



**Dipartimento di Medicina Traslazionale**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**

**IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

**Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano**

**TESI DI LAUREA**

**Il potenziamento delle competenze nel debriefing clinico:  
impatto di un corso formativo per operatori sanitari. Studio  
osservazionale pre-post.**

**Relatore:**

Doriana Montani

**Candidato:** Mastroeni Andrea Antonio Luigi

**INDICE**

1. <b>ABSTRACT</b> .....	3
2. <b>BACKGROUND</b> .....	4
3. <b>OBIETTIVO</b> .....	10
3.1. Obiettivi specifici .....	10
4. <b>MATERIALI E METODI</b> .....	11
4.1. Descrizione strumento raccolta dati .....	12
4.1.1. Scheda D.A.S.H. ....	12
4.1.2. Metodo G.A.S. ....	12
4.2. Macro descrizione del corso .....	13
4.3. Cronoprogramma .....	15
4.4. Obiettivi casi clinici .....	16
5. <b>CONSIDERAZIONI ETICHE</b> .....	17
6. <b>ANALISI STATISTICA</b> .....	17
6.1. Presentazione risultati tramite scala D.A.S.H. ....	19
6.2. Presentazione risultati questionario di gradibilità .....	23
6.3. Interpretazione dei dati .....	27
6.3.1. Concordanza tra valutatori .....	27
6.3.2. Autovalutazione dei partecipanti .....	28
6.3.3. Valutazioni esterne .....	29
6.3.4. Questionario gradibilità .....	29
7. <b>LIMITI</b> .....	32
8. <b>CONCLUSIONI</b> .....	33
9. <b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	36
10. <b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	37
11. <b>ALLEGATI</b> .....	41

## 1. ABSTRACT

**Introduzione:** In ambito sanitario, dove la criticità degli errori richiede un costante miglioramento delle cure e della sicurezza, il debriefing rappresenta uno strumento essenziale per analizzare e apprendere dagli eventi, promuovendo riflessione e crescita sia individuale che organizzativa.

Questa tesi si propone di valutare l'impatto di un corso di formazione mirato al potenziamento delle competenze sul debriefing clinico tra operatori sanitari.

**Materiali e metodi:** Lo studio è di tipo osservazionale pre-post con gruppo unico. La popolazione include 8 studenti del secondo anno della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università del Piemonte Orientale. La raccolta dati è avvenuta attraverso la scala di valutazione sul debriefing DASH e un questionario di gradimento. Il corso si è svolto in tre giornate (due giornate consecutive e una a 60 giorni di distanza).

**Interpretazione dei risultati:** I risultati indicano un generale miglioramento delle competenze, come evidenziato dall'aumento dei punteggi nelle autovalutazioni da T0 a T2. Le valutazioni esterne mostrano un trend simile, supportato anche dall'alto grado di soddisfazione dei partecipanti. Tuttavia, si osservano differenze nella concordanza dei punteggi tra i valutatori, suggerendo la necessità di affinare i criteri valutativi.

**Conclusioni:** Il corso ha contribuito a sviluppare competenze avanzate, migliorando l'efficacia del debriefing e la sicurezza clinica. La ripetizione del corso e l'integrazione di dati qualitativi potrebbero arricchire le future ricerche.

**PAROLE CHIAVE:** Debriefing, clinical debriefing, non technical skill, human factor, simulation

## 2. BACKGROUND

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2011 si è impegnata nello sviluppo di un piano di formazione sulla Sicurezza del Paziente con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, a costruire il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente (19). Nel Manuale viene affermato che dovrebbero essere enfatizzate il più possibile le opportunità di apprendimento attivo ed esperienziale nelle quali i discenti si impegnano in prima persona nel processo di apprendimento (19,20). Circa la metà degli errori di cura è prevenibile (21,22,23); questi ultimi possono derivare da fattori individuali o a livello di sistema (24).

L'interesse globale per questo argomento sta guidando lo sviluppo di politiche sanitarie e di sistemi educativi per migliorare la pratica clinica e trasformare la formazione degli operatori sanitari (25). Per questo motivo, la sicurezza del paziente nella formazione infermieristica è di importanza fondamentale in tutti gli ambienti professionali, i contesti e i sistemi di assistenza (26).

In Italia il Ministero della Salute, ha istituito un Tavolo di lavoro tecnico dedicato alla promozione della simulazione in ambito sanitario attraverso ricerca e formazione, volto al miglioramento delle attività operative e tecniche nonché delle capacità comunicative degli operatori sanitari (Decreto ministeriale 7 aprile 2022) (27).

Un tassello fondamentale nella formazione in simulazione sono le abilità non tecniche (Non Technical Skills o NTS), esse rappresentano un insieme di competenze professionali che non nascono in ambito sanitario, bensì in ambito aeronautico. Nel settore dell'aviazione, infatti, l'individuazione delle NTS più adatte a proteggere specialisti ed organizzazioni degli errori è stata inizialmente promossa attraverso la programmazione di percorsi per il "Crew Resource Management (CRM)". Essi hanno costituito, e costituiscono tutt'ora, una delle più efficaci declinazioni della formazione trasversale sui gruppi di lavoro, basate sulla definizione di modelli mentali e comportamentali condivisi.(1)

In contesti complessi e ad alta intensità come quello sanitario, dove l'errore può avere conseguenze gravi, la capacità di riflettere criticamente su eventi, prestazioni è fondamentale per il miglioramento continuo della qualità delle cure e la sicurezza dei

pazienti. Il debriefing si inserisce in questo quadro come strumento strutturato per analizzare, valutare e trarre insegnamenti da esperienze concrete, favorendo l'apprendimento individuale e organizzativo.

Il debriefing è il processo analitico che serve a riflettere sulle azioni svolte durante lo scenario simulato, oppure in situazioni reali. Esso è fondato sulla teoria dell'apprendimento esperienziale di Kolb secondo la quale l'apprendimento tra adulti si basa sulla riflessione consapevole dell'esperienza e non sull'esperienza di per sé.(3)

Nasce durante la II Guerra Mondiale, più precisamente all'inizio degli anni '40. La pratica del debriefing si è diffusa in diversi ambiti: nelle industrie, nell'aviazione e più recentemente nel campo della sanità. Lo scopo dei debriefing nel team è quello di discutere della situazione clinica appena vissuta ed incoraggiare la riflessione. Esso è un potente strumento educativo che può apportare cambiamenti nel comportamento del team e anche influenzare gli outcome dei pazienti(4), nella simulazione prevede la partecipazione attiva degli studenti, guidati da un facilitatore o da un istruttore il cui obiettivo primario è quello di identificare, colmare conoscenze e competenze.(5)

L'obiettivo della formazione nel debriefing mira ad allenare ad introdurre un modello mentale condiviso, dovrebbe diventare una routine dopo un evento, sia che questo abbia rappresentato una criticità clinica oppure un successo del team o del singolo.(1)

Rudolf ha suddiviso il debriefing in tre fasi: (9)

- reazione
- analisi
- sintesi

La prima fase si concentra sull'esplorazione delle reazioni e sull'impatto emotivo che lo scenario o evento reale ha avuto sui partecipanti.

La seconda fase si concentra su ciò che è accaduto durante la simulazione o l'evento e sul motivo per cui i partecipanti si sono comportati in quel modo.

La terza fase è incentrata sulla riflessione di ciò che si è appreso e sulla codifica dell'istruzione acquisite durante la fase di analisi.(9)

Un elemento centrale del debriefing è l'approccio non giudicante, che crea un ambiente sicuro in cui i partecipanti possono condividere le proprie esperienze senza paura di ritorsioni. Questo facilita la discussione di errori e decisioni critiche, favorendo un apprendimento esperienziale e riflessivo. Inoltre, il debriefing è strettamente legato alle pratiche di simulazione clinica, un metodo sempre più utilizzato per formare i professionisti sanitari in un contesto privo di rischi reali. (3,5)

Il debriefing clinico è una pratica sempre più utilizzata in ambito sanitario per migliorare la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

In base al contesto in cui viene svolto, allo scopo e al tipo di approccio il debriefing in simulazione e quello clinico si distinguono in (30,31):

- **Contesto:**

- **Debriefing clinico:** Avviene dopo eventi reali in ambito clinico, come interventi chirurgici, emergenze mediche o altri episodi significativi. È condotto subito dopo l'evento, per analizzare situazioni che hanno coinvolto la cura diretta dei pazienti.
- **Debriefing dopo simulazione:** Si svolge dopo sessioni di simulazione medica, dove situazioni cliniche sono ricreate artificialmente per scopi educativi. Questi scenari non coinvolgono pazienti reali ma piuttosto manichini, attori o software.

- **Scopo:**

- **Debriefing clinico:** Mira a migliorare immediatamente la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, analizzando ciò che è accaduto in un evento reale. L'obiettivo è identificare e correggere errori, promuovere il miglioramento continuo e prevenire il ripetersi di eventi avversi.
- **Debriefing dopo simulazione:** È focalizzato principalmente sull'apprendimento e sulla formazione. Si concentra sull'analisi delle performance dei partecipanti in un ambiente controllato, permettendo di fare errori e di apprendere da essi senza conseguenze reali per i pazienti.

- **Approccio:**

- **Debriefing clinico:** Spesso è più strutturato e focalizzato sulla revisione critica di un evento specifico, con un'attenzione particolare agli aspetti di sicurezza e alla gestione dell'emergenza. Può includere discussioni sulla comunicazione, sul lavoro di squadra e sulle decisioni prese durante l'evento.
- **Debriefing dopo simulazione:** È generalmente condotto in modo facilitato e può essere più esplorativo, incoraggiando i partecipanti a riflettere sui loro processi di pensiero, emozioni e reazioni durante la simulazione. Viene utilizzato per sviluppare competenze cliniche e comportamentali in un ambiente a basso rischio.

In sintesi, mentre entrambi i tipi di debriefing sono fondamentali per l'apprendimento e il miglioramento continuo, il debriefing clinico è direttamente legato alla pratica reale e alla sicurezza dei pazienti, mentre il debriefing dopo simulazione si concentra principalmente sull'educazione e la formazione in un ambiente simulato.

Gardner esplicita che il debriefing post evento risulta il più efficace, almeno in simulazione, ipotizza anche un setting specifico ma sempre in considerazione di un evento simulato.(7)

Un debriefing a freddo (ritardato) offre diversi vantaggi. Il ritardo offre l'opportunità di raccogliere dati quantitativi, consente ad un team più numeroso di partecipare, offre ai membri del gruppo la possibilità di riflettere e può essere facilitato da un esperto nel debriefing. Un debriefing a caldo (debriefing subito dopo l'evento) può verificarsi dopo casi complessi e può contribuire al miglioramento della qualità, all'apprendimento individuale e al supporto dei membri del team.(11)

Sebbene il debriefing possa migliorare le prestazioni del team, può anche essere utile per i singoli professionisti. Newman nel 1996, ha identificato che i professionisti possono avere quattro bisogni primari di debriefing dopo un evento critico: parlare dell'evento, validazione del processo decisionale, ricerca di rassicurazione personale e riaffermazione della competenza professionale.(6)

Alcuni operatori sanitari sperimentano reazioni negative dopo un evento clinico significativo. In uno studio britannico, dopo un arresto cardiaco intraospedaliero (IHCA), il 16,3% del personale ha pensato di lasciare il Servizio Sanitario Nazionale inglese e il 26% ha perso fiducia nelle proprie capacità professionali.(11)

Come spiegato nello studio: “The acute incident response program” il danno associato alla non applicazione del debriefing negli eventi critici impatta in maniera importante nella pratica infermieristica.(12)

Nello studio “The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest:” è dimostrato come il debriefing del personale dopo eventi critici nella pratica clinica sia raro anche se reputato importante dagli infermieri.(6)

L'identificazione di problemi nell'assistenza ai pazienti promuove la risoluzione proattiva dei problemi per evitare potenziali errori relativi alla sicurezza del paziente.(13)

Esistono diversi modelli di *debriefing*, quello utilizzato nel presente progetto è stato quello di Phrampus: il “*GAS*” strutturato in tre fasi. Durante la prima fase “*gather*” il *debriefing* incoraggia il *Team* a ricordare le azioni che hanno svolto durante la simulazione, durante la seconda fase “*analysis*” i partecipanti riflettono sulle azioni svolte e le analizzano, nella terza e ultima fase “*synthesis*” il *debriefing* verifica che tutti gli obiettivi formativi siano stati affrontati e riepiloga tutti gli elementi appresi. (29)

Il *debriefing* (colui che conduce la sessione di *debriefing*) deve possedere competenze non solo tecniche, ma anche legate alla sfera relazionale e psicologica. È cruciale che questa figura sia capace di creare un ambiente psicologicamente sicuro, dove i partecipanti possano esprimersi liberamente. Questo richiede un mix di empatia, abilità comunicative, e la capacità di gestire eventuali conflitti o tensioni emerse durante il *debriefing*. (33)

Come descritto da Fanning e Gaba (8) a differenza di un tradizionale insegnante, il facilitatore non si pone come un'autorità o un esperto, ma piuttosto come un *co-learner*.(8) Idealmente i *debriefing* in simulazione non devono solo possedere capacità

educative, cliniche e tecniche, ma anche alcune qualità umane e competenze che li rendano buoni comunicatori. Il debriefing può essere controproducente se la tecnica di comunicazione utilizzata è troppo dura, scortese o percepita come offensiva o autoritaria dei partecipanti.

Per co-debriefing invece si intende quando il debriefing viene condotto da più di un debriefer (ad esempio nei gruppi multidisciplinari, potrebbero essere due o tre), avere un compagno nella gestione dell'evento, può essere la soluzione migliore nel caso di un debriefing di un team multiprofessionale in quanto i due debriefer potrebbero dividersi la componente tecnica da quella relazionale, oppure nei casi in cui si venga chiamati in realtà completamente sconosciute, una figura che ha contezza della struttura, delle procedure o altro, se adeguatamente formata può essere un'importante risorsa da utilizzare.

Sebbene in Italia ci siano ancora sfide legate alla standardizzazione della formazione dei futuri debriefer, non esiste un riconoscimento ufficiale di questa figura, la crescente attenzione verso questo ruolo sta portando a una professionalizzazione sempre più consolidata, con corsi specifici e metodologie ispirate a modelli internazionali.

In letteratura si evidenziano diversi fattori che possono compromettere la riuscita di un debriefing. Tra questi, si segnalano la mancanza di tempo dedicato a questa attività, la resistenza al cambiamento da parte del personale sanitario, la difficoltà a creare un ambiente psicologicamente sicuro in cui i partecipanti si sentano liberi di esprimere le proprie opinioni e di ammettere gli errori. (3,4)

Altro problema ricorrente è la tendenza a focalizzare l'attenzione esclusivamente sugli errori commessi, trascurando gli aspetti positivi e le buone pratiche. Questo approccio può generare un clima di negatività e demotivare il personale, limitando così la possibilità di apprendimento e di miglioramento. (29,30)

Infine, è importante sottolineare la necessità di collegare il debriefing alla pratica clinica quotidiana. Un debriefing efficace deve consentire ai partecipanti di riflettere su situazioni concrete e di individuare strategie per migliorare le proprie prestazioni future.(14)

La letteratura sul debriefing clinico è frammentata, non ci sono linee guida universalmente applicabili riguardo la conduzione.(15)

La sperimentazione di un metodo adattato ai propri discenti potrebbe portare un miglioramento misurabile ed una formazione specifica e dedicata per gli operatori sanitari.

### **3. OBIETTIVO**

Valutare l'impatto di un corso formativo finalizzato al potenziamento di competenze nel debriefing clinico degli operatori sanitari.

#### **3.1 OBIETTIVI SPECIFICI**

- Applicare le competenze di debriefing clinico in contesti sanitari reali attraverso scenari simulati con l'utilizzo del paziente simulato.
- Valutare l'impatto dell'evento formativo sui discenti coinvolti attraverso l'analisi dei risultati della scheda DASH ed attraverso un questionario di gradimento.

#### **4. MATERIALI E METODI**

**Disegno di ricerca:** Studio osservazionale pre – post con gruppo unico

**Partecipanti:** Studenti del 2° anno della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università del Piemonte Orientale, sede di Novara

La scelta dei partecipanti è avvenuta su base volontaria: sono stati coinvolti 8 partecipanti, rispettando i seguenti criteri:

Criteri di inclusione:

- Frequentare il secondo anno della LM SCIO di Novara.
- Essere presente in tutte e tre le date del corso.
- Presenziare per il 100 % delle lezioni teoriche.
- Presenziare per il 100% per le sessioni di debriefing assegnate e per il 100% nei giochi di ruolo.

Criteri di esclusione

- Non conferma alla presenza del corso entro 15 gg dalla data prevista di inizio

In caso di iscrizione sovrannumeraria i criteri di scelta sono stati:

- Egual numero di discenti tra i due percorsi di laurea.
- Estrazione casuale dopo la prima stratificazione.

**Intervento**

Corso di formazione sul debriefing clinico della durata di tre giorni (27 ore), le prime due giornate consecutive mentre la terza a 60 giorni di distanza.

Titolo del corso:

IL DEBRIEFING NELLA PRATICA CLINICA

“Corso di formazione specifica per operatori sanitari”

Obiettivo del corso: implementare competenze in ambito di debriefing, da applicare alla pratica clinica.

Il luogo di svolgimento del corso è stato il c.d.f. SIMNOVA di Novara.

#### **4.1 Descrizione strumento raccolta dati**

##### **3.1.1 Scheda DASH**

Il Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) è progettato per assistere nella valutazione e nello sviluppo delle competenze di debriefing. (30)

Il DASH valuta le strategie e le tecniche utilizzate per condurre i debriefing esaminando comportamenti concreti. Il DASH è progettato per consentire la valutazione dei debriefing in una varietà di discipline e corsi, ha un'ampia gamma di obiettivi educativi.

Si basa su 6 FASI e due modalità di verifica: una “lunga” e “breve”, così citate dagli autori, ogni versione ha 3 dimensioni di analisi:

- Una valutazione degli esperti o conduttori della simulazione
- Una autovalutazione del debriefer che ha effettuato la simulazione
- Una valutazione di chi ha subito il debriefing

Per il corso proposto è stata esclusa la FASE 1 - possibilità prevista dagli autori dello strumento – in quanto tale fase non poteva essere applicata al corso.

##### **3.1.2 Metodo GAS**

Il metodo G.A.S. (Gather, Analyze, Summarize) è un approccio strutturato per il debriefing utilizzato in ambito sanitario, particolarmente efficace per riflettere sugli eventi clinici e migliorare la pratica assistenziale.

1. **Gather (Raccogliere):** In questa fase, i partecipanti condividono le loro osservazioni e percezioni sull'evento appena concluso, raccogliendo informazioni senza giudizio. Si focalizza sulla descrizione dei fatti e sulle emozioni provate, creando una base comune di comprensione.
2. **Analyze (Analizzare):** Qui si esplorano le ragioni dietro le azioni intraprese, analizzando ciò che è andato bene e ciò che poteva essere migliorato.

L'obiettivo è identificare i fattori che hanno influenzato il comportamento del team e comprendere le dinamiche dell'evento.

3. **Summarize (Riassumere):** Infine, si riassumono i punti chiave emersi durante l'analisi, con particolare attenzione alle lezioni apprese e alle strategie per migliorare le future performance cliniche. Questa fase aiuta a consolidare l'apprendimento e a pianificare cambiamenti operativi o comportamentali.

#### **4.2 Macro descrizione del corso:**

I docenti e valutatori coinvolti nel corso sono stati:

Michela Bernardini, psicologa esperta nel settore della formazione sulle dinamiche di gruppo, debriefing, NTS, CRM;

Mastroeni Andrea laureando SCIO, formatore all'interno di corsi avanzati in ambito sanitario, ecografia e simulazione.

Il corso è stato erogato in modalità mista: plenaria con lezioni frontali, giochi di ruolo, scenari simulati, workshop di analisi ed ha avuto una durata di 3 giorni:

I primi due giorni di corso sono stati dedicati ad una formazione specifica: teoria ed applicazione pratica attraverso casi clinici simulati o NTS dove inizialmente il discente non aveva a disposizione strumenti specifici. Dalla metà del primo giorno è stato introdotto lo strumento per la gestione del debriefing strutturato (G.A.S.)

Le sessioni pratiche di debriefing sono state co-condotte, ovvero: due partecipanti al corso hanno rivestito il ruolo del debriefer ed hanno pianificato le domande e gli interventi, pianificato il setting e la divisione dei ruoli (tecnico, comunicativo, misto) e successivamente hanno condotto il debriefing. In ogni sessione ogni debriefer è stato valutato attraverso la scheda di valutazione Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH), in tutte e tre le dimensioni della scala: personale (autovalutazione), degli esperti (Mastroeni-Bernardini), dei partecipanti (chi ha assistito alla simulazione).

Per supportare maggiormente i futuri debriefer e facilitare l'introduzione di questa metodologia nei reparti è stato proposto uno strumento digitale tramite google moduli per annotare sensazioni o spunti da poter poi essere usati durante la sessione.

Questo strumento ha lo scopo di raccogliere impressioni o richieste in maniera anonima, può essere accessibile tramite un QR code e compilato da chiunque in reparto, alla compilazione il debriefer conoscerà già eventuali criticità e potrà spronare il gruppo a farle uscire senza timori. È garantito l'anonimato sulla compilazione proprio per supportare al meglio il processo e farlo risultare meno impattante o giudicante nei contesti operativi.

Nella terza giornata di corso sono stati analizzati i debriefing, condotti nelle rispettive realtà lavorative dei discenti nel mese di pausa, mentre, la seconda parte della giornata ha visto gli studenti affrontare nuove simulazioni e l'esecuzione dei relativi debriefing strutturati.

Ogni caso clinico è stato calato nel setting dei discenti al corso, questo per ridurre il carico di stress e ricreare una situazione in un contesto conosciuto.

### 3.3 Cronoprogramma

ATTIVITÀ	INIZIO	FINE	ott-23	nov-23	dic-23	gen-24	feb-24	mar-24	apr-24	mag-24	giu-24	lug-24	ago-24	set-24	ott-24	nov-24
<b>Macro progettazione</b>																
Bozza Programma	01/10/2023	01/12/2023														
Revisione intermedia	01/10/2023	03/10/2023														
Programma definitivo	01/10/2023	07/01/2024														
Revisione finale	01/10/2023	02/02/2024														
<b>Micro progettazione</b>																
Strumento conduttore	01/10/2023	25/11/2023														
Strumento on line	01/10/2023	25/11/2023														
Scheda analisi likert	01/10/2023	10/10/2023														
Preparazione game NTS	01/10/2023	15/01/2024														
Slide	01/10/2023	20/01/2024														
Creazione questionario gradimento	01/10/2023	02/02/2024														
<b>Elaborato finale</b>																
Analisi statistica	01/05/2024	01/07/2024														
Redazione elaborato	01/08/2024	01/11/2024														
Slide elaborato	01/11/2024	20/11/2024														

### 3.4 Obiettivi casi clinici

I casi clinici sono stati strutturati utilizzando una griglia base:

- Obiettivi del caso clinico
- Numero di persone necessarie per la realizzazione
- Ruoli e caratteristiche da impersonare nel caso clinico

Ogni caso è stato corretto da due infermiere con formazione specifica in ambito di simulazione e formazione sul paziente simulato.

CASO	OBIETTIVI
1	Individuare gli elementi che hanno consentito lo svolgimento il buon lavoro, eventuali proposte migliorative per non incorrere nelle difficoltà affrontate.
2	Far emergere sensazioni dei partecipanti, analizzare delle strategie utilizzate per raggiungere l'obiettivo, e individuare le possibili altre strategie da utilizzare in futuro.
3	Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro.
4	Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro.
5	Effettuare la revisione dell'evento individuando il problema.
6	Effettuare la revisione dell'evento, specificando la possibilità di chiedere aiuto in sportelli specifici.
7	Effettuare la revisione dell'evento, analizzare la comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro.
8	Far emergere sensazioni dei partecipanti, analizzare la comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro.
9	Far emergere sensazioni dei partecipanti, analizzare utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro.
10	Effettuare la revisione dell'evento trovando il problema
11	Analizzare le dinamiche del serious game LEGO
12	Analizzare le dinamiche del serious game LA TORRE DEL POTERE

## **5. CONSIDERAZIONI ETICHE**

L'autore dichiara che non vi è alcun conflitto di interessi relativamente alla pubblicazione di questa tesi. Tutti i risultati e le opinioni espressi sono interamente frutto del lavoro dell'autore, senza influenze esterne. L'autore dichiara di non aver ricevuto alcun finanziamento o supporto finanziario da enti, istituzioni o organizzazioni per la realizzazione di questa tesi. Il lavoro è stato svolto indipendentemente e senza alcun supporto economico esterno.

Per lo studio non sono presenti finanziatori e non si presentano conflitti di interessi.

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki. Dal flusso di dati è stata estrapolata una matrice anonimizzata per quanto riguarda nome e cognome del partecipante al debriefing.

Le matrici cartacee della scala DASH verranno conservate fino alla data del 31-12-2024.

## **6. ANALISI STATISTICA**

Tutte le analisi sono state effettuate con il software STATA 18.

Un P-value = 0.05 è stato considerato come limite della significatività statistica.

Le concordanze tra i due valutatori sono state valutate, nei tre tempi T0 T1 e T2, tramite la determinazione dei corrispondenti ICC (Intraclass Coefficiente Correlation). I risultati ottenuti sono stati riportati in Tab 1 e registrano, in generale, una scarsa riproducibilità dei punteggi assegnati dai valutatori

Le variazioni delle valutazioni nel tempo sono state riportate in Tab.2, Tab 3 e Tab.4. Abbiamo limitato i confronti prendendo in considerazione solamente T0 vs T1 e T0 vs T2 cercando di rispondere a queste due sole domande:

- 1) Dopo il primo incontro formativo (T1) si è percepito un miglioramento rispetto al baseline.
- 2) Dopo 60 giorni a seguito di un nuovo refresh formativo (T2) il miglioramento si è confermato o rafforzato.

I confronti sono stati effettuati con il test non parametrico di Wilcoxon per dati appaiati.

In generale, tra T0 e T1 le differenze osservate non sono risultate significative, mentre tra T0 e T2 la quasi totalità dei confronti è risultata statisticamente significativa. Per la parte di analisi dei pazienti simulati sono stati considerati solo due soggetti che hanno partecipato all'intero corso, purtroppo per motivi organizzativi gli altri pazienti simulati non sono stati presenti in tutte le simulazioni rendendo impossibile una analisi statistica affidabile.

## 6.1 Presentazione risultati tramite scala D.A.S.H.

**Tab. 1 ICC for two raters at subsequent times**

Phase	Time	Individual ICC	Average ICC
		ICC	95%CI
2	T0	1	.
2	T1	0.203	-0.663
2	T2	0.632	-0.014
3	T0	1	.
3	T1	0.764	0.193
3	T2	0.632	0.011
4	T0	1	.
4	T1	0.246	-0.459
4	T2	0.364	-0.177
5	T0	1	.
5	T1	0.045	-0.653
5	T2	0.475	-0.133
6	T0	1	.
6	T1	0.473	-0.359
6	T2	0	-0.4

**Tab. 2 Self evaluation at subsequent times**

Phase	T0			T1			T2			p-Value#	
	P50	P25	P75	P50	P25	P75	P50	P25	P75	T0vsT1	T0vsT2
2	4	4	5	4	3.5	5	5	5	6	0.56	0.02
3	4.5	3	5	4	4	4.5	5	4.5	5.5	0.83	0.25
4	4.5	3.5	5	4	4	4.5	5	5	6	0.45	0.08
5	4	3	4	4.5	3.5	5	5	4.5	5.5	0.16	0.07
6	3.5	3	5	4	4	4.5	5.5	5	6	0.72	0.06

# p-Value obtained with Wilcoxon rank sum test for paired samples.

No correction for multiple comparisons

**Tab. 3 Evaluator scores at subsequent times**

Rater	Phase	T0			T1			T2			p-Value#	
		P50	P25	P75	P50	P25	P75	P50	P25	P75	T0vsT1	T0vsT2
Rater 1	2	5	5	5	5	5	5.5	6	5.5	6.5	0.29	0.01
	3	4	4	5.5	5	4	5	6	5.5	6	0.56	0.04
	4	4.5	4	6	4.5	4	5	6	5	6	0.61	0.18
	5	4	3	4	4	3.5	5	5.5	5	6	0.1	0.01
	6	5	3.5	5.5	5	4.5	5	6	6	6	0.61	0.02
Rater 2	2	5	5	5	5	4.5	6	6.5	5.5	7	0.3	0.01
	3	4	4	5.5	5.5	4	6	6	5.5	7	0.14	0.03
	4	4.5	4	6	5.5	4	6	6.5	5.5	7	0.56	0.05
	5	4	3	4	5	4	5.5	6	5.5	7	0.05	0.01
	6	5	3.5	5.5	4	4	5.5	6	6	7	0.77	0.02

# p-Value obtained with Wilcoxon rank sum test for paired samples.

No correction for multiple comparisons.

**Tab. 4 Participants scores at subsequent times**

Participant	Phase	T0			T1			T2			p-Value#	
		P50	P25	P75	P50	P25	P75	P50	P25	P75	vsT1	vsT2
Particip. 1	2	4	4	5	5.5	5	6	6	5	6	0.02	0.01
	3	4	2.5	5	5.5	4.5	6	6	5	6	0.04	0.01
	4	4.5	4	5	5.5	4.5	6.5	6	6	6.5	0.1	0.01
	5	3	3	5	5.5	4.5	6	6	6	7	0.03	0.01
	6	3.5	2.5	4.5	5.5	5	6.5	6	6	6.5	0.01	0.01
Particip. 2	2	4.5	4	5.5	5	4.5	5.5	6.5	5	7	0.43	0.06
	3	5	3.5	5	4.5	4	5	6	5.5	7	0.77	0.01
	4	5	4	5	5	5	6	6.5	5.5	7	0.28	0.02
	5	4	3	5	4.5	4	5	7	5.5	7	0.29	0.01
	6	4.5	3.5	5	5.5	5	6	6.5	6	7	0.02	0.01

# p-Value obtained with Wilcoxon rank sum test for paired samples.

No correction for multiple comparisons.

**Tab. 5 Participants scores**

Rater	Phase	Mean			Std Deviation			Minimum			Maximum		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
<b>Rater 1</b>	2	4.75	5.13	6.00	0.71	0.64	0.76	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00	7.00
	3	4.50	4.75	5.75	1.07	0.71	0.46	3.00	4.00	5.00	6.00	6.00	6.00
	4	4.75	4.50	5.63	1.67	0.93	0.52	2.00	3.00	5.00	7.00	6.00	6.00
	5	3.63	4.13	5.63	0.52	0.83	0.74	3.00	3.00	5.00	4.00	5.00	7.00
	6	4.63	4.88	6.00	1.19	0.64	0.00	3.00	4.00	6.00	6.00	6.00	6.00
	2	4.75	5.00	6.25	0.71	1.07	0.89	3.00	3.00	5.00	5.00	6.00	7.00
<b>Rater 2</b>	3	4.50	5.13	6.13	1.07	0.99	0.83	3.00	4.00	5.00	6.00	6.00	7.00
	4	4.75	5.00	6.25	1.67	1.20	0.89	2.00	3.00	5.00	7.00	6.00	7.00
	5	3.63	4.63	6.13	0.52	1.30	0.83	3.00	2.00	5.00	4.00	6.00	7.00
	6	4.63	4.75	6.38	1.19	1.16	0.52	3.00	4.00	6.00	6.00	7.00	7.00

**Tab. 6 Self evaluation scores**

Participant	Phase	Mean			Std. Deviation			Minimum			Maximum		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Particip.	2	4.38	4.13	5.50	0.52	0.83	0.76	4.00	3.00	5.00	5.00	5.00	7.00
	3	4.25	4.13	5.00	1.16	0.64	0.76	3.00	3.00	4.00	6.00	5.00	6.00
	4	4.25	4.13	5.25	0.89	0.64	0.71	3.00	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00
	5	3.88	4.38	5.00	0.99	1.06	0.76	3.00	3.00	4.00	6.00	6.00	6.00
	6	4.00	4.13	5.50	1.20	0.64	0.53	3.00	3.00	5.00	6.00	5.00	6.00

## 6.2 Presentazione risultati questionario di gradibilità

<b>Tabella 7 Valutazione generica corso</b>			
<b>Domanda</b>	<b>Molto soddisfacente %</b>	<b>Soddisfacente %</b>	<b>Totale risposte</b>
Congruenza dei contenuti del corso rispetto agli obiettivi enunciati	87.5	12.5	8
Rispondenza dei contenuti formativi rispetto alle aspettative iniziali:	75	25	8
Rispondenza dei contenuti formativi rispetto agli interessi professionali	87.5	12.5	8
Applicabilità degli argomenti trattati in ambito lavorativo	75	25	8
Come giudica il suo grado di coinvolgimento (interesse ai contenuti, propensione ad intervenire durante la lezione, ecc) per la durata del corso?	75	25	8
Come giudica il suo grado di coinvolgimento (interesse ai contenuti, propensione ad intervenire durante la lezione, ecc) e degli altri partecipanti per la durata del corso?	75	25	8
Come giudica la qualità del materiale didattico distribuito?	75	25	8
Adeguatezza delle attrezzature a disposizione (sale di simulazione, sistema di riproduzione audio-video, proiettore...)	75	25	8

<b>Tabella 8 Gradibilità - Valutazione Michela Bernardini</b>			
<b>Domanda</b>	<b>Molto soddisfacente %</b>	<b>Soddisfacente %</b>	<b>Totale risposte</b>
Gestione del tempo rispetto all'esposizione	87.5	12.5	8
Spazio per le domande e/o interventi	87.5	12.5	8
Padronanza dei contenuti e chiarezza espositiva	100	Null	8
Gestione d'aula: capacità comunicative e relazionali con singoli e durante le skill station	87.5	12.5	8
Organicità e sequenzialità nella presentazione degli argomenti	87.5	12.5	8
Capacità di coordinamento ed interazione con gli altri istruttori	87.5	12.5	8

<b>Tabella 9 Gradibilità - Valutazione Andrea Mastroeni</b>			
<b>Domanda</b>	<b>Molto soddisfacente %</b>	<b>Soddisfacente %</b>	<b>Totale risposte</b>
Gestione del tempo rispetto all'esposizione	87.5	12.5	8
Spazio per le domande e/o interventi	87.5	12.5	8
Padronanza dei contenuti e chiarezza espositiva	87.5	12.5	8
Gestione d'aula: capacità comunicative e relazionali con singoli e durante le skill station	87.5	12.5	8
Organicità e sequenzialità nella presentazione degli argomenti	87.5	12.5	8
Capacità di coordinamento ed interazione con gli altri istruttori	87.5	12.5	8

**Tabella 10 Gradibilità - Punti di forza e spunti emersi**

Domanda	SI %	Totale risposte	Motivazioni
<p><b>Ritiene che i punti di forza di questa esperienza formativa siano superiori ai punti di debolezza?</b></p>	100	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisizione di nuove conoscenze.</li> <li>- Corso intenso e stimolante. Ci portiamo a casa sicuramente qualcosa.</li> <li>- Per quanto i primi giorni siamo stati.</li> <li>- Per quanto i primi giorni siamo stati molto impegnativi e a tratti faticosi a livello emotivo, sento di aver imparato tanto e che ne è valsa la pena. Mi sono sempre sentita ascoltata e accolta senza giudizio per tutte e tre le giornate. Penso di aver appreso le competenze necessarie per provare a condurre un debriefing.</li> <li>- Spendibilità nella pratica.</li> <li>- Condivisione, confronto. Possibilità di simulare in sicurezza. Docenti preparati.</li> <li>- Permette una discussione collaborativa di eventi critici volta al miglioramento della performance.</li> <li>- I contenuti, l'esperienza umana e di formazione hanno largamente ripagato le difficoltà e le fatiche affrontate durante il corso.</li> <li>- Possibilità di applicare nel quotidiano.</li> <li>- Per le competenze apprese in ambito specifico (debriefing), ma anche per aver visto quanto è importante la progettazione nella formazione, l'ascolto, il clima non giudicante.</li> </ul>
<p><b>Suggerirebbe ad un suo collega di partecipare a questo evento formativo?</b></p>	100	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soprattutto per chi lavora in area emergenza.</li> <li>- Poter avere altri incontri magari a cadenza annuale per discutere di eventuali debriefing effettuati.</li> <li>- Alcuni debriefing erano lunghi e difficili da seguire per i partecipanti, soprattutto al pomeriggio. Belli i momenti di gioco per intervallare il carico emotivo.</li> <li>- La realtà di area critica dove lavoro richiede un momento di decompressione e di rielaborazione delle emozioni, cosa che non avviene ma sicuramente servirebbe a tutti.</li> <li>- Penso che il corso dovrebbe essere inserito all'interno del programma della Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Lo consiglierei soprattutto ai coordinatori e ai formatori per migliorare il clima all'interno dei team.</li><li>- Corso che serve "spronare" le persone nell'imparare ad ascoltare e comprendere le motivazioni profonde.</li><li>- Penso sia importante imparare a rivivere ed analizzare le situazioni potenzialmente rischiose o complicate.</li><li>- Più coinvolgimento significa più cultura e più possibilità di discussione e miglioramento.</li><li>- Ritengo che il corso fornisca competenza e consapevolezza di cui c'è molto bisogno in ambito sanitario, ma che troppo spesso vengono lasciate alla "sensibilità" del singolo professionista.</li><li>- Coinvolgente.</li></ul>
--	--	--	--

### **6.3 Interpretazione dei dati**

Sulla base dei risultati presentati nelle tabelle 1-6, possiamo trarre diverse conclusioni significative riguardo all'evoluzione delle valutazioni e delle autovalutazioni nel corso del tempo e attraverso le diverse fasi dello studio.

#### **6.3.1 Concordanza tra i valutatori**

L'analisi dell'Intraclass Correlation Coefficient (ICC) presentata nella Tabella 1 rivela un quadro complesso della concordanza tra i valutatori (Mastroeni – Bernardini):

- a) Concordanza iniziale perfetta in tutte le fasi (2, 3, 4, 5, 6), l'ICC individuale e medio a T0 è pari a 1, indicando una perfetta concordanza tra i valutatori all'inizio di ogni fase. Questo suggerisce che i valutatori iniziano con una comprensione comune e coerente dei criteri di valutazione.
- b) L'ICC individuale e medio mostrano una variabilità significativa nei tempi successivi (T1 e T2) all'interno di ciascuna fase. Questo indica che la concordanza tra i valutatori tende a diminuire nel tempo, suggerendo che potrebbero emergere differenze nelle interpretazioni o nelle percezioni man mano che il processo di valutazione procede.
- c) Gli intervalli di confidenza al 95% per l'ICC in molti casi includono valori negativi o zero, indicando una grande incertezza nelle stime dell'ICC.
- d) Si osserva una notevole variabilità nella concordanza tra le diverse fasi. Ad esempio, la fase 3 mostra valori di ICC relativamente alti a T1 e T2, mentre la fase 5 presenta i valori di ICC più bassi. Questa variabilità potrebbe essere dovuta a differenze nella complessità o nella chiarezza dei criteri di valutazione o al diverso background dei valutatori.

### 6.3.2 Autovalutazioni dei partecipanti

L'analisi delle autovalutazioni dei partecipanti al corso, presentata nelle Tabelle 2, 4, 5 e 6, rivela un trend generale di miglioramento percepito nel corso del tempo:

- a) In tutte le fasi, si osserva una tendenza all'aumento dei punteggi di autovalutazione da T0 a T2. Questo suggerisce che i partecipanti percepiscono un miglioramento nelle loro competenze o prestazioni nel corso del tempo.
- b) Mentre alcune fasi mostrano aumenti statisticamente significativi ( $p < 0.05$ ), altre mostrano tendenze verso il miglioramento che non raggiungono la significatività statistica convenzionale. Questo potrebbe essere dovuto a dimensioni campionarie limitate.
- c) Si osservano differenze nell'entità del miglioramento tra le diverse fasi. Ad esempio, la Fase 2 della scala DASH mostra spesso il cambiamento più significativo, mentre altre fasi presentano miglioramenti più modesti.
- d) I dati dei singoli partecipanti (Tabelle 4 e 5) mostrano generalmente un pattern coerente di miglioramento, anche se con alcune variazioni individuali.
- e) Si osserva che le valutazioni tendono ad essere più basse nei primi giorni (T0), possibilmente legate a una autovalutazione più critica o a una maggiore consapevolezza dei propri limiti personali. Questo dato si inverte in T2 in tutto il gruppo.

### 6.3.3 Valutazioni esterne

L'analisi delle valutazioni esterne, presentata nella Tabella 3, offre una prospettiva complementare alle autovalutazioni:

- a) Entrambi i valutatori esterni osservano un miglioramento significativo nei punteggi assegnati nel tempo, particolarmente evidente nelle fasi 2, 3, 5 e 6.
- b) La fase 4 mostra un aumento meno significativo rispetto alle altre fasi, suggerendo una possibile variabilità nella valutazione o nella risposta dei soggetti in questa specifica area.
- c) I due valutatori mostrano generalmente tendenze simili nelle loro valutazioni, rafforzando la validità delle osservazioni.

### 6.3.4 Questionario di gradibilità:

#### Tabella 7 "Valutazione generica corso"

Più dell'87 % delle risposte si colloca nella categoria "MOLTO SODDISFACENTE", indicando un alto livello di soddisfazione generale per il corso.

Il 100 % dei partecipanti ha valutato la congruenza dei contenuti del corso rispetto agli obiettivi enunciati come "MOLTO SODDISFACENTE". Questo suggerisce che il corso ha mantenuto le promesse fatte in termini di obiettivi formativi.

Il 75 % dei partecipanti ha trovato che i contenuti formativi rispondessero molto bene alle loro aspettative iniziali e ai loro interessi professionali. Questo indica che il corso è stato ben progettato per soddisfare le esigenze del suo target.

L'applicabilità degli argomenti trattati in ambito lavorativo è stata valutata molto positivamente dal 75 % dei partecipanti, suggerendo che il corso offre contenuti rilevanti e pratici per il contesto professionale dei partecipanti.

Il grado di coinvolgimento personale e quello percepito degli altri partecipanti è stato valutato per il 75 % come "MOLTO SODDISFACENTE". Questo indica un alto livello di engagement e interesse durante il corso.

Il materiale didattico ed adeguatezza delle strutture hanno ricevuto valutazioni “MOLTO SODDISFACENTE” per il 75 % dei partecipanti. In generale tutte le valutazioni non hanno mai avuto una valutazione inferiore al “SODDISFACENTE”.

Tabella 8 e 9 “Valutazione docenti Bernardini e Mastroeni”

Per entrambi gli istruttori, più dell’87 % delle valutazioni è "MOLTO SODDISFACENTE" in tutte le categorie, indicando un alto livello di soddisfazione da parte dei partecipanti.

C'è una notevole coerenza nelle valutazioni tra i vari aspetti per entrambi gli istruttori, suggerendo una performance di alta qualità in tutte le aree valutate.

In entrambe le tabelle, si nota una riga con valutazioni "SODDISFACENTE" che si distingue dalle altre. Questo potrebbe indicare un singolo partecipante con una prospettiva leggermente diversa o con aspettative più elevate.

Entrambi gli istruttori sembrano eccellere in tutte le aree valutate, inclusa la gestione del tempo, la padronanza dei contenuti, le capacità comunicative e di coordinamento.

Le valutazioni per Michela Bernardini e Andrea Mastroeni sono praticamente identiche, suggerendo che entrambi gli istruttori hanno performato ad un livello molto alto e coerente.

### Tabella 10 “Punti di forza e spunti emersi”

Tutti i partecipanti hanno risposto "SI" alle domande, indicando un alto livello di soddisfazione e percezione di valore del corso.

Punti di forza principali:

- Acquisizione di nuove conoscenze e competenze
- Applicabilità pratica delle competenze apprese
- Intensità e stimolazione del corso
- Opportunità di mettere in pratica la teoria
- Clima non giudicante e accogliente
- Importanza della condivisione e del confronto
- Qualità dei docenti

Un partecipante ha sottolineato l'importanza del corso per chi lavora in area emergenza o in area critica, evidenziando la sua rilevanza per situazioni professionali specifiche.

I partecipanti hanno evidenziato non solo l'acquisizione di competenze tecniche, ma anche un cambiamento nella visione personale e nell'approccio alle discussioni e alle situazioni critiche.

È stato sottolineato il valore del corso nel fornire strumenti per la gestione emotiva e la decompressione, aspetti spesso trascurati nella formazione sanitaria tradizionale.

Suggerimenti per il miglioramento:

- Organizzare incontri di follow-up, possibilmente annuali, per discutere i debriefing effettuati
- Ottimizzare la durata dei debriefing, specialmente nel pomeriggio
- Mantenere momenti di "gioco" per bilanciare il carico emotivo
- Considerare l'inserimento del corso nel programma della Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche

Alcuni partecipanti hanno sottolineato l'importanza del corso per migliorare il clima all'interno dei team e per promuovere una cultura di discussione e miglioramento continuo.

Nonostante l'alta soddisfazione, alcuni partecipanti hanno menzionato la fatica emotiva e l'intensità del corso, pur riconoscendo che questi aspetti sono stati ampiamente compensati dai benefici.

## **7. LIMITI**

Nonostante un'attenta programmazione per evitare criticità lo studio presenta dei limiti ben identificati:

- La dimensione relativamente piccola del campione potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati e contribuire alla mancanza di significatività statistica in alcuni confronti.
- Non è stato possibile effettuare più edizioni del corso, questo ha portato ad una ridotta dimensione campionaria per la concordanza dei valutatori.
- Background differente tra i due valutatori, Bernardini esperta a livello nazionale sul tema delle dinamiche di gruppo, mentre Mastroeni esperto sulla formazione clinica, questo potrebbe giustificare le differenze seppur minime delle valutazioni.
- Per i p.ti simulati le risposte sono state considerate solo per due soggetti, i quali erano presenti in tutte le sessioni, poiché, per motivi organizzativi, gli altri pazienti simulati non erano presenti in tutte le simulazioni e le loro risposte non erano confrontabili nel tempo.
- Alcune competenze o aree di valutazione sul debriefing potrebbero essere più complesse o richiedere più tempo per essere sviluppate.
- Scarsa letteratura a supporto per il confronto tra diverse modalità formative, non ci sono corsi di formazioni specifici sul debriefing clinico che trattino la simulazione dentro la sessione di debriefing, questo porta una difficoltà nel confrontare i risultati.

## 8. CONCLUSIONI

I risultati indicano un generale miglioramento nelle competenze dei partecipanti nel corso del tempo, sia dal punto di vista delle autovalutazioni che delle valutazioni esterne. Questo suggerisce che il corso ha avuto un impatto positivo sullo sviluppo formativo dei soggetti.

Ogni partecipante si è sentito nettamente migliorato nella sua performance al T2

Tuttavia, la variabilità nella concordanza tra i valutatori e le differenze osservate tra le fasi evidenziano aree che potrebbero beneficiare di ulteriori miglioramenti:

Andrebbero considerate più edizioni dell'evento per aver così più dati da analizzare.

Spunti per un prossimo studio potrebbero essere integrare l'analisi quantitativa con dati qualitativi (ad esempio, interviste o focus group) per comprendere meglio i fattori che influenzano il miglioramento e la variabilità nelle valutazioni.

Questo studio fornisce una solida base per il continuo miglioramento del programma di formazione e offre preziose intuizioni per future ricerche nel campo dello sviluppo delle competenze professionali.

La realizzazione strutturata in ambito aziendale o una formazione esterna ma che coinvolge tutti i reparti porterebbe una maggior sicurezza per il paziente, riducendo i rischi, le situazioni stressanti ed il burnout degli operatori, siano questi infermieri, medici, OSS, o altre componenti sanitarie.

Questo corso porta una acquisizione di competenze avanzate non tecniche che hanno un impatto in termini di sicurezza personale, sicurezza del team e soprattutto sicurezza del paziente. Capacità di valutare e riflettere sulle prestazioni individuali e di gruppo durante le simulazioni, identificando punti di forza e aree di miglioramento. Capacità di integrare le teorie e i modelli di apprendimento nel processo di debriefing, assicurando che le competenze acquisite siano trasferite efficacemente nella pratica clinica quotidiana

Ad oggi come già citato nell'introduzione la letteratura è ancora scarsa sull'argomento e non è possibile fare un raffronto preciso poiché non c'è o non è citata una formazione simile. Purtroppo, la mancanza di dati dalla letteratura per un confronto rende difficile

una valutazione completa dell'evento. Sfortunatamente, non esistono citazioni specifiche che definiscano la formazione nel debriefing clinico. Questo perché si tratta di un processo in continua evoluzione, con diverse scuole di pensiero e approcci metodologici.

Il corso ha ricevuto valutazioni estremamente positive in tutti gli aspetti, inclusi la congruenza dei contenuti, la rispondenza alle aspettative e agli interessi professionali, l'applicabilità pratica, il coinvolgimento dei partecipanti e la qualità del materiale didattico. La maggior parte delle risposte si collocava nella categoria "MOLTO SODDISFACENTE", indicando un alto livello di soddisfazione generale.

Il corso ha ricevuto un feedback estremamente positivo, dimostrando di essere un'esperienza formativa di alto valore, ben strutturata e altamente rilevante per i professionisti del settore sanitario. Hanno apprezzato l'acquisizione di nuove conoscenze, l'applicabilità pratica, l'intensità e la stimolazione del corso, il clima non giudicante e l'opportunità di confronto. Tutti i partecipanti consiglierebbero il corso ai colleghi, sottolineando la sua rilevanza nella pratica clinica.

Questi primi risultati possono essere la base di partenza per altri studi di tipo qualitativo e anche spunti su future modalità formative; uscire dalla comfort zone della simulazione e far provare al discente in modo protetto scenari di fallimento, morte, errore e frustrazione può essere la base di partenza per fornire ed applicare strategie di protezione emotiva, applicarle nel quotidiano e ridurre il burnout dei professionisti sanitari.

Possibili scenari futuri per la professione potrebbero essere:

- sessioni di debriefing ed esercitazioni su competenze non tecniche svolte su piattaforme online interattive, consentendo una partecipazione globale e il confronto tra professionisti di diverse regioni
- percorsi di formazione personalizzati basati sull'analisi dei dati di performance individuali durante le simulazioni. Gli infermieri riceveranno piani di sviluppo su misura per migliorare le loro competenze non tecniche.

- workshop che coinvolgono professionisti di diverse discipline per praticare le competenze non tecniche in contesti interdisciplinari, migliorando la collaborazione e la comunicazione tra team.
- scenari clinici realistici e personalizzati che riflettono le sfide specifiche dell'ambiente lavorativo degli infermieri, facilitando un apprendimento più pertinente e applicabile.

## 9. RINGRAZIAMENTI

I ringraziamenti sono sempre difficili, ci si dimentica sempre di qualcuno...ma ci provo comunque...

Il grazie più grande alla mia famiglia, ad Ale e Reby che mi ricordano quanto la curiosità e la chiarezza servano nella mia professione di formatore.

A Fra che ci ha creduto prima di me e ha visto e vede tuttora cose che mi perdo, al mio pelosone che mi aspetta sul ponte.

A Doriana che tra lo sfinito ed il curioso mi ha supportato ed aiutato nel progetto.

Ad Alessia, Aurora ed Antonio che mi hanno aiutato nel progetto

A Michela che mi ha accompagnato in una follia fuori dagli schemi e mi ha supportato e formato in tutto il mio percorso

Poi si fa difficile, nella tesi parlo di fattore umano e team, allora non posso non dire un grande GRAZIE a tutti i miei compagni di viaggio, a tutto il gruppo di "MUTUO SOCCORSO"

A Stefy e Mary instancabili ascoltatrici di paturnie sul treno.

A Stefania che trasmette energia e grinta al primo sguardo

All'unico PRESIDENTE Fabio, a Marco ed ai suoi scatti in stazione, alla regola del "primo appello" di Pietro, alla grinta di Elena, a Luca che con il suo game mi ha fatto tornare bambino.

Allo sfotterci a vicenda con Nick, a Valentina ed il piccolo Pietro, unico bambino ad avere la magistrale ad 1 anno.

A Romina che spero condivida con me l'enorme parola di AMICA

Alle competenze avanzate con PALA e SPILLATRICE

E come si dice con in mano un cornetto...."Non conta la meta ma il viaggio", ecco il mio è stato veramente pieno, ho trovato amici e complici di questa grande follia.

BUEN CAMINO A TUTTI

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1 Sundar SS, Kim J. Interactivity and Persuasion. *J Interact Advert.* 1 March 2005;5:5–18.
- 2 Poletti P. Rischio clinico e non technical skill nel processo di donazione di organi e tessuti. 1a ed. 2007.
- 3 Capogna, Ingrassia, Capogna, Bernardini., et.al. Il debriefing dopo lo scenario di simulazione base e strategico. Vol.1. Pearson Italia, Milano-Torino; 2021.138 p.
- 4 Kolb A., Kolb D. *The Learning Way: Meta-cognitive Aspects of Experiential Learning.* 2009 [Internet]. [citato 5 luglio 2024]. Disponibile su: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1046878108325713>.
- 4 Soave E, Carta A. Il Debriefing in Pronto Soccorso: uno strumento per il miglioramento della pratica clinica i. *Ital J Prev Diagn Ther Med.* Dicembre 2018;1(2):16–31.
- 5 Deutsch ES, Dong Y, Halamek LP, et.al. Leveraging Health Care Simulation Technology for Human Factors Research: Closing the Gap Between Lab and Bedside. *Hum Factors.* 1 Novembre 2016;58(7):1082–95.
- 6 Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive Crit Care Nurs.* Agosto 2018, 47:78–84.
- 7 Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive Crit Care Nurs.* Agosto 2018; 47:78–84.
- 8 Coppens I, Verhaeghe S, Van Hecke A, et.al. The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* Gennaio 2018;27(1–2):77–85.
- 9 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* 2007;2(2):115–25.

- 10 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, et.al. Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiol Clin*. Giugno 2007;25(2):361–76.
- 11 Healy S, Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents. *Emerg Nurse J RCN Accid Emerg Nurs Assoc*. March 2013;20(10):32–7.
- 12 Twigg S. Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Curr Opin Pediatr*. Giugno 2020;32(3):337–42.
- 13 Pallas J. The Acute Incident Response Program: A Framework Guiding Multidisciplinary Responses to Acutely Traumatic or Stress-Inducing Incidents in the ED Setting. *J Emerg Nurs*. Settembre 2020;46(5):579-589.
- 14 Berg GM, Hervey AM, Basham-Saif A, et.al. Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *J Trauma Nurs Off J Soc Trauma Nurses*. 2014;21(5):201–8.
- 15 Toews AJ, Martin DE, Chernomas WM. Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs*. june 2021;30(11–12):1491–501.
- 16 Paxino J, Szabo RA, Marshall S, Story D, Molloy E. What and when to debrief: a scoping review examining interprofessional clinical debriefing. *BMJ Qual Saf*. 30 Dicembre 2023.
- 17 Scott Z, O’Curry S, Mastroyannopoulou K. The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings: A systematic review. *J Trauma Stress*. Febbraio 2022;35(1):278–87.
- 18 Kuszajewski ML. Nursing Simulation Debriefing: Useful Tools. *Nurs Clin North Am*. september 2021;56(3):441–8.
- 19 WHO. World Health Organization. 2011 [cited 2023 Jun 24]. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>.

- 20 Cadorin L, Skela-Savič B, Scarsini S, Narduzzi B, Grassetto L, Pesjak K, et al. The differences between learned and practiced competences among nurses: An international pilot study. *Nurse Educ Pract.* 2022;64
- 21 Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], (2019). Report Risk Management in Sanità.
- 22 Odone A. et al, Ricerca e formazione sul Risk Management in Italia. *Acta Biomed* 2019; Vol. 90, Supplement 9: 76-86.
- 23 Fidelia Cascini. Risk Management, Guida teorico-pratica per la gestione del rischio sanitario. 5-Quaderni AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata). Maggio 2017.
- 24 WHO patient safety curriculum guide for medical schools. 2009.
- 25 OMS. Guide pédagogique pour la sécurité des patients: édition multiprofessionnelle 2015. ISBN 978-2-11-139557-2.
- 26 Grove, Susan K., Nancy Burns, and Jennifer Gray. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences, 2012
- 27 Ministero della Salute. Linee di indirizzo sullo sviluppo della simulazione in sanità in Italia. Documento strategico nazionale cura del: Tavolo tecnico dedicato alla promozione della simulazione in ambito sanitario attraverso ricerca e formazione, volto al miglioramento delle attività operative e tecniche degli operatori sanitari. Luglio 2022.
- 28 Baily K. (G.A.S.), debriefing, healthcare simulation, rpx, Simulation Based Learning. Education, Facilitators, Faculty / Supervisors. June 3, 2019.
- 29 Kolbe, M., Grande, B. and Spahn, D. R. (2015) 'Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting.', Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 2015; 29(1), pp. 87–96.

- 30 Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). *Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis*. *Human Factors*, 55(1), 231-245.
- 31 Gordon, M., Darbyshire, D., & Baker, P. (2012). *Non-technical skills training to enhance patient safety: A systematic review*. *Medical Education*, 46(11), 1042-1054.
- 32 Simon R, Raemer DB, Rudolph JW. 2010. Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© Rater's Handbook. Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts. <https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/01/DASH.handbook.2010.Final.Rev.2.pdf>. English, French, German, Japanese, Spanish, Portuguese, Korean.
- 33 Cheng, A., Grant, V., Dieckmann, P., Arora, S., Robinson, T., & Eppich, W. (2016). Faculty development for simulation programs: five issues for the future of debriefing training. *Simulation in Healthcare*, 11(4), 220-227.

## 11. ALLEGATI

### PROGRAMMA CORSO

#### 1° giorno 29 FEBBRAIO 2024

9.00 – 9.45	Registrazione e presentazione obiettivi della giornata
9.45 – 11.00	Scenario debriefing gestito senza indicazioni.
11.00 – 11.20	Pausa
11.20 – 12.35	Scenario debriefing gestito senza indicazioni.
12.35 – 13.10	Debriefing e feedback, differenze e come usarlo in ambito clinico
13.10 – 14.20	Pausa
14.20 – 14.50	Presentazione debriefing secondo metodo GAS
14.50 – 15.50	Game base learning
15.50 – 16.10	Pausa
16.10 – 16.40	L'arte di fare domande
16.40 – 17.20	Presentazione proposta strumento on line e cartaceo per supporto al debriefing
17.20 – 17.30	Take home e chiusura corso

### 2° giorno 1 MARZO 2024

9.00 – 9.30	Riscaldamento ed obiettivi della giornata
9.30 – 10.15	L'errore come analizzarlo e come viverlo
10.15 – 11.35	Scenario simulato e debriefing
11.35 – 11.55	Pausa
11.55 – 13.15	Scenario simulato e debriefing
13.15 – 14.15	Pausa
14.15 – 15.35	Scenario simulato e debriefing
15.35 – 16.55	Scenario simulato e debriefing
16.55 – 17.15	Pausa
17.15 – 17.45	Analisi del contesto lavorativo ed applicazione del debriefing Strategie e consigli per una corretta applicazione
17.45 – 18.00	Teke home e chiusura

### 3° giorno 30 APRILE 2024

9.00 – 9.15	Registrazione e presentazione obt
9.15 – 10.00	Riscontro operativo del debriefing sul posto di lavoro
10.00 – 10.30	Il defusing, come gestire un debriefing a caldo
10.30 – 11.30	Gioco di team e debriefing
11.30 – 11.45	Pausa Caffè
11.45 – 13.00	Sim 1
13.00 – 14.00	Pausa Pranzo
14.00 – 15.00	Sim 2
15.15 – 16.15	Sim 3
16.15 – 16.30	Pausa Caffè
16.30 – 17.30	Sim 4
17.30 – 18.00	Take home e chiusura corso

MODELLO G.A.S.

FASE	OBIETTIVO	AZIONI	DOMANDE ESEMPIO	
<b>RACCOGLIERE</b>	Ascoltare attivamente i partecipanti per capire cosa pensano e come si sentono riguardo la sessione.	<p>Richiedi informazioni sullo stato emotivo</p> <p>Richiedi la narrazione ai partecipanti.</p> <p>Richiedi informazioni supplementari ai partecipanti</p>	<p>Come ti senti</p> <p>Come pensi sia andata</p> <p>Puoi dirmi cosa è <u>successo</u> ?</p>	25%
<b>ANALIZZARE</b> (riflessione guida)	<p>Fornire un focus continuo sugli obiettivi della sessione</p> <p>Facilitare la riflessione e l'analisi dei partecipanti sulle loro azioni.</p> <p>Esaminare le basi per le lacune prestazionali.</p>	<p>Esaminare la registrazione o la narrazione accurata degli eventi.</p> <p>Riportare le <u>osservazioni</u> (passaggi corretti e scorretti)</p> <p>Porre domande per rilevare il processo di pensiero dei partecipanti.</p> <p>Stimolare la riflessione e fornire un reindirizzamento.</p>	<p>Ho notato che....</p> <p>Dimmi di più.....</p> <p>A cosa stavi pensando quando ... ...ho capito, però parlami di</p>	50%
<b>RIASSUMERE</b>	Facilitare l'identificazione e la revisione delle esperienze apprese.	<p>Identificare gli aspetti positivi della sessione.</p> <p>Discutere i comportamenti che richiedono un cambiamento</p> <p>Riassumere la sessione.</p>	<p>Elenca due azioni che ritieni siano state efficaci o siano andate bene.</p> <p>Descrivi due aree su cui ritieni di dover lavorare e come potresti queste aree per il futuro</p>	25%

VALUTAZIONE DEL  
DEBRIEFING  
VERSIONE  
VALUTATORE



NOME DEBRIEFER  
ANALIZZATO

**Istruzioni:** Valuta la qualità del debriefing utilizzando la seguente scala di efficacia basata su sei fasi. La fase 1 consente di valutare l'introduzione al corso di simulazione e non sarà valutato se non si effettua l'introduzione. Gli aspetti comprendono dimensioni e comportamenti pertinenti al debriefing come definito nel DASH RATER'S HANDBOOK. All'interno di ciascun aspetto, il debriefing può variare da efficace a dannoso. Si prega di notare che il punteggio complessivo degli aspetti non è derivato dalla media dei punteggi per le singole dimensioni o comportamenti. Pensa in modo olistico e non aritmetico, considerando l'impatto cumulativo di tutte le dimensioni, che potrebbero non avere lo stesso peso. Tu, il valutatore, decidi che peso dare sulla base della tua visione olistica di tutti gli aspetti. Se una dimensione è impossibile da valutare (ad esempio, quanto bene viene gestito un partecipante turbato durante un debriefing se non c'è stato scontro), saltala e non lasciare che questo influenzi la tua valutazione.

Valutazione	1	2	3	4	5	6	7
Descrizione	<b>Estremamente Inefficace/ Dannoso</b>	Costantemente Inefficace/ Molto povero	Per lo più Inefficace/ Povero	In qualche modo Efficace/ Media	Per lo più Efficace/ Buono	Costantemente e Efficace/ Molto Buono	<b>Estremamente Efficace/ Eccezionale</b>

FASE 2	Valutazione
<b>Mantiene un ambiente di apprendimento coinvolgente.</b>	

- Chiarisce gli obiettivi del debriefing, i ruoli e le aspettative.
- Aiuta i partecipanti a impegnarsi in un contesto di realismo limitato.
- Trasmette rispetto per gli studenti e la preoccupazione per la loro sicurezza psicologica.

<b>FASE 3</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Struttura il debriefing in modo organizzato.</b>	

- Nella parte iniziale incoraggia i partecipanti ad esprimere le loro reazioni e, se necessario, li orienta su ciò che è successo nella simulazione.
- Nella parte centrale della sessione guida l'analisi delle prestazioni dei partecipanti.
- Nella parte finale collabora con i partecipanti per riassumere l'apprendimento dalla sessione.

<b>FASE 4</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Provoca una discussione coinvolgente.</b>	

- Utilizza esempi concreti come base per l'indagine e la discussione.
- Rivela il proprio ragionamento e giudizio.
- Facilita la discussione attraverso tecniche verbali e non verbali.
- Utilizza dispositivi di riproduzione, video per la revisione (se disponibili).
- Riconosce e gestisce il partecipante turbato

nte turbato

<b>FASE 5</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Identifica ed esplora le lacune nelle prestazioni.</b>	

- Fornisce un feedback sulle prestazioni.
- Esplora la fonte del divario di prestazioni.

<b>FASE 6</b>  <b>Aiuta i tirocinanti a raggiungere o sostenere buone prestazioni future.</b>	<b>Valutazione</b>
---	--------------------

- Aiuta a colmare il divario prestazionale attraverso la discussione e l'insegnamento.
- Dimostra una solida conoscenza dell'argomento.
- Soddisfa gli obiettivi importanti della sessione.

**VALUTAZIONE DEL  
DEBRIEFING  
VERSIONE AUTOVAL.**



**NOME DEBRIEFER  
ANALIZZATO**

**Istruzioni:** Si prega di fornire un'autovalutazione delle prestazioni per l'introduzione e il debriefing in questa sessione basata sulla simulazione. Utilizza la seguente scala di valutazione *per assegnare un punteggio a ciascuno dei sei "Item."* Per ogni Item, vengono riportati solo comportamenti che indicherebbero prestazioni positive in quell'item. Fai del tuo meglio per valutare la tua efficacia complessiva per l'intero item guidato dai comportamenti che lo definiscono. Se un comportamento elencato non è applicabile (ad es. come hai gestito le persone turbate se nessuno si è arrabbiato), ignoralo e non lasciare che influenzi la tua valutazione. Potresti aver fatto alcune cose bene e alcune cose non così bene all'interno di ogni aspetto. La valutazione dell'item è la tua impressione generale di quanto bene hai eseguito quel particolare Elemento.

Valutazione	1	2	3	4	5	6	7
Descrizione	<b>Estremamente Inefficace/ Dannoso</b>	Costantemente Inefficace/ Molto povero	Per lo più Inefficace/ Povero	In qualche modo Efficace/ Media	Per lo più Efficace/ Buono	Costantemente e Efficace/ Molto Buono	<b>Estremamente Efficace/ Eccezionale</b>

<b>FASE 2</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Ho mantenuto un contesto coinvolgente per l'apprendimento</b>	

- Ho chiarito lo scopo del debriefing, cosa ci si aspettava dai partecipanti e il mio ruolo (come istruttore) nel debriefing
- Ho riconosciuto le preoccupazioni circa il realismo e aiutato i partecipanti ad imparare anche se il caso(i) sono stati simulati
- Ho mostrato rispetto verso i partecipanti
- Ho assicurato che l'attenzione era sull'apprendimento e non sul far sentire male le persone a commettere errori
- Ho permesso ai partecipanti di condividere pensieri ed emozioni senza paura di vergognarsi o umiliarsi

<b>FASE 3</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Ho strutturato il debriefing in modo organizzato</b>	

- Ho guidato la conversazione in modo tale che procedesse in modo logico anziché saltare da un punto all'altro
- Verso l'inizio del debriefing, ho incoraggiato i partecipanti a condividere le loro reazioni autentiche al caso (i) e ho preso sul serio le loro osservazioni
- A metà, ho aiutato i partecipanti ad analizzare le azioni e processi di pensiero mentre rivedevamo il caso (i)
- Alla fine del debriefing, c'è stata una fase di sintesi in cui ho contribuito a collegare le osservazioni insieme e mettere in relazione il caso (i) ai modi in cui i partecipanti potrebbero migliorare la loro pratica clinica futura

<b>FASE 4</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Ho suscitato discussioni approfondite che li hanno portati a riflettere sulla loro prestazione</b>	

- Ho usato esempi concreti, non solo commenti astratti o generalizzati, per convincere i partecipanti a pensare alla loro performance
- Il mio punto di vista era chiaro; Non ho costretto i partecipanti a immaginare cosa stavo pensando
- Ho ascoltato e fatto sentire le persone accolte cercando di includere tutti, parafrasando, e utilizzando azioni non verbali come il contatto con gli occhi e annuire etc
- Ho utilizzato dati video o registrati per supportare l'analisi e l'apprendimento
- Se qualcuno si è arrabbiato durante il debriefing, sono stato rispettoso e costruttivo nel cercare di aiutarlo ad affrontare la situazione

<b>FASE 5</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Ho identificato ciò che hanno fatto bene o male e perché</b>	

- Ho fornito un feedback concreto ai partecipanti sulla loro performance o quella del team sulla base di dati oggettivi e il mio onesto punto di vista
- Ho aiutato a esplorare ciò che i partecipanti stavano pensando o cercando di realizzare nei momenti chiave

<b>FASE 6</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Li ho aiutati a capire come migliorare o come mantenere buone prestazioni</b>	

- Ho aiutato i partecipanti ad imparare come migliorare le aree deboli o come ripetere buone prestazioni
- Ero competente e ho utilizzato quella conoscenza per aiutare i partecipanti a vedere come ottenere buone prestazioni in futuro
- Mi sono assicurato che coprissimo gli argomenti più importanti

**VALUTAZIONE DEL  
DEBRIEFING  
VERSIONE**



**NOME DEBRIEFER  
ANALIZZATO**

**Istruzioni:** Riassumi le tue impressioni sull' introduzione e sul debriefing in questa simulazione. Utilizza la seguente scala per valutare ciascuno delle sei "Fasi." Ciascun aspetto comprende specifici comportamenti dell'istruttore, descritti di seguito. Se un comportamento elencato è impossibile da valutare (ad esempio, come (gli) l'istruttore ha gestito la/e persone turbate se non c'è stato scontro), non lasciare che ciò influenzi la tua valutazione. (Gli) L'istruttore potrebbe fare alcune cose bene e alcune cose non così bene all'interno di ogni fase. Fai del tuo meglio per valutare l'efficacia complessiva dell'intera fase guidato/a dall'osservazione dei comportamenti individuali che lo definiscono

Valutazione	1	2	3	4	5	6	7
Descrizione	<b>Estremamente Inefficace/ Dannoso</b>	Costantemente Inefficace/ Molto povero	Per lo più Inefficace/ Povero	In qualche modo Efficace/ Media	Per lo più Efficace/ Buono	Costantemente e Efficace/ Molto Buono	<b>Estremamente Efficace/ Eccezionale</b>

<b>FASE 2</b>	<b>Valutazione</b>
<b>L'istruttore ha mantenuto un contesto coinvolgente per l'apprendimento.</b>	

- L'istruttore ha chiarito lo scopo del debriefing, cosa ci si aspettava da me e il ruolo dell'istruttore nel debriefing.
- L'istruttore ha riconosciuto le preoccupazioni circa realismo e mi ha aiutato a imparare anche se il caso/i sono stati simulati.
- Ho sentito che l'istruttore rispettava i partecipanti.
- L'attenzione era rivolta all'apprendimento e non sul far sentire in colpa le persone per aver commesso errori.
- I partecipanti potevano condividere pensieri ed emozioni senza paura di essere sminuiti o umiliati.

<b>FASE 3</b>	<b>Valutazione</b>
<b>L'istruttore ha strutturato il debriefing in modo organizzato</b>	

- La conversazione è progredita in modo logico anzichè saltare da un punto all'altro.
- All'inizio del debriefing, sono stato incoraggiato a condividere le mie reazioni obiettive sul caso/i e l'istruttore sembrava prendere sul serio le mie osservazioni.
- A metà del debriefing, l'istruttore mi ha aiutato ad analizzare le azioni e i processi di pensiero mentre esaminavamo il caso/i
- Alla fine del debriefing, c'è stata una fase di riepilogo in cui l'istruttore ha aiutato a collegare le osservazioni in relazione al caso/i in modo da poter migliorare la mia pratica clinica futura

<b>FASE 4</b>	<b>Valutazione</b>
<b>L'istruttore ha suscitato discussioni approfondite che mi hanno portato a riflettere sulla mia performance.</b>	

- L'istruttore ha utilizzato esempi concreti, non solo commenti astratti o generalizzati, per farmi pensare alla mia performance.
- Il punto di vista dell'istruttore era chiaro; Non dovevo indovinare cosa stesse pensando l'istruttore.
- L'istruttore ascoltava e faceva sentire la persone ascoltate cercando di includere tutti, parafrasando e usando azioni non verbali come il contatto visivo e il cenno del capo, ecc.
- L'istruttore ha utilizzato video o registrazioni per supportare l'analisi e l'apprendimento.
- Se qualcuno si è turbato durante il debriefing, l'istruttore l'ha aiutato in modo rispettoso e costruttivo

<b>FASE 5</b>	<b>Valutazione</b>
<b>L'istruttore ha identificato ciò che ho fatto bene o male - e perché.</b>	

- Ho ricevuto un feedback concreto sulla mia prestazione o quella del mio team da un punto di vista attento e chiaro
- L'istruttore ha aiutato a esplorare ciò che stavo pensando o cercando di realizzare nei momenti chiave.

<b>FASE 6</b>	<b>Valutazione</b>
<b>L'istruttore mi ha aiutato a vedere come migliorare o come mantenere una buona prestazione</b>	

- L'istruttore mi ha aiutato ad imparare come migliorare le aree deboli o come ripetere buone prestazioni.
- L'istruttore era competente e ha usato quella conoscenza per aiutarmi a vedere come ottenere buoni risultati in futuro.
- L'istruttore si è assicurato che trattassimo argomenti importanti.

# STRUMENTO GESTIONE DEBRIEFING

<p><b>NOME:</b></p> <p><b>DEFUSING:</b></p>	<p><b>DATA DEBRIEFING:</b> _____</p> <p><b>LUOGO:</b> _____</p>	<p><b>RACCOGLI</b></p> <p>Come ti senti</p> <p>Come pensi sia andata</p> <p>Puoi dirmi cosa è successo ?</p>	<p><b>ANALIZZA</b></p> <p>Ho notato che.....</p> <p>Dimmi di più.....</p> <p>A cosa pensavi quando ...</p> <p>ho capito, parlatemi di</p>	<p><b>RIASSUMI</b></p> <p>2 Azioni andate bene</p> <p>2 Aree su cui lavorare</p>	<p><b>MOTIVAZIONE DEBRIEFING - NOTE EVENTO</b></p>	<p><b>NOME:</b></p> <p><b>DEFUSING:</b></p>	<p><b>NOME:</b></p> <p><b>DEFUSING:</b></p>	<p><b>NOME:</b></p> <p><b>DEFUSING:</b></p>	<p><b>NOME:</b></p> <p><b>DEFUSING:</b></p>
---	---	--	---	--	--	---	---	---	---

## CASI CLINICI

# CASO 1 : ACC + ROSC

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere il buon lavoro svolto, eventuali proposte per non incorrere nelle difficoltà affrontate

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor	X	Materiale per CVP	X
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	X
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X		
Numero sedie		Pulsiossimetro	X		
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X		
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X		

### AMBIENTE CASO

Sala di PS

### ATTORI COINVOLTI

2 infermieri del corso

1 p.te simulato clinico (ruolo del medico)

### DURATA CASO

Massimo 15 minuti

## INTRODUZIONE DISCENTI

Siete in una sala di PS, è una giornata caotica, vi allertano che sta arrivando un ragazzo di 28 anni che ha avuto una sincope mentre era a lavoro, il triage è pienissimo, non viene fatto l'ECG al p.te, il collega vi invia il p.te dicendo che: "c'è casino e questo è brutto e non gli piace"

Il medico è occupato insieme all'anestesista in una rianimazione di un motociclista arrivato pochi minuti fa.

Avvisato dell'arrivo del codice GIALLO vi chiede di cominciare a guardare il p.te e nel caso avvisarlo se ci sono "cose grosse", il medico vi conosce bene, lavorate insieme da tanti anni ed ha grande fiducia in voi e voi di lui.

Nella sala siete solo voi due e se volete chiamare qualcuno potete farlo dal vostro cicalino.

## PROFILO PSICOLOGICO MEDICO

**P.te simulato** → Medico di esperienza, lavora in PS da tanti anni e conosce bene i due infermieri, ha grande fiducia in loro, è un carattere calmo, non perde la pazienza e crede molto nel team.

Sta rianimando un giovane motociclista insieme all'anestesista quando viene avvisato che sta arrivano un ragazzo di 28 anni con una sincope vera; avvisa i due infermieri della sala dicendo di cominciare a guardare il p.te e nel caso chiamarlo se ci fosse qualcosa di significativo.

Viene allertato tramite cicalino centrale, chiamato è trafelato, corre subito e chiede cosa sia successo.

Arriverà quando i due infermieri hanno già effettuato uno shock ed il p.te avrà ripreso ritmo, all'arrivo è attento, compliant, valuta il p.te mentre si fa dare tutte le consegne, valorizza il comportamento dei suoi infermieri che hanno operato al meglio, decide di chiamare il cardiologo tramite telefono, riferisce di avere un IMA anteriore che è andato in arresto.

Al termine chiederà agli infermieri di fare un debriefing dell'evento.

Durante il DEBRIEFING continuerà ad avere bei modi, ad analizzare in maniera seria l'evento, sottolineerà le competenze del gruppo ed il buon esito dello scenario, ( nel caso venisse chiamato tardi consiglierà solo una allerta più precoce).

## CANOVACCIO

All'arrivo la persona (simulatore) è vigile, orientato, mnesico dell'accaduto, dice di essersi svegliato con tutti i colleghi intorno.

La cute è sudata pallida, lamenta malessere, dolore al petto, durante la valutazione il p.te va in ACC, dopo inizio di RCP ed 1 shock ripresa del ROSC, all'ECG presenza di IMA, si allerta il medico che arriva dopo qualche minuto.

Il medico valuterà il p.te e chiamerà il cardiologo.

Il cardiologo riferirà di prepararsi e venire su subito perché la sala è già pronta.

## EVOLUZIONE CASO

Il caso si conclude non appena il p.te è pronto al trasporto in sala di emodinamica

## SIMULATORE RICHIESTO

Simulatore adulto

## PARAMETRI SIMULATORE

### Parametri all'arrivo dell'equipe

FR	22	FC	160
SAT	96	TC	36.0
PAO	100/60	ECG	IMA ANT

### Parametri quando il p.te va in acc

FR	--	FC	--
SAT	--	TC	35
PAO	--/--	ECG	F.V.

### Parametri dopo il ROSC

FR	12	FC	90
SAT	88	TC	36.0
PAO	110/60	ECG	IMA ANT

## CASO 2 : PARENTE AGITATO IN S.A.

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi delle strategie utilizzate, possibili altre strategie da utilizzare in futuro

### MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE

Letto/lettino		Monitor	X	Materiale per CVP	
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X	O2 terapia su simulatore o persona	X
Numero sedie		Pulsiossimetro	X		
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X		
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X		

### AMBIENTE CASO

Stanza di reparto

### ATTORI COINVOLTI

2 p.ti simulati non per forza sanitari (ruolo di parenti)

1 p.te simulato come paziente (non fondamentale, possibile utilizzo manichino)

**2 infermieri del corso agiranno lo scenario nel loro ruolo**

OSS (voce Andrea)

### DURATA CASO

Massimo 15 minuti

## INTRODUZIONE DISCENTI

Sono le 16 del pomeriggio, siete gli infermieri e state svolgendo il turno nel reparto Medicina generale, venite chiamati dall'OSS perché è in corso una discussione nella camera del signor Paolo Rossi (ragazzo di 15 anni ricoverato per polmonite in O2 terapia)

All'arrivo gli infermieri trovano la coppia dei genitori del pz che discute animatamente.

Il reparto è pieno di campanelli che continuano a suonare

## CANOVACCIO

I genitori discutono animatamente, la madre rimprovera al marito di essere stato troppo aggressivo e gli dice che deve uscire dalla stanza.

Il marito dice che non vuole andarsene che Paolo è anche suo figlio e vuole stare vicino a lui.

Entrambi i genitori vogliono rimanere in stanza con il figlio

## PROFILO PSICOLOGICO

**Madre** → sei una donna ansiosa, preoccupata, prima dell'arrivo dei sanitari discuti animatamente con tuo marito dicendogli di andare via. Vuoi rimanere da sola con tuo figlio, perché sai come interpretare i suoi bisogni, in modo particolare adesso che non sta bene. Sei angosciata dall'idea di lasciarlo da solo in reparto e non ti fidi di nessuno.

Quando entrano i sanitari continui a discutere con tuo marito..

**SE** i sanitari intervengono cercando di rassicurarti e proponendo un'alternativa convincente (es: genitore dello stesso sesso del figlio/a in stanza; oppure presenza alternata ogni due ore), allora ti calmi, cambi atteggiamento e trovi un accordo con tuo marito; rivaluti il suo supporto e collabori con i sanitari nel trovare una strategia per calmare tuo marito.

**SE non viene proposta nessuna alternativa convincente (es: genitore dello stesso sesso del figlio/a in stanza; oppure presenza alternata ogni due ore), i due genitori saranno irremovibili dalle loro posizioni iniziali.**

**Padre** → sei un uomo deciso, hai un carattere forte ma ami molto la tua famiglia e faresti tutto per loro, hai dei modi bruschi da sempre, ma fa parte del tuo carattere. In questo momento mantieni un atteggiamento aggressivo con tua moglie, è agitata e non vuole che tu rimanga in ospedale. Sei molto legato a loro e hai sempre avuto un atteggiamento iperprotettivo nei loro confronti, non vuoi nel modo più assoluto andare via da li.

**SE** tua moglie si calma e trova un accordo con te, allora riversi la tua aggressività sui sanitari, dici di non voler lasciare la tua famiglia, sei irremovibile, dici che dovranno portarti via con la forza.

Ti calmerai solo quando tua moglie in modo tranquillo ti convincerà che vi darete il cambio ogni ore e ti terrà costantemente aggiornato durante la tua assenza.

**SE viene proposta nessuna alternativa convincente (es: genitore dello stesso sesso del figlio/a in stanza; oppure presenza alternata ogni due ore), i due genitori saranno irremovibili dalle loro posizioni iniziali.**

**Figlio/a →** (VOCE MANICHINO) è lievemente dispnoico, cerca di placare gli animi dei genitori dicendo di smetterla di urlare perché si vergogna, anche lui/lei partecipa alla discussione con i genitori, ma poi si ferma perché gli manca il fiato.

Quando entrano i sanitari dice “ecco guarda che figura”, poi smette di parlare, si chiude in se stesso e non interagisce se non interpellato/a

### EVOLUZIONE CASO

I due genitori si calmeranno quando gli verranno fatte delle proposte, accettando quella più fattibile e concreta, la moglie a quel punto accetterà di allontanarsi dalla stanza lasciando il marito.

### SIMULATORE RICHIESTO

Se presente p.te simulato non necessita altrimenti simulatore bambino 15 anni

### PARAMETRI SIMULATORE

Nessun parametro richiesto

## CASO 3 : LEADERSHIP AGGRESSIVO

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor	X	Materiale per CVP	X
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X	O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie		Pulsiossimetro	X	Mascherine per ossigeno terapia	X
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X	<b>Streaming scenario</b>	<b>x</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X		

### AMBIENTE CASO

Stanza di reparto

### ATTORI COINVOLTI

1 P.te simulato sanitario (ruolo del medico)

1 P.te simulato (ruolo del p.te)

2 infermieri del corso

### DURATA CASO

Massimo 10 minuti

### INTRODUZIONE DISCENTI

Siete in un reparto di medicina, venite chiamati dalle urla del medico di reparto, un nuovo medico appena arrivato al suo secondo turno in reparto, urla con forza di correre.

## DESCRIZIONE SCENARIO

Il medico è dal signor Rossi, un uomo di 75 anni ricoverato da 2 giorni in reparto per una polmonite bilaterale.

Arrivate in camera e vedete il medico sta armeggiando sul carrello cercando la mascherina dell'ossigeno che non trova (la mascherina si trova sopra al carrello d'emergenza)

## PROFILO PSICOLOGICO

**Paziente** (se presente, diversamente si utilizzerà un manichino) → sei un uomo in buona salute, non hai mai sofferto di nessuna malattia, il ricovero ti stressa, hai paura perché ti manca il fiato e sei molto agitato, chiedi aiuto, **dici che ti manca l'aria.**

Appena ti posizionano la maschera dell'ossigeno inizialmente affermi: **adesso va un po' meglio, ma poi dici che ti dà fastidio, ti senti chiuso, ti sembra che l'aria non passi e ti gira la testa, ti agiti e continui a chiedere che ti aiutino a respirare meglio.**

**Ti fai visitare dal medico ma quando senti che dovrai andare a fare dei controlli radiografici ti stressi ulteriormente e dici che stai meglio.**

**Medico** → sei un medico neoassunto, laureato da poco ma molto sicuro di te, hai la mania del controllo, sei al tuo secondo turno in questo reparto e in questo ospedale.

**Hai un atteggiamento piuttosto brusco e autoritario, sei arrabbiato perché non trovi la maschera dell'ossigeno, non conosci il personale e non accetti nessuna anticipazione da parte loro** (es: comunicazione di di parametri vitali o trattamento).

Vai avanti secondo la tua logica di pensiero, sei tu a chiedere cosa fare, i parametri da rilevare, l'ossigeno da posizionare.

**Dai indicazioni in malo modo ai due infermieri, chiedi "dove sono le mascherine in questo cavolo di reparto", posizionerai l'ossigeno a 6 l/min.**

**Continuerai a visitare il paziente lamentandoti della lentezza, della confusione e continuando ad urlare, non dici mai "grazie", anzi spesso incalzi e dici: "veloci", "muovetevi", "ce la facciamo?"**

**Sei burbero anche col paziente gli dici che "che se ti lascia lavorare ci pensi tu a farlo star bene"**

**Chiedi la pressione, la saturazione, la frequenza cardiaca (parametri proiettati a monitor), dici di fare il Brevia 4 puff**

Effettui la valutazione ABCDE.

Prescrivi il Solumedrol 125 mg ancora per la respirazione, rivaluti i parametri poi dici di preparare il p.te per la lastra del torace, chiama in radiologia e chiede di fare un RX e preparare la sala per la TAC

**Il medico impartirà valuterà secondo ABCDE, terminata la valutazione prenderà il telefono e chiederà una RX ed eventuale preparazione della sala TAC al torace.**

### EVOLUZIONE CASO

Il caso termina quando il team è pronto per andare in radiologia

### DURANTE IL DEBRIEFING

**Medico** → durante il debriefing, mantiene un atteggiamento di superiorità, dice di essere stato obbligato a partecipare perché è l'obiettivo del suo primario.

Riferisce di non avere niente contro nessuno ma che fa parte del suo carattere ed è il suo modo di dire le cose; d'altronde nelle emergenze bisogna far veloce, e poi lui è il medico, è il leader ed ha la responsabilità di tutto.

**SE** fatto notare il comportamento aggressivo anche verso il paziente, riferirà che in quel momento era concentrato su cosa fare, che era la cosa più importante, e non sulla modalità di comunicazione.

**SE** Durante il debriefing gli altri membri dell'equipe esplicheranno il loro malessere relativo al suo comportamento, allora si calmerà, cambierà atteggiamento. Diventerà più collaborativo, riferirà di essere convinto di essere il leader ma si impegnerà a dire le cose in modo diverso.

### TIPOLOGIA SIMULATORE

Persona fisica (p.te simulato)

### PARAMETRI SIMULATORE

FR	30	FC	120
SAT	89	TC	39.0
PAO	120/60	ECG	RS

Quando il medico dirà che deve chiamare la radiologia

FR	22	FC	100
SAT	94	TC	38.0
PAO	120/60	ECG	RS

## CASO 4 : CONFLITTO NEL DEBRIEFING

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor		Materiale per CVP	
Barella		Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio		O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie	2	Pulsiossimetro		Mascherine per ossigeno terapia	
Manichino ad alta fedeltà adulto		Termometro		<b>Streaming scenario</b>	<b>x</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro			

### AMBIENTE CASO

Medicheria reparto di cardiologia

### ATTORI COINVOLTI

2 P.ti simulati sanitari (ruolo infermiere)

2 infermieri del corso (ruolo infermiere)

1 infermiere del corso (ruolo di coordinatore)

### DURATA CASO

Massimo 20 minuti

## INTRODUZIONE DISCENTI

Siete in un reparto di medicina ad alta intensità di cura, al cambio turno, voi siete l'equipe montante, sentite un forte vociare dalla medicheria, trovate i vostri due colleghi che discutono animatamente.

Stanno discutendo la "senior" del reparto, una collega molto competente ma burbera e con dei pessimi modi, discute con la collega arrivata da 7 mesi, spesso la "senior" la punzecchia sulla sua poca esperienza, la collega assunta da poco è molto competente, manca di esperienza ma molto precisa ed accurata nell'assistenza.

Nella gestione del reparto ogni infermiere ha in carico un piccolo numero di p.ti di cui si occupa per tutto il turno, l'interazione con gli altri p.ti è minima se non per aiutare nell'assistenza di base.

## DESCRIZIONE SCENARIO

Sei con un tuo collega pronto per iniziare il turno, sentite un gran vociare dalla medicheria, appena arrivate trovate i vostri colleghi che discutono animatamente.

Uno/a accusa l'altro/a che non si deve permettere di toccare i suoi pazienti, che è una irresponsabile.

L'altra afferma di non aver fatto nulla di che e che il rumore la distraeva e che lei era nuova ed aveva paura di tutto.

**L'infermiere 1 (SENIOR)** ha modificato le impostazioni degli allarmi del monitor aumentando i limiti senza aver avvisato la collega che aveva in carico la p.te, per lei/lui gli allarmi non erano impostati correttamente e continuavano a suonare disturbando il normale lavoro.

**L'infermiere 2** è arrabbiata perché il p.te era in attesa per una possibile procedura di revisione del PM, sembrava non funzionare correttamente ed andava monitorizzato ed essendo in carico a lei era lei a dover decidere. Non è la prima volta che la collega la contesta, in passato è successo anche davanti ai pazienti ed i colleghi.

Le due continuano a discutere senza trovare un punto di accordo nonostante i colleghi che cercano di fare da pacere.

## PROFILO PSICOLOGICO

**Infermiere/a 1 (senior)** → Infermiere/a senior in turno, molto competente, non ha fiducia nelle valutazioni del/la suo/a nuovo collega, pensa sia troppo impaurita per la poca esperienza, lei ha altro da fare oltre guardare solo un paziente. E' molto convinta delle sue competenze.

Durante il turno era infastidita dall'allarme della telemetria che suonava in continuazione ed allarmava il reparto, si lamenta che l'allarme mette in ansia anche gli altri pazienti e che poi questi devono chiamare lei.

**Infermiere/a 2** → Infermiera da 1 anno e da 7 mesi in quel reparto, prima ha lavorato in una RSA, ha studiato molto da quando è nel nuovo reparto e si sente molto precisa nel fare le cose, ha qualche insicurezza e la collega in turno la mette in soggezione perché la critica sempre e non le spiega nulla, quando lavora con lei controlla mille volte le cose perché ha paura di essere sgridata. Quando è con altri colleghi lavora più serenamente e sente accolti i suoi dubbi.

### **DURANTE IL DEBRIEFING**

**Infermiere/a 1 (senior)** → Non conosce che cosa sia il debriefing, pensa sia la solita perdita di tempo ma si fida del coordinatore che le/gli ha detto di provare a fare questa esperienza. Durante il debriefing esplicita i suoi dubbi sulla professionalità della collega, che non è pronta per certi pazienti e che forse era meglio fare esperienza in una medicina a bassa intensità di cura. Durante in debriefing continua a litigare e battibeccarsi su precedenti con la collega. Si sente toccata quando le dicono che è aggressiva e non aiuta, se viene dato durante il debriefing una strategia di come gestire questa sfiducia ( valutare in maniera critica e per obiettivi quello che vede, senza preconcetti, oppure scrivere macroscopicamente i punti chiave dell'assistenza ed analizzarli con un collega al cambio turni) ammorbidisce la sua posizione e chiede scusa per il suo comportamento.

Accoglie la proposta della collega di trovarsi a fine turno o in pausa caffè per chiarire eventuali dubbi sui p.ti

**Infermiere/a 2** → E' molto arrabbiata, la coordinatrice non ha preso le parti di nessuno, ha detto di effettuare questa "cosa" e poi parlerà con loro. Sa di avere poca esperienza ma ha studiato come una matta, i suoi colleghi esclusa la senior sanno che è una brava professionista, aveva impostato gli allarmi a monitor e quando è entrata in stanza si è accorta che il p.te era sudato, non stava bene e si chiedeva perché il monitor non avesse suonato, quando è andata a verificare ha visto che gli allarmi erano stati modificati.

Quando vede la posizione della collega che si ammorbidisce anche lei si calma.

Propone di trovarsi a fine turno o durante la pausa caffè quando lavora con la collega senior per chiarire eventuali dubbi

### **EVOLUZIONE CASO**

Il caso termina quando arriva il coordinatore che impone il debriefing al gruppo

### **PARAMETRI SIMULATORE**

Nessun simulatore necessario

## CASO 5 : ERRORE NON VOLUTO

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere la revisione dell'evento trovando il problema

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor parametri	X	Materiale per CVP	X
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	X
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X	O2 terapia su simulatore o persona	X
Numero sedie		Pulsiossimetro	X	Mascherine per ossigeno terapia	X
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X	<b>Streaming stanza</b>	<b>X</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X	<b>Sacca emazie</b>	<b>x</b>

### AMBIENTE CASO

Stanza di PS

### ATTORI COINVOLTI

1 P.ti simulati sanitari (ruolo medico esperto in rianimazione)

1 p.te simulato (ruolo infermiere 3/ talpa)

Lo scenario viene agito da 2 infermieri del corso nel ruolo di infermiere 1 e 2

### DURATA CASO

Massimo 10 minuti

## INTRODUZIONE DISCENTI

Siete in una sala di PS, medico ed infermiere già in sala chiedono aiuto per il p.te che è appena arrivato. Alla vostra attenzione un paziente che accusa malessere generalizzato, lamenta dolore addominale e dice che “si sente morire”.

## DESCRIZIONE SCENARIO

Arriva all’attenzione del medico del PS (p.te simulato) e dell’infermiere (talpa) un p.te di 45 anni con dolore addominale, iniziano la valutazione ma vista la complessità del caso fin da subito chiamano aiuto ed arrivano 2 infermieri.

Valutazione

- A: pervie, no sanguinamenti
- B: tachipnoico, SAT 94, MV trasmesso in tutti i campi
- C: PAO 60/40 FC 150, cute pallida diaforetica, addome teso,
- D: VC soporoso, collaborante, forte dolore, GCS 14 V3 E5 M6
- E: ipotermico TC 35°

All’arrivo degli infermieri viene dichiarato cosa riscontrato al momento:

Alla valutazione ABCDE

- A: pervie, no sanguinamenti
- B: tachipnoico, no segni di PNX SAT 94%, MV trasmesso in tutti i campi
- C: PAO 60/40 FC 150, cute pallida diaforetica, addome teso,
- D: VC soporoso, collaborante, forte dolore, GCS 14 V3 E5 M6
- E: Sanguinamento non attivo esternamente, non presenza di emorragie evidenti in atto.

vengono distribuiti dal medico i compiti: infermiere 1 a dx del malato, si occupa della parte circolatoria, infermiere 2 si occupa delle vie aeree e parametri, infermiere 3 (talpa) dedicato a terapia.

Vengono riferiti i parametri vitali, il medico chiede che venga somministrato O2 in maschera e reservoir, inizio terapia con SF 500 + 500 bolo, intanto si monitorizza il p.te

Vengono richiesti esami ematici: emocromo, chimica, coagulazione e TS + emazie

Vengono richieste emazie concentrate dall’emoteca che vengono prese da infermiere 3 (talpa) e infuse.

Inizia infusione emazie concentrate.

Il p.te dopo 1 minuto dalla somministrazione del sangue peggiora, perde coscienza, FR 30, SAT 70, PAO 50/30, sudato polsi non percepibili FC.

## PARAMETRI SIMULATORE

### Parametri all'arrivo dell'equipe

FR	25	FC	160
SAT	94	TC	35.0
PAO	60/40	ECG	R.S.

### Parametri 3 minuti dopo posizionamento sacca E.C.

FR	30	FC	180
SAT	70	TC	34
PAO	50/30	ECG	R.S.

### Parametri quando p.te in ACC

FR	--	FC	--
SAT	--	TC	34.0
PAO	--/--	ECG	PEA

### Parametri dopo 3 minuti di RCP

FR	--	FC	--
SAT	--	TC	34
PAO	--/--	ECG	ASISTOLIA

Dopo 3 minuti dalla somministrazione di sangue il p.te va in ACC, si iniziano manovre di RCP, ritmo presentazione PEA, dopo 2 minuti asistolico, dopo qualche minuto il medico dichiara il decesso.

Il medico è arrabbiato e scosso per l'accaduto, dice che non si può morire per un mal di pancia! Dice a tutta l'equipe che sono stati bravi, fa loro i complimenti per come è stato svolto il lavoro, ma chiede il debriefing dell'evento.

Anche l'infermiere (talpa) è scosso.

## EVOLUZIONE CASO

Il caso termina 2 minuti dopo la constatazione del decesso.

## PROFILO PSICOLOGICO

**Medico** → sei un medico del PS da tanti anni, sei una persona pacata, gentile, rispettosa dei ruoli, durante la rianimazione non perdi la calma, dai indicazioni e supporti il team.

Quando constati il decesso sei molto scosso, perché nonostante gli sforzi non si è riusciti a salvare il paziente, ti chiedi se avresti potuto fare di più o qualcosa di diverso e per questo chiedi il debriefing.

**Infermiere 3** → Sei una infermiera giovane, lavori da 6 mesi in PS, sei molto disponibile, consapevole della tua scarsa esperienza ti fai da parte e lasci a gire i tuoi colleghi esperti, tu ti occupi delle terapie, come ti è stato detto. Sei molto scossa dall'evento e sei contenta di poterne parlare.

## DURANTE IL DEBRIEFING

**Medico** → Sei molto dispiaciuto da quanto è accaduto, vuoi capire cos'è successo e cosa avresti potuto fare per salvare quell'uomo. Durante il debriefing mantieni un atteggiamento propositivo, rispondi e collabori ad ogni domanda.

Quando senti che è stata l'infermiera a commettere l'errore di infondere le emazie senza controllare la sacca, ti assumi le tue responsabilità, dici che è anche colpa tua che non ha effettuato il controllo.

**Infermiere 3(talpa)** → Sei compliant durante il debriefing, ripercorri tutto in maniera sincera.

Se ti viene chiesto se ha effettuato il controllo della sacca ti fermi ... rifletti ... e dici di no, dichiari di aver preso delle sacche dall'emoteca e data l'urgenza non hai controllato se fossero quelle da rianimazione o di un altro paziente.

Da questo momento in poi, consapevole del tuo errore, sei disperata, tormentata dai sensi di colpa, manifesti la tua tristezza e la tua disperazione per l'accaduto.

Ti calmi se dal debriefing emerge comprensione nei tuoi confronti e considerazione che non è unicamente colpa tua, accogli positivamente l'atteggiamento del medico quando questi afferma che anche lui è colpevole di non aver effettuato il controllo.

# CASO 6 : ABBANDONO STUDENTE INFERMIERE

## OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere la revisione dell'evento, far presente la possibilità di chiedere aiuto in sportelli specifici

## MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE

Letto/lettino		Monitor		Materiale per CVP	
Barella		Carrello urgenza		Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie	x	Fonendoscopio		O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie	4	Pulsiossimetro		Mascherine per ossigeno terapia	
Manichino ad alta fedeltà adulto		Termometro		<b>Stanza streaming</b>	<b>X</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro			

## AMBIENTE CASO

Nessuna stanza, serve solo la stanza per debriefing

## ATTORI COINVOLTI

2 P.ti simulati sanitari (ruolo studenti infermieri)

1 infermiere corso (ruolo tutor che richiede il debriefing) (Marco Adreotti corsista)

1 infermiere/pz simulato (ruolo infermiere presente il giorno dell'evento)

2 debriefer

## DURATA CASO

Massimo 15 minuti

## **INTRODUZIONE DISCENTI**

Siete due debriefer esperti in chiamati a condurre un debriefing clinico richiesto dal tutor clinico del reparto di Medicina, perché a seguito di un arresto cardiaco di un ragazzo di 19 anni, ricoverato nel reparto per un melanoma, i due studenti del 1 e 2 anno di Infermieristica che hanno assistito all'evento avanzano la richiesta di abbandonare il percorso (1 anno) e di sospendere il tirocinio clinico per un periodo (2 anno).

Con voi per il debriefing ci sarà la tutor del reparto, che ha acconsentito al debriefing, che si tiene due giorni dopo l'evento, alla presenza dei due studenti e dell'infermiere in turno quel giorno.

## **DESCRIZIONE antefatto**

Nel reparto di medicina, è ricoverato da 6 giorni un ragazzo ricoverato per polmonite, con riscontro di melanoma ancora da stadiare.

Il p.te si chiama Marco, ha 19 anni e frequenta la facoltà di fisioterapia, nonostante la diagnosi il ragazzo è sempre allegro, ha legato molto con i due studenti che lo assistono durante i turni, per affinità di percorso e simpatia.

Un pomeriggio intorno alle 18 mentre lo studente 1, al 1 anno di corso, passava dalla stanza di Marco notava che egli era chino sul letto, pallido e sudato.

Chiede cosa stia succedendo e Marco riferisce che gli manca il fiato e non sta bene, lo studente 1 correva in medicheria a chiedere aiuto.

In stanza arrivavano lo studente 2 al secondo anno di corso, e l'infermiera in turno, lo studente 1 è spaventato e viene mandato a prendere il carrello dell'emergenza ed il telefono portatile del reparto.

Nonostante l'attivazione dell'emergenza intraospedaliera, le condizioni del pz si degradano: lo studente 2 aiuta a posizionare l'ossigeno e mette supino il p.te.

Il p.te è confuso, apre gli occhi, si agita ma senza forze, diventa sempre più soporoso.

All'arrivo dell'anestesista e dell'infermiere della rianimazione agli studenti viene detto di uscire e sorvegliare il reparto.

I due non riescono ad allontanarsi, fissano il letto e tutte quelle figure che si muovono intorno a lui. Il pz va in arresto CC, si iniziano le manovre rianimatorie, il p.te viene intubato, qualcuno urla di chiamare i genitori, ma i due studenti restano pietrificati, in piedi, in silenzio a guardare.

La rianimazione dura per 40 minuti, piano piano tutti si allontanano ed escono dalla stanza, l'anestesista chiede dove si trova la cartella e viene accompagnato dall'OSS, l'infermiera in turno si accorge solo ora dei due ragazzi fermi davanti alla porta.

Dice ai due studenti di scendere al bar e staccare, non farsi problemi e tornare quando vogliono.

Quando i due studenti tornano nella stanza, accanto alla salma ricomposta di Marco, ci sono i genitori in lacrime.

Il turno continua, ma i due studenti non riescono a concentrarsi e chiedono all'infermiera se possono limitarsi a rispondere ai campanelli, l'infermiera acconsente e alle ore 20 i ragazzi lasciano molto provati il tirocinio.

## **DESCRIZIONE SCENARIO e PROFILO PSICOLOGICO E COMPORTAMENTALE**

I due ragazzi attendono in piedi in sala debriefing l'arrivo dei due infermieri specializzati nel debriefing, al loro arrivo sono restii a parlare, rimangono vaghi, ma si pongono bene con i debriefer, non sono ostativi e accettano di buon grado di sedersi in cerchio insieme alle altre figure coinvolte per dare inizio alla discussione

**Lo studente 1** (1° anno) interpellato durante il debriefing riferirà di voler abbandonare l'università dopo questo evento che l'ha particolarmente colpito, vista la gravità e l'esito (vedi evoluzione sotto).

**Lo studente 2** (2° anno) interpellato durante il debriefing riferisce di voler sospendere momentaneamente il tirocinio perché sente che qualcosa al momento non va, visti la gravità e l'esito dell'evento (vedi evoluzione sotto).

**Infermiere presente all'evento (Giuse)→** Sei Infermiere da 10 anni in servizio presso il reparto, sei scossa/o per l'evento ma soprattutto per la reazione dei due studenti, ti chiedi se avresti potuto fare altro e se hai gestito la situazione nel modo corretto, non hai dubbi sulla parte clinica ma credi di non aver gestito al meglio la parte relazionale con i ragazzi, non vuoi far cambiare loro idea a tutti i costi ma sei ma vorrebbe che si analizzasse la cosa da esperti. Hai chiesto il debriefing ma fai fatica a parteciparvi (vedi evoluzione sotto).

**Studente 1 (Clara)→** sei un ragazzo/a al primo anno, avevi legato molto con il p.te, che nonostante conoscesse la diagnosi è rimasto scosso dall'evento, ti sei sentito impotente durante l'evento, non sapevi cosa fare e come poter aiutare, ti senti inadeguato perché non hai fatto quello che ti avevano chiesto. Dopo che tutto era finito, hai visto i genitori con marco, hai pensato e se fossero i miei? E se fosse qualcuno della mia famiglia? I campanelli suonavano ma tu continuava a parlare con il tuo compagno di marco, sei tornato a casa e non ha dormito. Il mattino dopo hai chiamato il tutor dicendo che volevi interrompere il tirocinio, ricordi poche cose confuse dei giorni seguenti, sei comunque rimasto a casa, non ti importa se hai perso le ore di tirocinio tanto forse non ti serviranno neppure.. Ritiene che questa esperienza sia stata molto scioccante, non sa se riuscirà a fronteggiare cose del genere per tutta l'università e poi nella vita professionale, in famiglia non ci sono mai state patologie gravi o ricoveri per condizioni serie. Forse ha sbagliato percorso, pensava che gli infermieri dessero le terapie, collaborassero coi medici e gli altri professionisti per curare e far stare bene le persone e invece nonostante tutti quegli sforzi marco, a 19

anni, una vita ancora da iniziare, era morto. Durante la discussione se verranno indicate le motivazioni le renderai note (magari non subito, ma dopo due richieste ad es.) se proposto accetta di sospendere al momento questo tirocinio e di provare a ripeterlo questa estate

**Studente 2 (Laura) →** Ricordi che è stato tutto molto veloce, ricordi di essere arrivato correndo con l'infermiera di turno in camera di Marco e poi qualcuno ti ha detto di mettere l'ossigeno, ricordi Marco che chiedeva aiuto e ti sembrava che niente e nessuno potesse darglielo. Non ti sentivi adeguato al momento, non sapevi cosa fare, meccanicamente eseguivi quanto ti chiedevano, hai paura di aver fatto qualcosa di sbagliato e che Marco sia peggiorato per colpa tua. Durante l'università hai già visto morire altri pz, ma eri in medicina ed erano tutti più anziani di Marco, lui è il tuo primo pz giovane che muore. Non vorresti buttare via il tuo percorso perché sei già al secondo anno, ma hai comunque vissuto un'esperienza scioccante e non ti sei sentito all'altezza.

Ti sfoghi fin da subito dicendo i tuoi sentimenti, segui e sei compliant nelle dinamiche del debriefing, al termine dici di essere soddisfatto di aver fatto questa esperienza e che se possibile vorresti provare a continuare il tirocinio.

**Infermiere tutor (partecipante Marco Andreotti) →** Infermiere esperto del reparto, non vuole far cambiare idea ma vorrebbe che si analizzasse la cosa da esperti.

Chiede il debriefing ma non partecipa perché non vuole influenzare la decisione ma vuole solo far rielaborare l'evento in maniera strutturata e non vuole che gli studenti vengano influenzati dalla sua presenza.

### **SPECIFICA COMPORAMENTI PZ SIMULATI DURANTE IL DEBRIEFING**

**Infermiere presente all'evento →** Ripercorre l'evento passo passo, più volte afferma e dice ai ragazzi che non è colpa loro e che hanno fatto quello che sapevano fare e lo hanno fatto bene, al termine chiede di ripensare alla decisione dello studente 1

**Studente 1 primo anno →** Si sente inadeguato, dopo un momento in cui non parla, si scioglie comincia a descrivere l'evento e segue le dinamiche del debriefing,

**Studente 2 secondo anno →** Si sfoga da subito dicendo i suoi sentimenti, segue ed è compliant nelle dinamiche del debriefing, al termine dice di essere soddisfatto di aver fatto questa esperienza e che se possibile vorrebbe provare a ricominciare il tirocinio.

### **SIMULATORI**

Nessun simulatore richiesto

## CASO 7 : PARENTI INVASIVI

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro

### MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE

Letto/lettino		Monitor	Materiale per CVP	
Barella		Carrello urgenza	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie		Pulsiossimetro	Mascherine per ossigeno terapia	
Manichino ad alta fedeltà adulto		Termometro	<b>Streaming scenario</b>	<b>x</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro		

### AMBIENTE CASO

Stanza riunioni (sala immersiva)

## **ATTORI COINVOLTI**

1 P.te simulato (ruolo del p.te)

1 P.te simulato (ruolo del parente)

1 infermieri del corso nel ruolo di infermiere

## **DURATA CASO**

Massimo 10 minuti

## **INTRODUZIONE DISCENTI**

Siete in una stanza del reparto, l'infermiere ha chiamato il signor Antonio un uomo di 66 anni ricoverato per una recidiva di colangite in noto diabetico insulinodipendente, insieme a lui c'è Lucia la parente care giver. Ancora una volta l'infermiere scopre che vengono portati al p.te alimenti fuori dieta, ricchi di grassi, patatine, pane, ecc.

Nasce una discussione tra infermiere e p.te, dove per l'ennesima volta si cerca di far capire l'importanza del rispetto della dieta viste le condizioni del p.te. Emerge anche che il p.te con l'aiuto del parente gestisce la terapia insulinica, apportando delle modifiche in modo autonomo.

## **DESCRIZIONE AI DEBIREFER**

Viene fatta una richiesta un po' diversa dal solito, viene richiesto al gruppo dei debriefer di incontrarsi con l'infermiere di riferimento di un p.te ed un suo parente per parlare dell'ennesimo litigio riguardo la scarsa compliance terapeutica.

Viene richiesta la presenza di personale esterno proprio in virtù della scarsa collaborazione tra il paziente e il personale dell'unità operativa appunto si spera che vedendo facce non conosciute e diverse possa in qualche modo aiutare lui e l'intero gruppo.

## DESCRIZIONE SCENARIO

Nella stanza quando entra l'infermiere sono presenti Antonio e la sua parente. L'infermiere riferisce che ancora una volta è venuto a sapere che il paziente non ha mangiato il pasto proposto e ha preferito mangiare cibo portato da casa. L'infermiere cercherà di spiegare la situazione ma sia il paziente che il parente continueranno a dire che non si fidano delle medicine che loro nonno è morto a 100 anni e mangiava e beveva tutti i giorni.

I due simulanti parlano a voce alta non sono aggressivi ma non vogliono affermare le loro ragioni e cioè che il cibo nostrano e fatto in casa è molto più salutare di quello proposto in ospedale, non vogliono sentire ragioni e minimizzano ogni possibile rischio.

**SE** verrà proposto al paziente di cercare di seguire la dieta con cibi preparati dal suo parente o di provare a sentire un nuovo parere medico per avere un confronto si dimostrerà favorevole a provare.

## PROFILO PSICOLOGICO

**Antonio** → Uomo educato ma istrionico, parla ad alta voce, gesticola, ha paura degli ospedali, suo fratello è morto proprio in questo ospedale di infarto e lui è convinto sia colpa dei medici.

Discute con l'infermiera a voce alta ma non in modo aggressivo, è convinto di sapere cosa gli serve e che la sua parente voglia solo il suo bene tanto è vero che gli cucina tutto quello che gli piace.

Afferma che all'ospedale i medici non capiscono nulla, infatti è ricoverato da quasi 1 mese e non è guarito.

Per tutto lo scenario mantiene la sua posizione e non cambia idea.

Per quanto riguarda l'insulina autosomministrata dice che lo fa perché a casa sua lo fa in modo autonomo.

**Parente** → Asseconda in tutto Antonio, continua a dire che gli vuole bene che vuole il meglio per lui, che non voglio in nessun modo farlo star male. Dice che la sua cucina è buona, sicuramente più sana di quella dell'ospedale, che lei sa cucinare anzi cucinava persino per un grosso hotel.

Quando gli viene fatto notare della pericolosità delle doppie somministrazioni di terapia e di una dieta sregolata che porterebbe a un peggioramento delle condizioni cliniche del suo parente rivede la sua posizione e si dichiara propensa a convincere il suo parente a cambiare stile di vita a casa ed in reparto.

### EVOLUZIONE CASO

Il caso termina dopo 10 minuti.

### DURANTE IL DEBRIEFING

**Antonio** → continua a discutere con l'infermiera, non sa bene cosa stia facendo in quel momento e si chiede a che servano queste cose, inizialmente non si muove dalle sue posizioni

**SE** → viene proposto di iniziare a far cucinare dal parente ma cibo secondo dieta accetterà.

**SE** → fatto notare la pericolosità del rischio della doppia somministrazione di farmaci si convincerà a seguire il reparto ma vorrà somministrarsela lui.

**SE** → chiesto di cosa ha paura dopo qualche minuto dall'inizio del debriefing spiegherà dell'evento del fratello.

**Parente** → Mantiene inizialmente atteggiamento restio. Quando gli viene fatto notare della pericolosità delle doppie somministrazioni di terapia e di una dieta sregolata che porterebbe a un peggioramento delle condizioni cliniche del suo parente rivede la sua posizione e prova anche lei/lui a convincere il suo parente a cambiare stile di vita a casa ed in reparto.

## CASO 8 : COMUNICAZIONE MALATTIA

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>				
Letto/lettino		Monitor	Materiale per CVP	
Barella		Carrello urgenza	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie		Pulsiossimetro	Mascherine per ossigeno terapia	
Manichino ad alta fedeltà adulto		Termometro	<b>Streaming scenario</b>	<b>x</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro		

### AMBIENTE CASO

Nessuno scenario simulato

## ATTORI COINVOLTI

1 P.te simulato sanitario (ruolo dell'infermiere)

1 P.te simulato sanitario (ruolo del medico)

1 infermieri del corso nel ruolo di infermiere

## DURATA CASO

Massimo 10 minuti

## INTRODUZIONE DISCENTI

Siete in un reparto di neurologia, è ricoverata da voi Lucia, una ragazza di 25 anni, la diagnosi di ricovero è cefalea, vertigini, astenia in NDD, dopo 4 giorni di ricovero arriva la diagnosi, è di un tumore localizzato al cervelletto e ormai metastatizzato ad ossa.

L'aspettativa di vita sentita l'oncologo è di 2 mesi visto il progredire della massa primaria sulle strutture.

Lucia è una ragazza vivace e sicura di sé, chiede sempre di sapere cosa succede, è adulta e vuole essere informata, per poi condividere le informazioni con i genitori che sono ansiosi.

I genitori fin da subito chiedono ai sanitari di parlare prima con loro e poi con la figlia.

La notizia della malattia viene data a tutta la famiglia contemporaneamente.

## DESCRIZIONE AI DEBIREFER

Viene chiesto di effettuare un debriefer per un evento riferito ad una comunicazione di malattia fatta ad una ragazza di 25 anni.

Diagnosi di k cervelletto più MTS ossee, aspettativa di vita 2 mesi.

Il medico e l'infermiera conoscono il progetto debriefing dell'azienda e chiedono un incontro

## PROFILO PSICOLOGICO

**Medico** → Uomo educato e rispettoso, serio, lavora in quel reparto da quasi 7 anni gli è già capitato di dover dare diagnosi infauste ma quasi sempre a persone in età avanzata o con problematiche già note che venivano in quel reparto per riacutizzazioni della malattia, è la prima volta che si confronta in uno scenario simile. Riguardo a questo evento è contento di poterne parlare perché continua a ripensare se ha fatto bene o se ha fatto male a comunicare a tutta la famiglia contemporaneamente. Nel reparto si è spesso discusso se assecondare l'idea dei genitori anche se sbagliata ma permettendo alla ragazza di vivere gli ultimi due mesi in serenità o se accontentarla ed andare contro la richiesta esplicita dei genitori. Sa di aver fatto tutto ciò che eticamente è corretto ma si chiede quanto possa aver senso l'etica. Si sente arrabbiato perché nonostante abbia fatto del suo meglio ha comunque dato disperazione a tutti. Durante il debriefing esprime la sua tristezza per l'evento e il timore di aver fatto la cosa sbagliata e comunque contento di poterlo esplicitare

**Infermiere/a** → anche lei una senior del reparto è una ragazza sempre allegra che lavora da quando è stata assunta, cioè 10 anni fa in quel reparto è la prima volta che si confronta con l'esperienza del debriefing ed è distrutta da questo evento che sta raccontando. Il suo primo pensiero è sempre stato quello di assecondare i genitori e permettere alla ragazza di vivere i restanti mesi in una sorta di tranquillità. Non era dell'idea, quando è stato fatto un briefing tra tutte l'equipe, di comunicare la notizia ma a suo malgrado essendo un'infermiera che si occupava direttamente della ragazza si è

adeguata e con il medico è andata a dare la notizia. Prova rabbia perché la situazione sarebbe comunque andata male perché avrebbe scontentato qualcuno. Continua a ripensare alla rabbia dei genitori per aver detto la notizia alla figlia nonostante avessero fatto esplicita richiesta. Anche se molto solare è restia a parlare dei suoi sentimenti ed inizialmente non collabora in maniera efficace nel debriefing, quando sente che anche il medico ha provato sensazioni simili alle sue si scioglie ed esprime tutto il suo disagio e la sua tristezza sia per l'evento della notizia ma anche in maniera più generica per l'evento capitato una ragazza così giovane.

### TIPOLOGIA SIMULATORE

Nessun manichino

## CASO 9 : SOCCORSO CAOTICO

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere sensazioni dei partecipanti, analisi della comunicazione utilizzata, far emergere le difficoltà del gruppo di lavoro

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor	X	Materiale per CVP	X
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X	O2 terapia su simulatore o persona	
Numero sedie		Pulsiossimetro	X	Mascherine per ossigeno terapia	X
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X	<b>Streaming scenario</b>	<b>x</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X		

### AMBIENTE CASO

Stanza di Pronto Soccorso

## **ATTORI COINVOLTI**

1 P.te simulato sanitario (ruolo del medico di pronto soccorso)

1 P.te simulato talpa (ruolo dell'infermiere)

1 infermieri del corso

Voce fuori campo del p.te (Andrea)

## **DURATA CASO**

Massimo 10 minuti

## **INTRODUZIONE DISCENTI**

Siete in una stanza di PS, portano alla vostra attenzione il signor Luigi (manichino) un uomo di 50 anni portato dai parenti che lo trovano letargico, poco responsivo.

Nella stanza sono presenti il medico che è un nuovo medico assunto da qualche mese, l'infermiere 2 (corsista) e un infermiere nuovo assunto in affiancamento.

## **DESCRIZIONE AI DEBIREFER**

Viene chiesto il debriefing per un soccorso avvenuto in PS dove pare ci sia stato "caos", il debriefing è stato chiesto dal medico, presente all'evento, perché crede possa essere utile al miglioramento del team.

Non vi vengono descritte criticità importanti dal medico richiedente.

## **DESCRIZIONE AI SCENARIO**

Il p.te entra in stanza, il medico è molto agitato, ma gentile e cerca di collaborare e continua a dire per favore e grazie. Dopo il "Buongiorno" iniziale rivolto al p.te, inizia a dire di stare calmi e inizia la valutazione Si interrompe dopo la valutazione di Aper

andare a chiedere telefonicamente se la radiologia è libera, dice ai due infermieri di aspettarlo senza fare nulla, si scusa con loro, ma non vuole perdere il filo del caso in trattamento.

L'infermiera talpa segue il medico, continua a chiedere allo stesso cosa fare, poi torna dal suo affiancatore e chiede di poter fare qualcosa in modo da imparare a gestire in autonomia i futuri casi: prova a prendere i parametri vitali ma poi chiede se può prenderli lei o se si deve comunque aspettare il medico.

Il medico nel frattempo ricomincia la valutazione, chiede scusa, visita il paziente in maniera confusa, chiede e richiede le stesse cose, non ha grandi risposte dal p.te se non qualche mugugno.

Dopo una raffazzonata valutazione ABCDE, senza trovare criticità, il medico chiede all'infermiere esperto (corsista) di chiamare la TAC e dire che a breve arriverà il pz per l'esame, in quanto il sospetto diagnostico è di uno stroke.

L'infermiere talpa continua a seguirli e a chiedere se può fare qualcosa.

### PROFILO PSICOLOGICO

**Medico** → Sei una persona gentile e scrupolosa, ma sei ansioso, è il primo posto di lavoro, ci tieni a far bene ma hai paura di sbagliare e di fare errori. Fino alla valutazione di C (circolo) non ascolti soluzioni o alternative se proposte dall'infermiere esperto, dopo la valutazione di C, nel caso gli venga proposto di occuparsi solo della visita, accetta e prova a seguire il consiglio lasciando la fine della valutazione iniziale all'infermiere e sei più propenso ad ascoltare quanto proposto.

Valuti il p.te secondo il metodo ABCDE ma in maniera caotica, salti i passaggi e non ricordi cosa hai trovato, dopo aver valutato A e B in modo non lineare, vai a telefonare per sentire se la radiologia è libera per eventuale TAC visto che alla visita non riscontri macroscopiche problematiche. Dici chiaramente agli infermieri con te di aspettarti per continuare, dici che potrebbe essere anche uno stroke e ti allontani per telefonare, non dai altre indicazioni agli infermieri.

**Infermiere 1 (talpa)** → Sei un infermiere/a neoassunta con contratto determinato di un anno, ti hanno detto che prima del termine del tuo contratto dovrebbe uscire il bando di concorso a tempo indeterminato e tu vorresti rimanere in questo ospedale perché sei vicino a casa. Non volevi stare in PS ma come primo lavoro non ti sei sentita di rifiutare il posto. Non ti senti preparata a tutta quella casistica così differenziata, non hai fatto il PS neanche durante la triennale e neanche una terapia intensiva, avresti desiderato essere assegnata alla cardiologia, cui ti sei sempre sentita affine. Ringrazi di essere con un infermiere esperto, ma hai anche timore che se non dimostri impegno e voglia di imparare possano insorgere problemi a continuare con il lavoro in questo ospedale, sei comunque nel tuo periodo di prova. Continui a stazionare intorno al medico e all'infermiere esperto, chiedendo cosa fare e come aiutare, sei gentile ma non ricordi molto cosa ti dicono e lo richiedi mille volte, si vede che sei agitata da tuo non verbale. Ad un certo punto ti avvicini per misurare i PV al pz, inizi, poi ti blocchi e chiedi se veramente puoi farlo o devi attendere il medico, visto che lui ha detto di aspettare a fare le cose perché non vuole perdere il filo del caso.

### EVOLUZIONE CASO

Il caso termina quando il team è pronto per andare in radiologia

L'esito della TAC darà come diagnosi uno STROKE ischemico ed il p.te sarà trasferito in stroke unit.

### DURANTE IL DEBRIEFING

**Medico** → durante il debriefing, mantiene un atteggiamento gentile ed attento, si è interessato alla pratica del debriefing da studente e quindi è contento ci sia un team dedicato in ospedale.

Non riconosce la sua ansia durante la gestione degli eventi, è contento del soccorso appena svolto, dice che il team ha trovato velocemente il problema

**SE** fatto notare sempre in modo gentile chiederà scusa e prometterà di lavorarci su.

**SE** durante il debriefing non emergerà nulla lui si dirà soddisfatto e chiuderà il discorso ringraziando e dicendo “alla prossima”

**Infermiere talpa** → inizialmente si dimostra silenziosa e risponde solo con poche parole, è impaurita di dire la cosa sbagliata. Se invitata a parlare liberamente esprimerà le sue insicurezze e le sue paure, non è abituata a gestire emergenze ed ha trovato tutto molto caotico, non sapeva come muoversi e chi ascoltare, sarà comunque positiva al termine del debriefing dichiarando che le è servito e che proverà ad attuare un lavoro sulle sue criticità.

### **TIPOLOGIA SIMULATORE**

Manichino Hall

### **PARAMETRI SIMULATORE**

<b>FR</b>	<b>11</b>	<b>FC</b>	<b>100</b>
<b>SAT</b>	<b>95</b>	<b>TC</b>	<b>38.0</b>
<b>PAO</b>	<b>150/90</b>	<b>ECG</b>	<b>RS</b>

## CASO 10 : ERRORE FARMACO

### OBIETTIVI GENERICI DEL DEBRIEFING

Far emergere la revisione dell'evento trovando il problema

<b>MATERIALE NECESSARIO PER SIMULAZIONE</b>					
Letto/lettino		Monitor parametri	X	Materiale per CVP	X
Barella	X	Carrello urgenza	X	Materiale per glicemia	X
Sala dedicata con tavolo e sedie		Fonendoscopio	X	O2 terapia su simulatore o persona	X
Numero sedie		Pulsiossimetro	X	Mascherine per ossigeno terapia	X
Manichino ad alta fedeltà adulto	X	Termometro	X	<b>Streaming stanza</b>	<b>X</b>
Manichino alta fedeltà bambino		Sfigmomanometro	X		

### AMBIENTE CASO

Stanza di PS

### ATTORI COINVOLTI

1 P.ti simulati sanitari (ruolo medico esperto in rianimazione)

1 p.te simulato sanitario (ruolo infermiere talpa)

### DURATA CASO

Durata del debriefing

## INTRODUZIONE DISCENTI E P.TI SIMULATI

In una giornata caotica di PS viene ricoverato il signor Mario, uomo di 55 anni ricoverato per scompenso cardiaco e riacutizzazione BPCO.

Durante la visita il p.te peggiora vistosamente fino ad avere un arresto respiratorio, viene iniziata la RCP ed il p.te viene poi ripreso, durante la rianimazione il gruppo si confronta e si viene a sapere che ancora in fase di visita il medico ha passato una fiala all'infermiera come terapia non facendo attenzione che stava passando il solumedrol a cui il p.te era allergico, fatto a conoscenza anche dell'infermiera.

Dopo l'evento il primario e la coordinatrice hanno chiesto che i due andassero ad effettuare un debriefing.

## DESCRIZIONE SCENARIO

Non verrà effettuato nessuno scenario ma si effettuerà solo il debriefing all'interno del quale i pazienti simulati reciteranno la loro parte di sanitari

## PROFILO PSICOLOGICO

**Medico** → Medico di PS da tanti anni, c'è molta confidenza con il team e con l'infermiera con cui eri in turno, sei sicuro di te. Quando è arrivato il p.te avevi appena mandato una paziente complessa giovane in TAC e subito era entrato il pz dell'evento.

Ti senti in colpa per l'evento continui a chiedere scusa, affermi che ti prenderai le tue responsabilità, sei arrabbiato con il sistema per le condizioni in cui ti fa lavorare, pensi che questa volta sia andata bene perché il paziente è sopravvissuto ma in caso contrario sarebbero stati problemi per tutti compreso anche l'infermiera.

Se richiesto descrivi minuziosamente l'evento e l'errore commesso durante l'anamnesi con il malato: la prima cosa detta dal paziente era la sua nota allergia. Nella fretta hai preparato il farmaco che era il trattamento di routine e l'hai passato all'infermiera che aveva appena preso l'accesso venoso, Se viene fatto notare che si potrebbe agire con maggiore sicurezza (per esempio attraverso un doppio controllo orale) affermi di non averci pensato, che non è una routine nel reparto, ma che questa soluzione potrebbe essere una buona proposta.

**Infermiere/a** → sei infermiera da 10 anni in pronto soccorso, sei esperta, brava e sicura. Lavori molto bene con il medico con cui eri in turno durante l'evento. Con lui c'è una grande confidenza: siete un gruppo relativamente giovane, siete entrati in ospedale subito dopo la laurea e siete ormai in PS da anni.

Vi conoscete a memoria, vi fidate ciecamente e quindi non hai fatto caso al farmaco quando l'hai somministrato. Ricorda molto bene in un momento in cui il paziente ha riferito dell'allergia perché è stata la prima cosa che ha detto appena è entrato, ma non ha fatto caso al farmaco passato dal medico poiché ti fidi e non pensavi potesse

incorrere in un errore così banale. Sei arrabbiata per l'errore fatto dal medico, ma appena senti che si prenderà le proprie responsabilità ti calmi. Sei convinta fermamente che il problema non sia tanto l'evento, ma il sistema.

Ti senti comunque in colpa perché pensi che potevi anche tu fare più attenzione o chiedere conferma del farmaco prima di somministrare, magari sentendo ripetere il nome del farmaco il medico si sarebbe ricordato dell'allergia e avreste evitato l'errore.