali.
- b. Interagire in modo costruttivo con i componenti dell'equipe di reparto (altri studenti di differenti Corsi di Laurea, specializzandi e dirigenti medici, personale socio-sanitario), al fine di discutere, pianificare e attuare i piani clinico-assistenziali, integrando la relazione con le competenze specifiche del proprio ruolo.
- c. Partecipare attivamente alle discussioni medico-infermieristiche (briefing e debriefing) rispetto singoli casi clinici, per la predisposizione della attività clinico-assistenziali giornaliere, predisponendo obiettivi e strategie comuni.
- d. Saper lavorare in equipe, costruire un clima cooperativo e instaurare una comunicazione efficace per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Obiettivi di apprendimento relativi alla funzione: **FORMAZIONE E AUTOFORMAZIONE**

11. Autovalutare il proprio livello di competenza professionale e segnalare i propri bisogni formativi

- a. Autovalutare le proprie conoscenze-competenze, ricercando duplicemente il confronto con il tutor e/o gli infermieri affiancatori, con il background teorico e la letteratura scientifica.
- b. Identificare i propri punti di forza e di debolezza in relazione alle conoscenze-competenze pregresse, al livello di competenza raggiunto e ai risultati attesi.
- c. Riflettere sul proprio agire/operato, identificando spazi di miglioramento (nei termini di obiettivi da raggiungere e/o azioni migliorative della propria performance).
- d. Stendere un “diario di bordo” rispetto l’esperienza di tirocinio, al fine di monitorare le acquisizioni e i progressi dal punto di vista dell’apprendimento, utilizzandolo come elemento di discussione critica.

12. Realizzare attività di autoformazione utilizzando le risorse disponibili e documentando il percorso di apprendimento svolto

- a. Partecipare attivamente ad attività seminariali di approfondimento organizzati dalla UO, apportando il proprio contributo sulla base delle conoscenze-competenze apprese precedentemente e svolgendo esercitazioni specifiche.
 - Proposte seminariali (variabili in base ai periodi di tirocinio): *pianificazione assistenziale e ragionamento clinico, assistenza infermieristica al paziente sottoposto ad esami diagnostico-strumentali, approfondimento di ecografia infermieristica, assistenza infermieristica al paziente con ulcere da pressione, l’infermiere e la farmacoterapia, introduzione all’emergenza.*
 - Approfondimenti teorici (in collaborazione con il personale medico) rispetto esami (elettrocardiogramma ed emogasanalisi arterioso) e patologie.
- b. Identificare e svolgere in autonomia e/o in collaborazione con il tutor clinico/infermieri affiancatori attività (di natura teorica, tecnica e di ragionamento clinico-assistenziale), organizzate su esercitazioni basate sull’impiego delle tecnologie e non, nell’ottica del miglioramento delle proprie performance professionali.
- c. Documentare il percorso di apprendimento svolto attraverso l’elaborazione di specifici report, ripercorrendo tutte le fasi del processo di nursing e comparando dati provenienti da fonti differenti (documentazione medica e documentazione infermieristica, documentazione di altri reparti).
- d. Confrontare in modo critico il proprio agire professionale con gli standard esistenti in letteratura, ragionando sulla coerenza logica rispetto la produzione della conoscenza.

13. Realizzare attività di guida di tirocinio di altri studenti

- a. Orientare lo studente in tirocinio all'interno del contesto di cura rispetto alle caratteristiche delle persone assistite, al personale, all'organizzazione del servizio.
- b. Programmare con il tutor clinico e l'infermiere guida le attività degli studenti a lui affidati sulla base dei loro bisogni formativi e dell'offerta formativa del servizio.
- c. Instaurare una relazione formativa con gli studenti a lui affiancati in collaborazione del tutor clinico e/o dell'infermiere affiancatore, al fine di predisporre il percorso di apprendimento dall'esperienza.
- d. Imparare a fornire un feedback adeguato rispetto la performance di colui che viene affiancato.