



CdS Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

L/SNT2-Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Coordinatrice Prof.ssa Carmela Mento

FASCICOLO DI TIROCINIO Studenti TeRP

Razionale

Nel fascicolo di Tirocinio dello studente sono riportate tutte le indicazioni relative allo svolgimento dell'esperienza di tirocinio professionale e il relativo progetto formativo. Le variazioni che possono intervenire rispetto al progetto iniziale (ad esempio il cambio di un tutor, motivate sospensioni o interruzioni anticipate) devono essere tempestivamente comunicate al referente e Coordinatore.

Il fascicolo del tirocinante comprende le seguenti **sezioni**:

1. **informazioni** relative al tirocinante, alla sede di tirocinio, al tutor clinico (della sede di tirocinio) e didattico (coordinatore di tirocinio); dettagli di orario e periodo di frequenza.
2. **obiettivi formativi** del tirocinio, suddivisi a seconda dell'annualità in corso, con riferimento alle attività finalizzate all'acquisizione degli apprendimenti (Progetto Formativo Individuale);
3. **risultati attesi** alla fine del tirocinio espressi tramite i Descrittori europei del titolo di studio;
4. **valutazione delle competenze in ingresso**: il tutor clinico deve effettuare una valutazione sul livello iniziale delle competenze possedute dal tirocinante;
5. **valutazione finale del tirocinio**, sulla base della valutazione intermedia e di quanto dichiarato nel dossier delle evidenze. Tale valutazione contiene gli elementi utili per la predisposizione dell'attestazione finale di tirocinio.

Il fascicolo, obbligatoriamente corredato di tutti gli allegati, prodotti sia nella fase iniziale che conclusiva del tirocinio, deve essere depositato presso la segreteria didattica del CdS.

Allegato A Progetto formativo

All.egato B Dichiarazione finale

Allegato C Attestato di frequenza

Allegato D Relazione finale del Tutor

Registro presenze giornaliera

Questionari di valutazione conclusiva a cura dello Studente e del Tutor Ente ospitante.

ALLEGATO A

PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO PROFESSIONALE

Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi di Messina

(Rif. Convenzione stipulata in data _____)

Nominativo del tirocinante: _____ N. Matricola _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

Tel. _____ Cod. fiscale _____

barrare la casella se trattasi di soggetto portatore di disabilità

Azienda ospitante: _____

Sede del tirocinio: _____ CFU _____

Anno Accademico _____ Anno di corso _____ Periodo di tirocinio n. ore _____

Dal/al _____ - _____ dalle ore alle ore _____ - _____

Tutor Didattico: Coordinatore _____

Tutor Clinico: _____

Tel. _____ email: _____

ATTIVITA' SVOLTE (indicare e descrivere le principali attività svolte all'interno del servizio assegnato: tipologia di utenza, principali strumenti utilizzati, principali interventi praticati...)

OBIETTIVI GENERALI (segnare l'anno di tirocinio a cui viene fatto riferimento)

- **I ANNO: Osservazione:** lo studente si limita ad un'osservazione attenta delle attività svolte dagli operatori presenti in struttura perseguendo i seguenti obiettivi:

Conoscenza dei servizi, delle modalità organizzative e dell'importanza del lavoro di rete territoriale
Conoscenza del codice deontologico del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (ruolo e funzioni del TeRP all'interno dell'equipe multidisciplinare)
Riconoscimento dei principali disturbi psichiatrici
Osservazione delle modalità di conduzione degli incontri individuali e di gruppo

- **II ANNO: Attività guidata con spiegazioni e informazioni adeguate:** lo studente è partecipe delle attività agite in prima persona assieme al Tutor perseguendo i seguenti obiettivi:

Identificazione e descrizione delle principali caratteristiche diagnostiche dei pazienti
Acquisizione delle capacità di valutare le richieste e i bisogni dell'utenza nei vari contesti
Conoscenza dei protocolli EBM e dei quadri teorici di riferimento in riabilitazione psichiatrica

- **III ANNO: Attività autonoma con supervisione:** lo studente è chiamato a mettere in pratica tecniche e conoscenze apprese perseguendo i seguenti obiettivi:

Identificazione delle aree prioritarie di intervento
Pianificazione di interventi riabilitativi (Valutazione e Trattamento)
Valutazione del funzionamento sociale dei pazienti
Gestione dei propri vissuti emotivi in relazione alla malattia mentale

RISULTATI ATTESI espressi tramite i Descrittori europei del titolo di studio

Conoscenza e capacità di comprensione (Knowledge and Understanding)

Conoscenza dell'organizzazione dei servizi psichiatrici anche in riferimento a finalità istituzionali, campo di intervento, ruoli e competenze delle figure professionali presenti, collegamenti e interazioni con altri servizi pubblici e privati;
comprensione dell'importanza del lavoro di rete territoriale, del lavoro d'equipe multidisciplinare e della relazione terapeutica come principale strumento di riabilitazione;
conoscenza dei principali quadri clinici dei disturbi mentali;
conoscenza degli strumenti di valutazione del funzionamento psicosociale;
conoscenza dei principali interventi EB nel campo della riabilitazione psichiatrica.

Capacità di applicare conoscenza e comprensione (applying knowledge and understanding)

Acquisire le competenze necessarie ad affrontare con professionalità le diverse situazioni lavorative nel contesto della Riabilitazione Psichiatrica;

riconoscere il disagio psichico e il disturbo mentale, dall'inquadramento diagnostico alla valutazione clinica, fino all'individuazione delle possibilità terapeutiche e riabilitative idonee al trattamento dei vari disturbi psichiatrici;

acquisire la capacità di programmare interventi di tipo preventivo nell'ambito dei disturbi psichiatrici e di formulare progetti di trattamento e riabilitativi nell'ambito di équipe multidisciplinari.

Autonomia di giudizio (Making judgements)

Acquisire un'adeguata autonomia di giudizio in relazione:

alla diagnosi psichiatrica,

alle valutazioni psicodiagnostiche e neuropsicologiche atte ad individuare, oltre alle aree problematiche o clinicamente compromesse su cui deve insistere l'intervento preventivo, abilitativo e/o riabilitativo, i punti di forza e le parti sane del soggetto in trattamento,

alla scelta dei trattamenti riabilitativi e alla valutazione degli esiti dei trattamenti progettati,

alla valutazione di fattori di rischio, specialmente in ambito familiare e sociale,

alla valutazione del grado di compliance ai trattamenti,

alla capacità di agire con responsabilità e rispondere del proprio operato in conformità al profilo professionale e nel rispetto degli standard deontologici, etici e legali.

Abilità comunicative (Communication skills)

Sviluppare abilità comunicative nei rapporti interpersonali;

stabilire e mantenere relazioni efficaci con il paziente, la famiglia e i caregiver;

stabilire e mantenere relazioni efficaci con gli altri componenti dell'équipe;

acquisire efficacia comunicativa e consapevolezza dei processi comunicativi attraverso lo studio e l'approfondimento della comunicazione verbale e non verbale.

Capacità di apprendimento (learning skills)

Pianificare, organizzare e sviluppare le proprie azioni rispondendo ai continui cambiamenti delle conoscenze e dei bisogni sanitari e sociali di salute;

condividere le conoscenze all'interno dell'équipe di lavoro;

imparare a tollerare le incertezze;

sviluppare la capacità di mettersi in discussione ricercando opportunità di apprendimento;

maturare la consapevolezza della necessità di formazione professionale continua.

Data _____

Firma Tutor Clinico _____

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE FINALE DELLE ATTIVITA' DEL TIROCINIO CdS TeRP

Il/la sottoscritto/a _____

N. matricola _____

Luogo e data di nascita _____

Residente (via/città/cap) _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

dichiara di aver svolto la seguente attività di tirocinio CdS TeRP

Sede di tirocinio _____

anno di corso _____ anno accademico _____

dal _____ al _____ n. ore svolte _____

A tal fine si allega:

- Attestato di frequenza (Allegato C)
- Relazione finale del tutor dell'ente su carta intestata (allegato D)
- Registro Presenze
- Fotocopia del documento di identità del dichiarante

Messina, il _____

Firma del Dichiarante _____

ALLEGATO C

ATTESTATO DI FREQUENZA DI TIROCINIO PROFESSIONALE

Tutor Clinico (nome e cognome) _____

dichiara che il/la studente/studentessa _____

nato/a a _____ il _____

frequentante il Corso di Laurea _____

anno di tirocinio _____ anno accademico _____

ha svolto regolarmente il tirocinio professionalizzante

della durata complessiva di ore _____

presso _____

(indicare nome completo dell'ente/struttura ospitante)

Luogo e data,

Timbro della struttura ospitante e firma del tutor

ALLEGATO D

RELAZIONE FINALE DI TIROCINIO PROFESSIONALE

Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi di Messina

(Rif. Convenzione stipulata in data _____)

Nominativo del tirocinante: _____ N. Matricola _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

Tel. _____ Cod. fiscale _____

barrare la casella se trattasi di soggetto portatore di disabilità

Azienda ospitante: _____

Sede del tirocinio: _____

Anno Accademico _____ Anno di corso _____ Periodo di tirocinio n. ore _____

Dal/al _____ - _____ dalle ore alle ore _____ - _____

Tutor Didattico: Coordinatore _____

Tutor Clinico: _____

Tel. _____ email: _____

Valutazione delle competenze in ingresso

Grado di raggiungimento degli obiettivi (fare riferimento agli obiettivi generali del progetto formativo)

insufficiente sufficiente buono ottimo

Motivare se ci sono obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti.

Valutazione finale del tirocinio (fare riferimento ai risultati attesi)

VALUTAZIONE _____/30

Data _____

Firma Tutor Clinico _____

QUESTIONARIO FINALE DI GRADIMENTO

(A CURA DELLO STUDENTE)

Il presente Questionario è un indice di gradimento dell'esperienza di tirocinio svolta. Tale valutazione è importante ai fini della rilevazione di eventuali criticità del percorso formativo di tirocinio attraverso il punto di vista dello Studente. Le chiediamo, dunque, di esprimere un giudizio sull'attività di tirocinio che ha appena concluso.

Le conoscenze preliminari sono state sufficienti per lo svolgimento del tirocinio?

SI NO

Gli obiettivi delle attività sono stati definiti in modo chiaro?

SI NO

L'organizzazione complessiva del tirocinio (sede, orario, spazi) è risultata adeguata?

SI NO

Il tutor clinico (di sede) è stato disponibile per chiarimenti e spiegazioni sulle attività svolte?

SI NO

L'attività di supervisione con il tutor didattico (Coordinatore di tirocinio) si è svolta in modo regolare?

SI NO

Ha assistito o svolto attività pratiche utili alla sua formazione?

SI NO

Sono stati forniti materiali di approfondimento e di studio utili alle implementazioni della formazione professionale?

SI NO

Valuta complessivamente positiva l'esperienza del tirocinio?

SI NO

Spazio per eventuali suggerimenti utili ai fini del miglioramento dell'esperienza di tirocinio

Firma Studente _____

**QUESTIONARIO FINALE DI GRADIMENTO
(A CURA DEL TUTOR)**

Il presente Questionario è un indice di gradimento dell'esperienza di tirocinio svolta. Tale valutazione è importante ai fini della rilevazione di eventuali criticità del percorso formativo di tirocinio attraverso il parere personale e professionale del Tutor. Le chiediamo, dunque, di esprimere un giudizio sull'attività di tutoraggio che ha appena concluso.

Le conoscenze preliminari dello Studente sono state sufficienti per lo svolgimento del tirocinio?

SI NO

Gli obiettivi delle attività sono stati definiti in modo chiaro?

SI NO

L'organizzazione complessiva del tirocinio (sede, orario, spazi) è risultata adeguata?

SI NO

L'attività di supervisione con il Tutor Didattico (Coordinatore di tirocinio) si è svolta in modo regolare?

SI NO

A suo parere, ci sono aree didattiche da approfondire nel percorso dello Studente?

SI NO

Sono stati forniti materiali di approfondimento e di studio utili alle implementazioni della formazione professionale?

SI NO

Valuta complessivamente positiva l'esperienza del tirocinio?

SI NO

Spazio per eventuali suggerimenti utili ai fini del miglioramento dell'esperienza di tirocinio

Firma Tutor Clinico _____



Università
degli Studi di
Messina

CdS Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

Coordinatrice Prof.ssa Carmela Mento

REGISTRO PRESENZE

Tirocinio formativo ANNO _____/_____

DAL _____ AL _____

STUDENTE _____

MATRICOLA _____ ANNO DI TIROCINIO _____

ENTE _____

IL PRESENTE REGISTRO CONSTA DI N. _____ PAGINE NUMERATE E FIRMATE

