

Il *briefing* e il *debriefing* nell'apprendimento protetto in simulazioni per le professioni della cura: analisi della letteratura

Briefing and debriefing in protected learning during simulations for the healthcare professions: a literature review

LORENZA GARRINO¹, CRISTINA ARRIGONI², ANNA MARIA GRUGNETTI², BARBARA MARTIN¹, STEFANO COLA¹, VALERIO DIMONTE¹

¹ Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Torino

² Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Pavia

Premessa. Il *briefing* e il *debriefing* sono metodi considerati parte integrante e fondamentale del processo di simulazione per lo sviluppo delle “technical e non technical skills” degli studenti e dei professionisti della cura. L'obiettivo di questo lavoro è ricercare, valutare e sintetizzare le principali evidenze bibliografiche disponibili relative all'efficacia del *briefing* e del *debriefing* nella simulazione per l'apprendimento dei professionisti sanitari. **Materiali e metodi.** Attraverso la consultazione della banca dati Medline/PubMed, Cinahl e Scopus, sono stati rilevati e selezionati per l'analisi undici articoli ritenuti pertinenti per lo studio che si intendeva sviluppare. **Risultati.** Sono emerse tre categorie di articoli: simulazione interprofessionale (4 studi di cui 2 descrittivi, una *survey* e un *pre-post study design*); *briefing* (2 studi di cui una *review* e uno studio qualitativo); *debriefing* (5 studi di cui 2 *review*, uno studio qualitativo, una *survey* e un *mixed method study*). I risultati emersi dall'analisi della letteratura supportano l'ipotesi diffusa che il *briefing* e il *debriefing* siano una componente importante della simulazione. Nella maggior parte degli studi il *briefing* permette agli studenti di attivare una pre-riflessione, esprimendo le proprie incomprensioni circa ciò che si andrà a fare durante lo scenario e consente al tutor/istruttore di rielaborare le istruzioni utili alla pratica clinica. Il *debriefing* viene inteso come riflessione sull'esperienza svolta, anche attraverso l'analisi di emozioni e sentimenti, ed è considerato dagli studenti negli studi esaminati come il miglior metodo per sviluppare il giudizio clinico. **Conclusioni.** I benefici del *briefing* e *debriefing*, realizzati in differenti contesti e modalità, vengono descritti in letteratura, ma non è stata valutata la loro efficacia in termini di impatto formativo di fondamentale importanza è il ruolo del tutor/facilitatore che, attraverso le riflessioni guidate, fa raggiungere agli studenti gli obiettivi formativi prefissati e li sostiene nella ricerca dell'autodeterminazione.

Parole chiave: *Briefing*, *debriefing*, formazione, paziente simulato, professioni sanitarie

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Lorenza Garrino
Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Università di Torino
Via Santena 5 bis, 10126 Torino
e-mail: lorenza.garrino@unito.it

Background. *The briefing and debriefing methods are considered a fundamental part of the simulation process for the development of “technical and non-technical skills” of students as well as of care professionals. The aim of this work is to investigate, evaluate and synthesize the main bibliographic evidence available regarding the effectiveness of the briefing and debriefing in simulation for the learning process of health professionals.*

Consulting the database Medline/PubMed, CINAHL and Scopus, we identified and selected eleven articles considered relevant to the study we intended to develop. Three categories appeared: Inter-professional Simulation, (4 studies including 2 descriptive ones, a survey and a pre-post study design); Briefing (2 studies, one review and a qualitative study); Debriefing (5 studies including 2 review qualitative studies, a survey and a mixed method study). The results obtained support the widespread hypothesis that briefing and debriefing are an important part of the simulation process. In most studies briefing allows students to activate a “pre-reflection”, expressing their misinterpretations about what one has to do during the simulation and allows the tutor / instructor rewrite instructions useful to clinical practice. Debriefing is intended as a reflection on the activity, occurring as well through the analysis of emotions and feelings and is considered by students as the best method to develop clinical judgment. Conclusions. The benefits of the briefing and debriefing method, achieved in different circumstances and methods, are described in literature, but the effectiveness in terms of educational impact have not been evaluated yet. The role of the tutor / facilitator who, through guided reflections allows students to achieve the educational objectives set, and supports them in search of self-determination, is of fundamental importance.

Key words: *Briefing, debriefing, education, patient simulation, public health professional*

Background

Il percorso formativo previsto in ambito accademico per gli studenti delle professioni sanitarie mira allo sviluppo delle competenze cognitive, gestuali, relazionali e di giudizio clinico degli studenti, attraverso l'implementazione di strategie formative innovative. La finalità è di migliorare le loro *performances*, nell'ottica di garantire al paziente una prestazione efficace, efficiente e priva di rischi, facilitando i processi di elaborazione critica, mirando ad arricchire e consolidare le basi scientifiche della pratica clinica (Bland et al., 2011). Nel setting clinico deve essere garantita la sicurezza nello svolgimento delle abilità psicomotorie con l'imperativo di garantire l'efficacia dell'assistenza all'utente, rispondendo a requisiti di sicurezza, affidabilità ed eticità e la formazione gioca un ruolo importante in tal senso (Walsh e Seldomridge, 2005). Oggi i professionisti della cura e la popolazione si stanno interrogando sull'eticità della pratica degli studenti sui pazienti. Il contesto clinico è, senza dubbio, l'ambiente più ricco per lo sviluppo delle competenze dei professionisti; tuttavia, per gli studenti delle discipline sanitarie sperimentare procedure che richiedano particolari abilità tecniche, relazionali ed educative, in ambiente clinico, comporta un aumento del rischio per i pazienti e solleva questioni etiche di notevole rilevanza (Benner et al., 1996; Kelly et al., 2014). Il laboratorio di simulazione rappresenta in tal senso un setting controllato e risponde in modo appropriato a tale interrogativo (Decker et al., 2007; De Oliveira, 2014).

La simulazione fonda le sue radici nel presupposto teorico dell'andragogia di Knowles (2008), cioè nell'offrire un'esperienza verosimile. La teoria dell'apprendimento esperienziale suggerisce infatti che l'esperienza concreta, l'osservazione riflessiva e la partecipazione attiva siano elementi

essenziali per lo studente, affinché assimili nuove conoscenze e competenze per poter poi agire con appropriatezza e sicurezza nelle situazioni cliniche reali (Zannini, 2005). La simulazione è stata identificata come un metodo efficace per l'insegnamento e lo sviluppo delle competenze riguardante le competenze comunicative interprofessionali e di giudizio clinico, oltre a creare nel discente fiducia in se stesso (Lasater e Nielsen, 2007; Titzer et al., 2012; Kolbe et al., 2015). La simulazione stimola gli studenti a imparare gli uni dagli altri e a acquisire maggior sicurezza in sé stessi, sviluppando la capacità di autovalutarsi (Titzer et al., 2012). La simulazione fornisce opportunità di collaborazione interprofessionale, facilitando il confronto delle conoscenze specifiche di ogni categoria professionale, determinando così il miglioramento della comprensione dei diversi ruoli tra gli studenti delle diverse discipline e il conseguimento delle abilità di problem solving (Titzer et al., 2012; King et al., 2015). Nonostante vari autori abbiano riportato case-study all'interno di simulazione interprofessionale, molte domande rimangono circa la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia di questa forma di apprendimento interprofessionale (IPL), in particolare nel contesto universitario (Bukley et al., 2012).

Il processo di simulazione prevede tre fasi: il *prebriefing* o *briefing*, lo scenario simulato e il *debriefing* (Rhodes e Curran, 2005).

Il *prebriefing* serve ad assistere i partecipanti nel delineare gli obiettivi dello scenario e comprende la comunicazione con il paziente, ruoli, funzioni, tempi e setting (Meakim et al., 2013). La fase del *briefing* stabilisce la metodologia di apprendimento ed è cruciale per orientare e valutare il risultato conseguito dagli studenti. L'*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INASCL, 2011) ha sviluppato, recentemente, gli standard di simulazione e degli obiettivi di apprendimento clinico degli stu-

denti partecipanti; tali standard indicano l'importanza di fornire informazioni chiare prima della simulazione attraverso il *prebriefing* e sottolineano che tali obiettivi dovrebbero essere adattati alle conoscenze e alle esperienze degli studenti (Meakim et al., 2013).

Il *debriefing* è il processo attraverso il quale docenti e studenti riesaminano al termine di una sessione di simulazione o durante l'esperienza clinica lo scenario/situazione clinica, al fine di favorire lo sviluppo del ragionamento clinico e capacità di giudizio attraverso l'apprendimento riflessivo (Dreifuerst, 2009; Arafeh et al., 2010). Il *debriefing* è elemento core dell'apprendimento in team e del tirocinio basato sulla simulazione (Paige et al., 2015). Si tratta di una conversazione tra studenti, guidata da un conduttore/istruttore, che si propone di esplorare e comprendere le relazioni tra processi eventi, azioni, pensieri e sentimenti, così come i risultati delle prestazioni della simulazione. Tale conversazione/discussione successiva alla simulazione, è estremamente impegnativa, sia per il formatore/conduttore, che per gli studenti partecipanti. (Brett-Flegler, 2012; Fanning, 2007; Mariani et al., 2013). L'effetto dell'esperienza complessiva dell'apprendimento nella simulazione può essere determinato prima dell'inizio dello scenario o fase di *debriefing* (Gaba, 2013). Il *debriefing* strutturato supporta il discente nella discussione e migliora l'apprendimento degli studenti; inoltre, come strategia di insegnamento, può facilitare l'acquisizione della capacità di comunicazione terapeutica, affrontare le emozioni degli studenti, e affermare i sentimenti. (Mariani et al., 2013). Il giudizio clinico è una competenza complessa che può essere sviluppata attraverso la simulazione clinica seguita da *debriefing* significativo (Mariani et al., 2013; Cantrell, 2008).

La simulazione non riuscirà mai a sostituire pienamente le esperienze assistenziali rivolte al paziente in un contesto clinico reale, ma riesce comunque a fornire un approccio assistenziale sovrapponibile a quello reale, con il vantaggio di essere realizzato in un ambiente controllato permettendo agli studenti di commettere errori, senza che questi comportino conseguenze (Kelly et al., 2014; Titzer et al., 2012; Sponton e Iadeluca, 2014). Gli studenti vivono nei contesti di cura esperienze dove gli elevati carichi assistenziali limitano la possibilità di sviluppare tutte le abilità. Diventa quindi sempre più difficile e complesso fornire un setting di apprendimento clinico qualitativamente in grado di soddisfare le esigenze formative del futuro professionista. Per questi motivi la letteratura invita a integrare la formazione clinica con l'uso della simulazione in un ambiente protetto (Levett-Jones e Lapkin, 2014; Morrison e Catanzaro, 2010; Nehring e Lashley, 2009).

L'obiettivo di questo lavoro è ricercare, valutare e sintetizzare le principali evidenze bibliografiche disponibili relative all'efficacia del *briefing* e del *debriefing* nella simulazione per l'apprendimento dei professionisti della cura.

Materiali e metodi

La revisione della letteratura si è concentrata prevalentemente sul *briefing* e *debriefing* nella simulazione in ambito formativo degli studenti e dei professionisti sanitari. La ricerca degli articoli è stata effettuata attraverso la consultazione di banche dati Medline/PubMed, Cinahl e Scopus, utilizzando il metodo P.I.C.O.M.

Population: studenti delle professioni sanitarie (medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti ecc);

Intervention: utilizzo delle tecniche di *briefing* e *debriefing* nell'apprendimento simulato;

Comparison: confronto tra i diversi metodi utilizzati;

Outcomes: efficacia in termini di aumento della capacità di sviluppare giudizio clinico (*clinical judgment*), di pensiero critico (*critical thinking*), di problem solving, di abilità psicomotorie (*psychomotor skills*) e di ragionamento clinico (*clinical reasoning*) e di giudizio clinico (*clinical judgment*).

Methodology: tipologia di studi/disegni di studio (tutti i tipi di studi: sperimentali, quasi sperimentali, descrittivi, osservazionali, comparativi, review, studi qualitativi).

Strategia di ricerca e database

La ricerca nelle tre banche dati PubMed, Cinahl e Scopus è stata eseguita utilizzando le seguenti parole chiave: *simulation, briefing, debriefing, education, health professional*, combinandole tra loro utilizzando gli operatori booleani "AND" e "OR", ottenendo, per Pubmed, la seguente stringa di ricerca: ((("Patient Simulation"[Mesh] AND "Education, Public Health Professional"[Mesh]) AND briefing[All Fields]) OR debriefing[All Fields]).

La revisione della letteratura è stata rivolta al periodo compreso tra il 2010 e il 2015 al fine di ottenere informazioni dagli studi più recenti; sono stati individuati, inizialmente, n. 377 records di cui: 190 in PubMed, n. 155 in Cinahl e 32 in Scopus.

La tipologia di studi oggetto di interesse erano: *clinical Trial, comparative study, observational study, randomized controlled trial, review, systematic review*.

I criteri di inclusione che hanno guidato la scelta dei full text sono stati:

- articoli che avevano come popolazione di interesse studenti e professionisti della salute;
- articoli che indagavano i temi del *briefing* e *debriefing* nell'apprendimento in simulazione;
- articoli che riportavano outcome oggettivamente misurabili quali: ragionamento clinico, abilità comunicative, abilità psicomotorie, lavoro in team.

Criteri di esclusione:

- studi svoltisi in ambiente clinico;
- studi nei quali non vi era stato il coinvolgimento di professionisti della salute;
- studi condotti in setting diversi quali: ambito militare, aviazione.

Dopo la lettura dei titoli, sono stati eliminati n. 95 articoli che risultavano duplici, risultavano cioè presenti nelle tre banche dati, e 169 articoli in quanto non rientravano nei criteri di inclusione sopra elencati.

In seguito alla lettura degli abstract selezionati, sono stati eliminati ulteriori 94 articoli perché non pertinenti allo studio in quanto, alcuni riguardavano professioni e contesti diversi, altri si erano svolti in ambito clinico, altri affrontavano l'insegnamento/apprendimento in senso generale.

Sono stati individuati 19 articoli rilevanti; di questi, in seguito alla lettura del full text, ne sono stati ulteriormente esclusi 8 in quanto non rientravano nei criteri di inclusione precedentemente elencati.

Risultati

Sono stati individuati e selezionati per l'analisi 11 articoli ritenuti pertinenti per lo studio che si intendeva sviluppare. I dettagli del processo di selezione dei full text sono riportati nel *PRISMA Flow Diagram* (Fig. 1). La ricerca è stata eseguita nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2015.

Sono emerse tre categorie di articoli: simulazione interprofessionale (4 studi di cui 2 descrittivi, una *survey* e un pre- post study design); *briefing* (2 studi di cui una review e uno studio qualitativo); *debriefing* (5 studi di cui 2 review, uno studio qualitativo quasi sperimentale, una *survey* e un mixed method study). Gli studi provengono da paesi differenti: Australia (2), Canada (1), USA (4), UK (1), Irlanda (1), Norvegia (1) tutti in lingua inglese, pubblicati tra il 2010 e il 2015. I risultati emersi dall'analisi dei full text selezionati sono stati inseriti nella Tabella I. In tutti gli studi è stato indagato il valore formativo ed educativo dell'applicazione di diverse forme di *briefing* e *debriefing* in ambiente protetto di simulazione.

La popolazione coinvolta negli studi era rappresentata da studenti delle diverse discipline sanitarie, medicina, infermieristica, fisioterapia, tecnici di radiologia, e da infermieri già operanti nei contesti clinici.

La revisione di letteratura relativa al *briefing* analizza un campione di studi quantitativi, qualitativi e relazioni descrittive. La revisione di letteratura relativa al *debriefing* (Levett-Jones e Lapkin, 2014) prende in considerazione 10 RCT senza poter effettuare una metanalisi, a causa dei differenti outcome individuati. Entrambe le revisioni specificano in modo preciso la metodologia e i criteri di selezione degli studi.

Gli altri due articoli (Dreifruerst, 2012; Kelly et al., 2014) che hanno come tema il *debriefing* utilizzano un approccio quantitativo, mentre lo studio di caso con tema il *briefing* (Husebo et al., 2012) adotta un approccio qualitativo.

Il *briefing*, comunemente chiamato anche "*prebriefing*" o "*pre-simulation*", viene generalmente identificato come quella fase che anticipa lo scenario di simulazione e nella quale vengono offerte agli studenti le indicazioni necessarie per

meglio condurre l'esperienza simulativa e quindi chiarire gli obiettivi formativi. Secondo Matheney (1969), gli scopi del *briefing* sono fornire indicazioni e direttive per l'apprendimento, stabilire le basi per l'analisi dell'esperienza, riconoscere il raggio d'azione e i limiti del ruolo dell'infermiere, rinforzare l'apprendimento di processi quali, ad esempio, il problem solving, l'applicazione di conoscenze, l'utilizzo del giudizio clinico.

La revisione di letteratura di Page-Cuttrara (2014) ha messo a fuoco come i metodi di *briefing*, per introdurre lo scenario, possono andare dall'utilizzo del supporto video, alla consegna infermieristica, allo scambio di opinioni, alla mappatura di un piano di cure. Non è chiaro il motivo di questa variabilità, ma pare esservi una correlazione con gli obiettivi formativi della sessione di simulazione. Per esempio se un obiettivo di simulazione è quello di migliorare le capacità di comunicazione all'interno dell'équipe, potrebbe risultare utile disegnare un *briefing* con una consegna infermieristica, mentre se si vuole aumentare le capacità relazionali con un paziente si può impostare un *briefing* con spezzoni video.

Un altro studio (Husebo et al., 2012) ha preso in considerazione alcune sessioni di simulazione aventi come focus di interesse la gestione della rianimazione cardio-polmonare. È stato condotto un *briefing* tradizionale dove hanno somministrato delle semplici istruzioni agli studenti, orientandoli allo scenario ed esplicandogli gli obiettivi della simulazione. La ricerca ha rilevato che nel *briefing* possono realizzarsi due tipi di "comprensioni" da parte degli studenti: una "comprensione esibita", quando la ri-esecuzione di determinate attività appena spiegate dall'istruttore viene svolta correttamente, e una "comprensione affermata", quando a una domanda viene data una risposta esatta. Non sempre una comprensione affermata si è tradotta in una comprensione esibita; per esempio uno studente poteva correttamente spiegare l'utilizzo del pallone di AMBU (*Auxiliary Manual Breathing Unit*), ma non saperlo utilizzare adeguatamente nell'atto pratico. Gli istruttori, quindi, durante il *briefing*, hanno utilizzato le in-comprensioni degli studenti per ri-elaborare le proprie istruzioni in modo diverso e più chiaro. L'attività del docente, inoltre, ha permesso di stimolare lo sviluppo di una pre-comprensione sulle condizioni del paziente simulato e consolidare le conoscenze teorico-pratiche dello studente. In questo modo il docente ha facilitato gli studenti all'acquisizione di abilità al giudizio clinico.

Il *debriefing*, anche trovato in letteratura come "post-conference" e "post-simulation *debriefing*" è parte integrante del processo di simulazione. Esso si svolge prevalentemente dopo lo scenario e offre l'opportunità per chiarire le conoscenze dello studente e farlo ragionare sulle proprie azioni. Anche il *debriefing*, come il *briefing*, viene condotto secondo differenti metodologie: una discussione mediata da un facilitatore, l'utilizzo della registrazione video per stimolare la discussione sulla base di un resoconto accurato degli eventi, l'auto-*debriefing*, il *debriefing* multimediale e anche il *debriefing* in-action, cioè durante lo svolgimento dello scenario

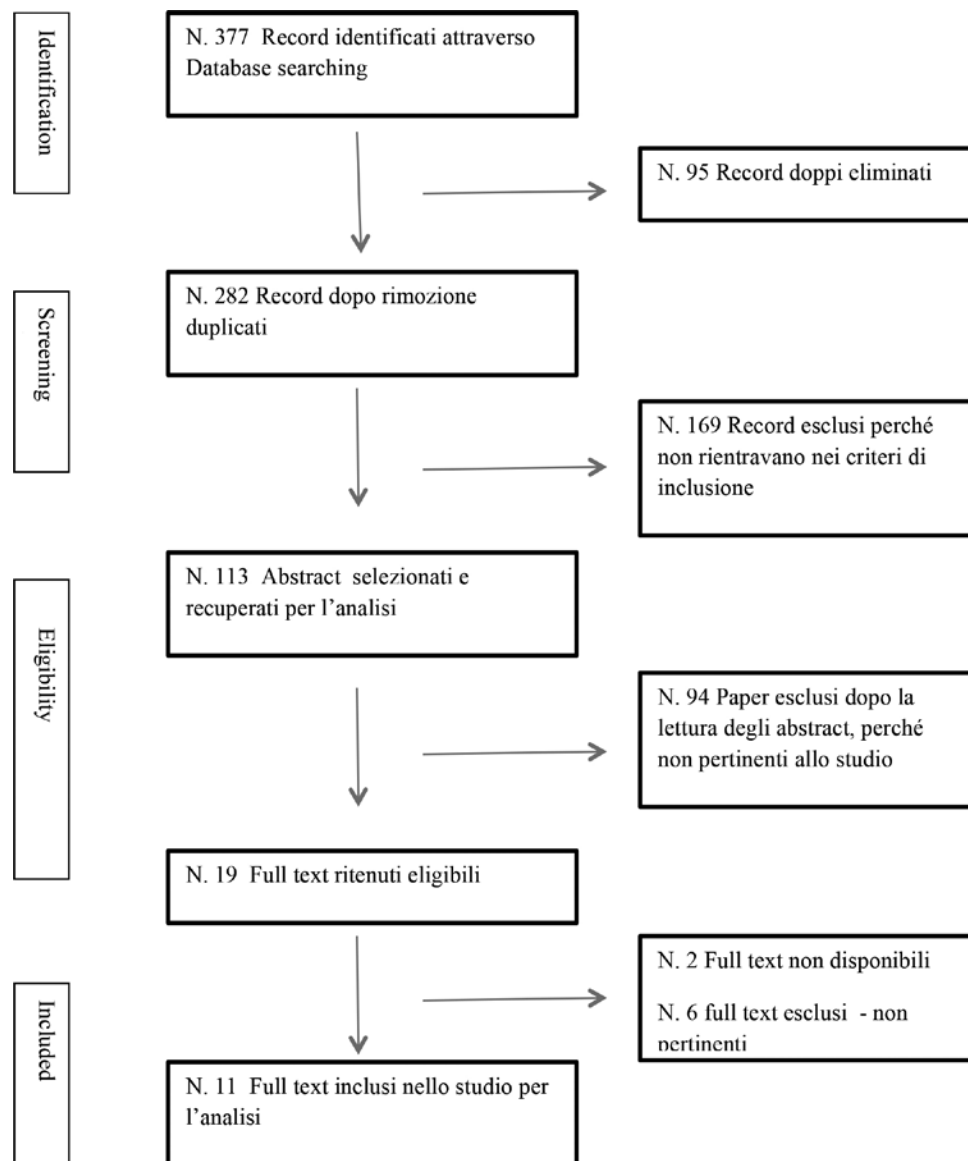


Figura 1. Prisma Flow Diagram.

(Levett-Jones e Lapkin, 2014). Il ruolo dell'insegnante, in questa fase, è quello di incoraggiare gli studenti a riflettere sulle proprie esperienze, a trarre vantaggi dal loro significato e utilizzarle come guida per la loro pratica futura.

I risultati della revisione di Levett-Jones e Lapkin (2014) hanno mostrato che tutti i metodi di *debriefing* sono utili per sviluppare abilità tecniche, non tecniche, cognitive e aumentare la fiducia nelle proprie abilità. Ogni tecnica di *debriefing* ha inciso in diverso modo sugli outcome formativi. In un caso, l'utilizzo di più tecniche di *debriefing* nella stessa sessione (*debriefing* condotto dall'istruttore e *debriefing* con supporto audio-visivo) ha dimostrato un marcato miglioramento delle performance degli studenti, sia sul piano tecnico, che su quello cognitivo. Sebbene il *debriefing* con supporto

audio-visivo abbia favorito il ragionamento attraverso la rivisitazione della simulazione, garantendo buoni risultati formativi, il valore che ha avuto il confronto tra lo studente e l'istruttore ha comunque mantenuto un ruolo fondamentale.

Dreifuerst (2012) ha applicato invece un metodo di *debriefing* definito *Debriefing for Meaningful Learning (DML)*, in cui dall'esperienza di simulazione sono state fatte emergere le emozioni degli studenti e si è attuata un'analisi critica degli eventi. Il DML si compone di sei fasi: 1. arruolare (i partecipanti); 2. esplorare (riflessione nell'azione); 3. spiegare (deduzione e analisi); 4. elaborare; 5. valutare (riflessione sull'azione); 6. estendere (pensiero analitico e inferenziale, riflessione oltre l'azione). Il processo si è concluso con la riflessione su determinati eventi avvenuti nella simulazione per poi creare

nuovi significati sull'esperienza. Il lavoro di Dreifuerst sulla metodologia DML, ha quindi posto risalto a un *debriefing* in grado di elaborare sentimenti ed emozioni provati durante la simulazione e tradurli in nuovi significati e conoscenze. I risultati di questo studio hanno fatto emergere che, rispetto a un *debriefing* tradizionale (discussione mediata da un facilitatore), il DML è in grado di apportare dei miglioramenti sul ragionamento clinico. A rinforzo di questi risultati, Matheney (1969) ha affermato che: "Ci sono norme di base che regolano il modo in cui tenere un *debriefing*. Una di queste è che le forti esperienze emotive degli studenti hanno la precedenza su qualunque altra cosa, siano esse collegate o meno al nucleo di apprendimento. Per tutto il tempo in cui gli studenti saranno disturbati da forti reazioni emotive, non avrà comunque luogo nessun apprendimento finché questi sentimenti non verranno esaminati e risolti. Spesso le reazioni emotive sono utili come spunto per una valida esperienza di apprendimento". Per quanto concerne l'efficacia del DML, lo strumento utilizzato per misurare lo sviluppo del ragionamento clinico negli studenti, l'*Health Science Reasoning Test* (HSRT), ha rilevato che questo è stato particolarmente migliorato dal pre-test al post-test, ma tra i limiti dello studio è stato indicato che esso non è specifico per la disciplina infermieristica.

Nello studio di Kelly et al. (2014) si è cercato invece di esplorare, attraverso un sondaggio post-simulazione eseguito su tre diversi gruppi di studenti, quali modi di esecuzione di una simulazione hanno fatto maggiormente emergere la loro capacità di giudizio clinico. Lo studio ha rilevato che gli studenti hanno indicato come aspetti maggiormente utili il *debriefing* facilitato dall'istruttore, la riflessione post-simulazione e il *feedback* del docente, mentre tra quelli meno utili il prendere parte a un ruolo nella simulazione, rivedere il playback e analizzare il caso clinico del paziente. Inoltre, vi sono state delle differenze tra le percezioni degli studenti del terzo anno e quelli del secondo anno, a dimostrazione del fatto che le strategie educative devono essere adattate alle caratteristiche degli studenti; in base a ciò che gli studenti considerano importante per la loro formazione, i docenti dovrebbero quindi dare più valore a certe attività di simulazione. Kelly et al. (2014) hanno messo bene in evidenza come il *debriefing* sia considerato dagli studenti un ottimo strumento per sviluppare il giudizio clinico, poiché ha permesso di valutare gli aspetti salienti di una situazione clinica, interpretarli e dare loro un significato.

Discussione

A causa delle numerose forme con cui i *briefing* e i *debriefing* vengono condotti, non è possibile determinare con precisione una valutazione di efficacia di tali metodologie. A questa conclusione giungono anche Levett-Jones e Lapkin (2013), nella loro revisione sistematica sul *debriefing*, mentre per quel che riguarda il *briefing* non vi sono attualmente, in letteratura, forti studi quantitativi. Oltre ad avere una pluralità di approc-

ci, *briefing* e *debriefing* vengono identificati, nella letteratura, con molteplici definizioni. L'*International Nursing Association for Clinical Simulation & Learning* (INACSL 2011) definendo gli standard di *Best Practice* delineano un modello che riflette la complessità dello sviluppo di abilità in ambito simulativo. Tali abilità sono tra loro collegate e perciò esse interagiscono e si influenzano l'un l'altra. In particolare queste abilità sono relative al giudizio clinico inteso come la capacità di prendere una serie di decisioni per determinare come agire sulla base di vari tipi di conoscenze. L'individuo valuta le variazioni e gli aspetti salienti di una situazione clinica, interpreta il loro significato, risponde in modo appropriato e riflette sull'efficacia dell'intervento. Il giudizio clinico è influenzato dalle precedenti esperienze individuali, dal *problem-solving*, dal pensiero critico e dalle abilità di ragionamento clinico. L'abilità al giudizio clinico, se applicata all'assistenza di un paziente simulato, permetterebbe di ricreare la realtà di ciò che sperimentano gli infermieri con le loro conoscenze cliniche. Il ragionamento clinico è inteso come abilità di mettere insieme e comprendere i dati attraverso l'uso delle conoscenze, delle abilità (tecniche e non) e delle attitudini su una situazione che si sta svolgendo. Dopo l'analisi dei dati, le informazioni vengono messe insieme in modo significativo quando si applicano a una nuova situazione. Le abilità psicomotorie che riguardano le capacità di eseguire particolari attività efficacemente ed efficientemente, con velocità e accuratezza. Le abilità psicomotorie sono qualcosa di più che l'abilità a eseguire un lavoro; includono le capacità di rispondere abilmente, senza problemi e in modo coerente nelle varie condizioni e con appropriati limiti di tempo. Il *problem solving* si riferisce alle modalità di selezione delle informazioni nel setting di cura del paziente, utilizzando le conoscenze disponibili e collezionando dati pertinenti a formulare soluzioni. Questo complesso processo richiede diversi processi cognitivi, inclusi i metodi di ragionamento e di strategia, in modo da gestire una situazione. Il pensiero critico è un pensiero ordinato che richiede una validazione dei dati, include ogni ipotesi che può influenzare il pensiero e l'azione e determina successivamente un'attenta riflessione sull'intero processo, quando si valuta l'efficacia di ciò che è stato scelto come azioni necessarie da prendere. Questo processo comporta l'uso di un pensiero propositivo e diretto all'obiettivo che si basa su principi di metodo scientifico piuttosto che su ipotesi e congetture (Meakim et al., 2013).

Il *briefing* rappresenta un'opportunità per fare chiarezza sulle aspettative e sui limiti della performance degli studenti; è un'attività riflessiva su un'esperienza che deve essere ancora svolta, con lo scopo di preparare l'apprendimento attraverso una "riflessione anticipatrice" (Mortari, 2003). Van Manen (1991) introdusse per primo il concetto di *anticipatory reflection*, cioè la riflessione rivolta alle azioni future. La riflessione anticipatrice ipotizza situazioni problematiche e rispetto a queste, elabora differenti approcci risolutivi, valutando per ognuno le difficoltà di implementazione, oltre ai possibili esiti. Il *briefing* rappresenta un supporto al pensiero clinico e al

giudizio clinico e determina una base per le conoscenze che lo studente dovrà sviluppare. Non da meno, questo risulta essere un buon metodo per l'educatore per direzionare l'insegnamento verso gli obiettivi formativi.

Il *debriefing*, invece, è il momento ideale per aiutare gli studenti a prendere una decisione sui cambiamenti da attuare nella pratica, nel comportamento e nell'apprendimento. Esso deve servire come interiorizzazione di un'esperienza che va a stimolare tutta una serie di risposte che andranno poi applicate nella pratica. La sua peculiarità è quella di essere funzionale al miglioramento dell'apprendimento attraverso lo stimolo a parlare liberamente dell'esperienza senza essere giudicati, a chiarire le criticità incontrate, a comprendere quali abilità si sono approfondite, se comportamentali o più affettive ed emozionali (White e Ewan, 1994).

Conclusioni

Anche se i benefici del *briefing* e *debriefing* vengono ampiamente descritti, attualmente la letteratura non offre numerosi RCT e non presenta metanalisi. Per tale ragione non è possibile rispondere con certezze al quesito circa la loro efficacia in termini di impatto formativo. L'INACSL ha sviluppato nel 2011 gli standard di *best practice* che definiscono le linee guida per una terminologia unificata da adottare nella letteratura sull'educazione in simulazione. Questo dovrebbe consentire alle future ricerche di essere più specifiche e mirate. Gli standard delineano inoltre un modello che riflette la complessità dello sviluppo di abilità in ambito simulativo. Dalla letteratura emerge che il *briefing* e il *debriefing* sono due interventi educativi nei quali la riflessione assume un ruolo significativo e accompagna lo studente lungo tutto il processo di apprendimento. Dagli studi esaminati emerge che attraverso la riflessione scaturita con il *briefing* e il *debriefing*, lo studente diventa in grado di elaborare la sua esperienza e trasformarla in pensiero critico e abilità. Di fondamentale importanza è il ruolo del tutor/istruttore che, come facilitatore di apprendimento, attraverso le riflessioni da lui guidate, fa raggiungere agli studenti gli obiettivi formativi prefissati e li sostiene nella ricerca dell'autodeterminazione. Per le ragioni sopra dimostrate, un limite a questa ricerca bibliografica è rappresentato dalla difficoltà a reperire articoli che utilizzino una terminologia standard per indicare il *briefing* e il *debriefing*, quindi alcuni articoli possono essere sfuggiti alla ricerca bibliografica. Inoltre, in molti articoli il *briefing* viene trattato marginalmente e spesso in studi il cui tema di interesse è la simulazione o il *debriefing*.

Bibliografia

Arafah J, Hansen S, Nichols A. *Debriefing in simulated-based learning: facilitating a reflective discussion*. J Perinat Neonatal Nurs 2010;24:302-9.

Benner P, Tanner C, Chelsea C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer 1996.

Bland A, Topping A, Wood B. *A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students*. Nurse Educ Today 2011;31:664-70.

Brett-Fleegler M, Rudolph JW, Eppich WJ, et al. *Debriefing assessment for simulation in healthcare. Development and psychometric properties*. Simul Healthc 2012;7:288-94.

Bruce SA, Sherer YK, Curran C, et al. *A collaborative exercise between graduate and undergraduate nursing students using a computer-assisted simulator in a mock cardiac arrest*. Nurs Educ Perspect 2009;30:22-7.

Buckley S, Hensman M, Thomas S, et al. *Developing interprofessional simulation in the undergraduate setting: Experience with five different professional groups*. J Interprof Care 2012;26:362-9.

Cantrell MA. *The importance of debriefing in clinical simulations*. Clin Simul Nurs 2008;4:19-23.

De Oliveira SN, do Prado ML, Kempfer SS, et al. *Experiential learning in nursing consultation education via clinical simulation with actors: Action research*. Nurse Educ Today 2015;35:50-4.

Decker S. *Integrating guided reflection into simulated learning experiences*. In: Jeffries P, editor. *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. New York, NY: National League for Nursing 2007, pp. 73-85.

Dreifuerst KT. *Using debriefing for Meaningful Learning to foster development of clinical reasoning in simulation*. J Nurs Educ 2012;51:326-33.

Fanning RM, Gaba DM. *The role of debriefing in simulation-based learning*. Simul Healthc 2007;2:115-25.

Gaba DM. *Simulations that are challenging to the psyche of participants: How much should we worry and about what?* Simul Healthc 2013;8:4-7.

Husebø SE, Friberg F, Søreide E, et al. *Instructional problems in briefings: how to prepare nursing students for simulation-based cardiopulmonary resuscitation training*. Clin Simul Nurs 2012;8:307-18.

Kelly MA, Hager P, Gallagher R. *What Matters Most? Students' Ranking of Simulation Components that contribute to clinical judgement*. J Nurs Educ 2014;53:97-101.

King AEA, Conrad M, Ahmed RA. *Improving collaboration among medical, nursing and respiratory therapy students through interprofessional simulation*. J Interprof Care 2013;27:269-71.

Kolbe M, Grande B, Spahn DR. *Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: content, structure, attitude and setting*. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2015;29:87-96.

Knowles MS. *Quando l'adulto impara*. 9ª ed. Milano: Franco Angeli 2008.

Lasater K, Nielsen A. *Reflective Journaling For clinical judgment development and evaluation*. J Nurs Educ 2009;48:40-4.

Lavoie P, Pepin J, Boyer L. *Reflective debriefing to promote nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test*. Dynamics 2013;24:36-41.

Levett-Jones T, Lapkin S. *A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education*. Nurs Educ Today 2014;34:58-63.

Mariani B, Cantrell MA, Meakim C, et al. *Structured Debriefing and Students' Clinical Judgment Abilities in Simulation*. Clin Simul Nurs 2013;9:147-55.

Matheny RV. *Pre- and post- conferences for students*. AJN 1969;69:286-9.

Meakim C, Boese T, Decker S, al. *Standard of Best practice: Simulation. Standard I: Terminology*. Clin Sim Nurs 2013;9:3-11.

Morrison AM, Catanzaro AM. *High Fidelity Simulation and Emergency Preparedness*. Public Health Nurs 2010;27:164-73.

Mortari L. *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci Editore 2003.

Nehring WM, Lashley FR. *Nursing simulation: a review of the past 40 years*. Simul Gaming 2009;40:528-52.

Page-Cuttrara K. *Use of prebriefing in nursing simulation: A literature review*. J Nurs Educ 2014;53:136-41.

Paige JT, Sonal A, Gladys F. *Debriefing 101: training faculty to promote learning in simulation-based training*. Am J Surg 2015;209:126-31.

Rodhes M, Curran C. *Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program*. Comput Inform Nurs 2005;23:256-64.

Sponton A, Iadeluca A. *La simulazione nell'infermieristica. Metodologie, tecniche e strategie per la didattica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 2014.

Standards of Best Practice: Simulation. International Nursing Associa-

tion for Clinical Simulation & Learning (INACSL) - 2011. <http://www.inacsl.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3407> accessed 17-07-2015.

Titzer JL, Wenty CF, Hoehn WG. *An Interprofessional Simulation Promoting Collaboration and Problem Solving among Nursing and Allied Health Professional Students*. Clin Simul Nurs 2012;8:325-33.

Van Maanen M. *The Tact of Teaching: The Meaning of Pedagogical Thoughtfulness*. Albany, NY: SUNY Press 1991.

Walsh CM, Seldomridge LA. *Clinical grades: upward bound*. J Nurs Educ 2005;44:162-8.

White R, Ewan C. *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing*. Milano: Edizioni Sorbona 1994.

Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti*. Milano: Guerini Scientifica 2005.

Tabella I.
Schema riassuntivo degli articoli analizzati.

Titolo dello studio e riferimenti	Scopoloobiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
Levett-Jones T, Lapkin S. <i>A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education</i> . Nurse Education Today 2014;6:e58-63	Individuare, valutare e sintetizzare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia del debriefing correlato all'apprendimento in simulazione per i professionisti della salute	Revisione sistematica di letteratura. Sono stati analizzati 10 RCT sulla base di un protocollo prodotto secondo le linee guida del Joanna Briggs Institute (JBI). Gli studi empirici valutavano l'uso del debriefing come metodo di apprendimento in ambito simulativo. Caratteristiche della popolazione: studenti e professionisti sanitari, in particolar modo: - infermieri (n = 80); - studenti di infermieristica (n = 239); - studenti di medicina (n = 161); - anestesisti (n = 228)	- Abilità tecniche/psicomotorie (capacità nella rilevazione dei parametri vitali, eseguire compressioni toraciche, comunicazione con l'équipe) - Abilità non tecniche (abilità di <i>problem-solving</i>) - Incremento di conoscenze - Autostima	I risultati di questa review mettono in evidenza che i metodi di <i>debriefing</i> comprendono: il <i>debriefing</i> post simulazione, il <i>debriefing</i> nella simulazione, il ruolo del formatore come facilitatore del <i>debriefing</i> e la fase di <i>debriefing</i> video-assistita. Negli studi analizzati è emerso un miglioramento statisticamente significativo, tra pre e post test, rispetto alle abilità tecniche e alle performance cognitive	Non è stato possibile individuare forti evidenze di efficacia vista l'eterogeneità dei metodi di <i>debriefing</i> utilizzati e degli outcome analizzati. Lo studio offre spunti per la progettazione di esperienze di apprendimento basate sulla simulazione. Limiti: in alcuni studi non sono stati forniti sufficienti dettagli circa i metodi di <i>debriefing</i> adottati. Difficoltà nello stabilire la forza dei risultati

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopolo obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Dreifuerst KT. <i>Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation.</i> J Nurs Edu 2012;51:326-34.</p>	<p>Lo studio si è posto tre obiettivi: 1. descrivere e testare la relazione tra l'utilizzo del metodo DML e lo sviluppo di ragionamento clinico in un contesto di simulazione ad alta fedeltà; 2. misurare la percezione della qualità dell'esperienza di debriefing da parte dello studente; 3. valutare se vi sia correlazione tra l'aumento della qualità percepita e un cambiamento nelle abilità di ragionamento clinico</p>	<p>Studio esplorativo, quasi-sperimentale, pre test-post test che si proponeva di indagare la relazione tra l'uso di DML e lo sviluppo del ragionamento clinico. Campione: studenti infermieri (n = 240) di una singola università americana, 2 studenti sono stati persi al follow-up. Età media = 25 anni Ceppo prevalentemente caucasico (n = 183) Maggioranza della popolazione: femminile (n = 217) Sono stati arruolati allo studio studenti in 3 semestri differenti, che hanno frequentato gli stessi corsi, hanno avuto gli stessi docenti e le stesse esperienze di simulazione. Significatività < 0,10 Potenza = 99% Gli studenti sono stati assegnati in modo randomizzato al gruppo di controllo (n = 118) al quale veniva somministrato un debriefing tradizionale (colloquio condotto da un facilitatore + feedback) mentre al gruppo sperimentale (n = 122) veniva somministrato il metodo DML-Debriefing for Meaningful Learning. Strumenti: - HRST: <i>Health Science Reasoning Test</i>; - DASH-SV: <i>Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare – Student Version</i>; - DMLSQ: <i>Debriefing for Meaningful Learning Supplemental Question</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ragionamento clinico - Percezione della qualità rispetto al metodo di debriefing utilizzato - Correlazione tra qualità percepita e miglioramento delle abilità di ragionamento clinico 	<p>L'analisi della covarianza ha mostrato che l'effetto del test DML sul punteggio totale HSRT, tra i partecipanti, era significativo, $F(1, 237) = 28,55$, $p < 0,05$, e la covariata era significativamente correlata al metodo di debriefing, $F(1, 237) = 623,91$, $p < 0,05$, Ciò significa che, uno studente che nel pre-test ha ricevuto un punteggio buono, utilizzando il metodo DML conseguirà un punteggio migliore nel post-test nel ragionamento clinico rispetto a uno studente interrogato con le strategie di debriefing tradizionali. Il gruppo sperimentale ha conseguito punteggi migliori nel posttest rispetto al gruppo di controllo. I gruppi sperimentali e i gruppi di controllo hanno percepito una differenza nella qualità del debriefing quando è stato utilizzato il metodo DML, rispetto al debriefing tradizionale. L'aumentata percezione della qualità di insegnamento si traduce in miglioramenti sul Ragionamento Clinico</p>	<p>Il DML è un metodo che permette agli studenti di pensare e ragionare su una situazione clinica indipendentemente dal contesto in cui ci si trova. Limiti: - i risultati possono essere stati influenzati da variabili confondenti: nel gruppo sperimentale; i ricercatori erano i debriber; - lo strumento HSRT non è specifico per gli studenti infermieri per misurare il ragionamento clinico; - lo studio non è multicentrico</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopolo obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Kelly MA, Hager P, Gallagher R. <i>What matters most? students' rankings of simulation components that contribute to clinical judgement.</i> J Nurs Edu 2014;53:97-102</p>	<p>Valutare la percezione degli studenti sui benefici di 11 aspetti specifici della simulazione che favoriscono il giudizio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>debriefing</i> facilitato; - riflessione post-simulazione; - guida del docente; - osservare gli altri e prendere appunti; - partecipare attivamente alla simulazione; - porre domande sul paziente, famiglia e altri; - l'argomento del caso clinico; - briefing e orientamento alla simulazione; - interpretare un ruolo nella simulazione; - rivedere il playback audiovideo della simulazione; - analisi della cartella infermieristica 	<p>Studio descrittivo. Campione: studenti infermieri (n = 150) provenienti da sei classi differenti di una singola università. Campionamento di convenienza. Solo 102 studenti tra quelli arruolati (68%) completarono il percorso di ricerca. Gli studenti sono stati suddivisi in tre gruppi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. coloro che si erano recentemente laureati dopo un percorso di studi triennale (57%); 2. studenti del secondo anno <i>Graduate Entry</i> (GE) che possedevano una precedente laurea in un'altra disciplina e volevano intraprendere un percorso infermieristico (25%); 3. studenti <i>Enrolled Nurse</i> (EN) che avevano completato 1 anno di formazione in una scuola tecnica e aggiornavano le loro competenze (18%). <p>È stato indagato il beneficio percepito dagli studenti su 11 aspetti di un'esperienza di simulazione che favorivano lo sviluppo del giudizio clinico, secondo il modello di Tanner (2006). Utilizzo della scala Likert a 5 punti. La simulazione ha avuto una durata di circa 10 minuti ed è stato seguito da 20 minuti di sessione di <i>debriefing</i>. Al termine della simulazione è stato eseguito un sondaggio per avere una panoramica degli studenti sulle loro esperienze di apprendimento in relazione al giudizio clinico</p>	<p>Giudizio clinico degli studenti in relazione alla sessione di simulazione</p>	<p>I punteggi dei partecipanti rispetto ai benefici ottenuti dagli 11 componenti della simulazione. che miravano a fornire un giudizio clinico variava da una media di 3,23-4,02. Le tre componenti della simulazione che hanno ricevuto i punteggi più alti nel contribuire al giudizio clinico con una media al di sopra di 3,7 sono stati: <i>debriefing</i> facilitato, riflessione post simulazione guida di un formatore accademico</p>	<p>Gli elementi che producono maggior beneficio nello sviluppare il giudizio clinico sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>debriefing</i> facilitato; - riflessione post-simulazione; - guida del docente <p>Il minor beneficio si è percepito con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - argomento del caso clinico; - rivedere il playback della simulazione; - interpretare un ruolo nella simulazione. <p>Limiti: questi risultati non sono mai stati indagati in precedenti studi. Solo il 68% degli studenti che hanno partecipato alla simulazione, hanno completato la valutazione con la scala Likert. Studio monocentrico</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopolo obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Husebø SE, Friberg F, Søreide E, et al. <i>Instructional problems in briefings: how to prepare nursing students for simulation-based cardiopulmonary resuscitation training</i>. Clin Simul Nurs 2012;8:e307-18</p>	<p>Esplorare, in una sessione di <i>briefing</i>, come gli studenti esprimano le loro difficoltà a comprendere le istruzioni ricevute e quali siano le strategie messe in campo dai facilitatori per rispondere a tali difficoltà espresse dagli studenti</p>	<p>Studio qualitativo. Studenti infermieri (n = 81) nell'ultimo semestre del terzo anno di infermieristica. Età media 26 anni. Popolazione prevalentemente femminile (n =72). Una sola precedente esperienza simulativa nel triennio, al secondo anno. Gli studenti vennero suddivisi in modo casuale in 14 gruppi, ognuno composto da 6 persone. Ogni gruppo si divideva come segue: una persona interpretava il ruolo di team leader, 2 studenti praticavano le manovre rianimatorie. Gli altri 3 studenti osservavano la simulazione. Al completamento della prima simulazione avveniva un cambio dei ruoli. Ogni attività di <i>briefing</i> veniva videoregistrata. 11 <i>briefing</i> sono stati analizzati in base agli eventi di interazione tra facilitatori e studenti (es. comunicazioni verbali e non verbali) e per la complessità delle istruzioni che venivano fornite agli studenti. Sono stati identificati 3 aspetti problematici in ogni sessione di <i>briefing</i> per gli studenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ventilare con l'ambu; - mantenere le vie aeree pervie; - mantenere la posizione corretta 	<p>Modalità di comprensione degli studenti rispetto alle informazioni fornite durante il <i>briefing</i>. Strategie dei facilitatori nel rispondere in modo adeguato alle difficoltà di comprensione espresse dagli studenti</p>	<p>I risultati di questo studio indicano che il <i>briefing</i> è la componente più critica e più complessa del processo di simulazione. Questo è un concetto che viene spesso riportato in letteratura. I facilitatori giocano un ruolo importante nel <i>briefing</i></p>	<p>Il <i>briefing</i> non è soltanto una mera introduzione alle attività di simulazione, ai ruoli e agli obiettivi pedagogici ma determina una base per le conoscenze e serve a spiegare differenze e similarità tra i problemi riscontrabili in un ambiente simulato e quelli di un ambiente clinico reale. Il <i>briefing</i> permette al facilitatore di porre l'attenzione sulla comprensione degli studenti circa le istruzioni fornite: "comprensione esibita" attraverso una corretta pratica e "comprensione affermata" attraverso risposte corrette</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopolo obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
Page-Cutrara K. <i>Use of prebriefing in nursing simulation: a literature review.</i> J Nurs Edu 2014;53:136-41	Valutare il ruolo del <i>briefing</i> come componente della simulazione attraverso la letteratura disponibile nell'ambito infermieristico	<p>Gli studi selezionati nella revisione avevano come focus di interesse la formazione per gli studenti infermieri.</p> <p>15 studi che ricoprono un arco temporale che va dal 2003 al 2012.</p> <p>I parametri di esclusione erano titoli e abstract non in inglese e selezionati secondo la metodologia delineata da Whittemore e Knalf.</p> <p>4 articoli erano studi quantitativi, 3 avevano un disegno qualitativo, 2 adottavano un approccio pretest-posttest, gli altri erano relazioni descrittive su innovazioni curricolari che includevano sondaggi o dati di questionari.</p> <p>Tutti gli articoli selezionati sono stati attentamente rivisti per i termini utilizzati, che spesso potevano avere significati differenti (es. pre-simulation)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione e scopo del <i>briefing</i> 2. Forme di <i>briefing</i> 3. Valore formativo del <i>briefing</i> 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Molti articoli identificano con i termini "<i>briefing</i>", "<i>prebriefing</i>", "<i>pre-simulation</i>" la fase immediatamente antecedente allo scenario di simulazione. Lo scopo è quello di chiarire gli aspetti che si andranno a sviluppare durante lo scenario e trasmettere conoscenze. 2. La varietà di metodi di conduzione di un <i>briefing</i> non è chiara in letteratura: sembrerebbe essere dipesa dalle necessità formative dello scenario. 3. Gli outcome formativi individuati dagli studi sono stati numerosi: sviluppare abilità a osservare aspetti della situazione clinica, anticipare i bisogni del paziente, sviluppare il giudizio clinico e il problem solving. <p>Limiti: solo un articolo aveva come fenomeno di interesse il <i>briefing</i></p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopio/obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspetti/outcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Titzer JL, Wenty CF, Hoehn WG. <i>An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students.</i> Clin Sim Nurs 2012;8:e325-33</p>	<p>Scopo: descrivere una sessione di simulazione interprofessionale che ha coinvolto studenti di 4 corsi di laurea; riportare inoltre, i risultati riferiti dagli studenti al termine della sessione formativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. percezione degli studenti rispetto alla simulazione come strategia di insegnamento interprofessionale incentrata sulla collaborazione e il <i>problem-solving</i>; 2. percezione dello studente sull'importanza della simulazione come strategia di insegnamento ai fini della collaborazione e <i>problem-solving</i>; 3. percezione degli studenti di ogni disciplina rispetto al ruolo delle diverse discipline dell'ambito sanitario 	<p>Studio descrittivo. Implementazione e descrizione di una sessione di simulazione interprofessionale.</p> <p>Campione: studenti di 4 corsi di laurea delle professioni sanitarie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. infermieri (n. 79); 2. tecnici di radiologia (n. 15); 3. fisioterapia (n. 10); 4. terapia occupazionale (n. 27). <p>L'87% del campione era rappresentato da donne. Le esperienze degli studenti rispetto alla simulazione erano estremamente diverse nei 4 gruppi; gli studenti del corso di terapia occupazionale non avevano mai sperimentato una simulazione. Delle 4 discipline coinvolte, la facoltà di nursing aveva la più ampia esperienza nell'implementazione di scenari per la simulazione. La struttura della sessione di simulazione si basava sulla Teoria di Benner (1984) – paradigma dei casi.</p> <p>Setting: <i>Clinical simulation center</i> <i>Utilizzo di High fidelity simulation</i> (simulazione ad alta tecnologia)</p> <p>Strumenti di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Educational Practices in Simulation Scale</i> (EPSS), per misurare la percezione degli studenti rispetto all'uso della simulazione come strategia formativa; - <i>Healthcare Provider Priority Survey</i> (HPPS) finalizzato a misurare i dati qualitativi, chiedeva agli studenti di riportare un elenco delle proprie opinioni 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione interprofessionale - <i>Problem-solving</i> 	<p>Gli studenti ritengono che la simulazione ha fornito il lavoro di squadra interdisciplinare e un ambiente che supportato lavorare in una situazione clinica che coinvolge coetanei (M $\frac{1}{4}$ 4,43). Gli studenti hanno notato che, durante la simulazione, hanno lavorato insieme ai loro coetanei sulla situazione clinica (M $\frac{1}{4}$ 4,40). Gli studenti hanno affermato che la simulazione ha fornito informazioni adeguate in modo chiaro per risolvere problemi. I risultati qualitativi della HPPS indicato che i temi ricorrenti riguardavano la percezione dello studente dei ruoli professionali.</p> <p>I dati raccolti hanno rivelato che gli studenti percepiscono che in questa sessione formativa è stato fornito il supporto del lavoro di squadra, di collaborazione e di <i>problem-solving</i></p>	<p>Questo studio dimostra che la simulazione è un metodo efficace per la collaborazione didattica e per la capacità di <i>problem-solving</i> tra studenti delle discipline sanitarie. Questa esperienza interprofessionale ha offerto, agli studenti di quattro discipline, un rifugio sicuro per praticare capacità di comunicazione, migliorare la collaborazione e la condivisione delle conoscenze; ha consentito agli studenti di comprendere l'importanza di impegnarsi in attività educative interprofessionali per essere preparati come le squadre di assistenza sanitaria produttive al fine di erogare al paziente un'assistenza efficace, efficiente e in sicurezza. La simulazione ha fornito agli studenti l'opportunità di esplorare e comprendere i ruoli degli altri professionisti della salute</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopoloobiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
Buckley S, Hensman M, Thomas S, et al. <i>Developing interprofessional simulation in the undergraduate setting: experience with five different professional groups.</i> J Interprof Care 2012;26:362-9	Descrivere lo sviluppo e la sperimentazione di sessioni di simulazione interprofessionale, della durata di mezza giornata, per gli studenti universitari di medicina, infermieristica, fisioterapia, radiologia	<p>Pre-post Study design.</p> <p>Partecipanti: tot. n. 191 studenti di diverse discipline: 86 studenti di medicina, 71 di infermieristica e 34 di fisioterapia e radiologia.</p> <p>Questo studio ha comparato le percezioni degli studenti prima e dopo aver partecipato a una simulazione con un disegno di indagine di Cohen, Manion, e Morrison, 2011; Cresswell, 2009.</p> <p>La partecipazione degli studenti alle sessioni di simulazione prevedevano la compilazione di un questionario all'inizio e, di nuovo, subito dopo che la sessione si è conclusa.</p> <p>Il questionario (Davison, 2008) adattato per questo studio, era composto da 30 domande; per le risposte è stata utilizzata la Scala Likert 5 punti, scala analogica visiva (VAS), valore compreso in una scala da fortemente in disaccordo (0 cm) fortemente d'accordo (10 cm), erano previsti inoltre commenti aperti.</p> <p>Le risposte relative al pre- e post- sono state valutate separatamente misurando (al millimetro) la distanza dalla mano sinistra "Fine" della scala fino al segno appropriato. Le risposte sono state analizzate utilizzando statistiche descrittive, test statistici per le differenze o codifica tematica a seconda dei casi. Commenti aperti sono stati codificati tematicamente (Coliazzini, 1978)</p>	Atteggiamenti degli studenti nei confronti dell'apprendimento interprofessionale e la loro percezioni rispetto ai fattori ritenuti importanti per una buona cura da erogare al paziente	<p>La maggior parte degli studenti di tutte le discipline, ha riferito che la sessione di simulazione aveva aumentato la loro comprensione rispetto alle condizioni del paziente all'esperienza del paziente e ai contributi di altre professioni per il percorso del paziente.</p> <p>La maggior parte degli studenti ha riferito una maggiore fiducia nell'interazione con altri gruppi professionali e che le registrazioni video sono state utili per il <i>feedback</i>, ma erano meno sicuri di aver accesso a tale materiale dopo la sessione.</p> <p>Gli studenti dei diversi gruppi professionali hanno segnalato che il <i>feedback</i> verbale da parte dei coetanei, giocatori di ruolo e facilitatori, in tutti gli scenari, è stato molto utile</p>	<p>I risultati di questo studio suggeriscono che scenari di routine che facciano riferimento a percorsi e situazioni reali dei pazienti, offrono, agli studenti, esperienze educative preziose.</p> <p>Al fine di massimizzare il valore educativo di queste sessioni, particolare attenzione deve essere rivolta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai benefici previsti per le singole professioni e per tutti i gruppi; - al contesto educativo più ampio in cui si trovano le sessioni; - all'attenta gestione dei <i>debriefing</i>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopio/obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspetti/outcome indagati	Risultati	Conclusioni
Fanning RM, Gaba DM. <i>The role of debriefing in simulation-based learning</i> . Simulation Health 2007;2:115-25	Review relativa all'importanza del ruolo del debriefing nel campo dell'apprendimento basato sulla simulazione	Nell'articolo vengono descritti modelli di debriefing, stili del facilitatore, settino	Differenti stili e approcci nel processo di simulazione	Modelli del processo di debriefing: Thatcher & Robinson (1985): 1. identificare l'impatto dell'esperienza; 2. identificare e considerare i processi che hanno sviluppato; 3. chiarire i fatti, i concetti e i principi; 4. identificare i modi in cui sono state coinvolte le emozioni; 5. identificare i modi in cui ciascun partecipante è stato formato. Lederman (1991): 1. l'introduzione alla riflessione e analisi sistematica; 2. intensificazione e personalizzazione dell'analisi dell'esperienza; 3. generalizzazione e applicazione dell'esperienza. Petranek (1994): 1. eventi; 2. emozioni; 3. empatia; 4. spiegazioni e analisi	È largamente riconosciuto che il debriefing è il cuore e l'anima dell'esperienza di simulazione. Attualmente vi è un numero crescente di lavori che esplorano il ruolo e l'efficacia di debriefing in modo obiettivo nel processo di apprendimento. Di questi, solo una piccola parte sono pubblicati su riviste indicizzate o con Impact Factor (IF). Ai meeting internazionali sulla simulazione nell'assistenza sanitaria vengono incoraggiate le presentazioni relative a tecniche, metodi e valutazioni del processo di simulazione

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopoloobiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspetti/outcome indagati	Risultati	Conclusioni
King AEA, Conrad M, Ahmed RA. <i>Improving collaboration among medical, nursing and respiratory therapy students through interprofessional simulation.</i> J Interprof Care 2013;27:269-71	Esaminare se un'attività simulata che coinvolge studenti di terapia respiratoria, medicina e infermieristica possono migliorare atteggiamenti verso l'istruzione interprofessionale e la pratica e nello apprendimento interprofessionale in team	<p><i>Survey</i> per valutare l'impatto della simulazione in un gruppo di studenti di diverse discipline.</p> <p>Campione: n. tot. 34 studenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 di medicina; - 20 di infermieristica; - 8 di terapia respiratoria (fisioterapia). <p>Strategia formativa.</p> <p>Scenario appositamente creato finalizzato a rianimare con successo il paziente; i membri del team erano tenuti a comunicare, coordinare le azioni e tutelare il paziente.</p> <p>Simulazione-durata: 15-20 m'</p> <p><i>Debriefing</i>: 15 m' condotto immediatamente dopo ogni simulazione.</p> <p>Sessione di <i>debriefing</i> collettivo della durata di 50 m'.</p> <p>Strumento di valutazione sviluppato da esperti in simulazione.</p> <p>Le indagini per valutare l'impatto di queste simulazioni comprendeva otto item (quattro quantitativi e quattro qualitativi).</p> <p>Tutti i membri della facoltà hanno partecipato alla recensione di tali item, al fine di confermare la validità di costruito.</p> <p>Quattro item erano specifici per la simulazione, compreso il set-up dello scenario, orientamento all'ambiente, se gli obiettivi interprofessionali erano stati discussi in precedenza, se erano state soddisfatte e la misura in cui la sessione di <i>debriefing</i> ha supportato l'apprendimento riflessivo. Questi elementi sono stati misurati su una scala Likert</p>	Percezione dello studente rispetto a simulazione, setting set-up dello scenario, orientamento all'ambiente, obiettivi interprofessionali, apprendimento riflessivo, utilità della simulazione per la pratica clinica	Tutti i 34 studenti hanno fornito risposte complete alle domande quantitative. L'analisi dei dati evidenziano che per il discente è valida la simulazione interprofessionale. Gli studenti hanno riferito che il set-up degli scenari di simulazione ha supportato la formazione (M 4,68), gli obiettivi interprofessionali sono stati soddisfatti (M 4,54) e la sessione di <i>debriefing</i> ha supportato l'apprendimento riflessivo (M 4,8). I punteggi relativi al setting e allo orientamento sono stati inferiori (M 3,94), ma suggeriscono una esperienza positiva. <p>33 su 34 studenti hanno completato le domande qualitative. Delle 169 risposte alle domande aperte, quasi la metà (44%) erano relative all'importanza della comunicazione o alla necessità di migliorare la comunicazione</p>	<p>Modifiche delle percezioni e degli atteggiamenti dei gruppi interprofessionali sono stati identificati come un precursore di cambiamento comportamentale utili a determinare risultati di sicurezza nel paziente. Come risultato di questa simulazione gli studenti hanno dichiarato di aver più fiducia nel comunicare e non avevano paura di interrogare il medico rispetto alle prescrizioni.</p> <p>L'essere disposti a parlare può impedire il verificarsi di errori prevenibili.</p> <p>In sintesi, SBT sembra essere una strategia promettente.</p> <p>Miglioramento negli atteggiamenti e nei valori relativi alla interprofessionalità sono stati riportati dagli studenti dopo la sessione formativa. L'inserimento della formazione interprofessionale in percorsi formativi strutturati darà risultati migliori</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopoloiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspettiloutcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Lavoie P, Pepin J, Boyer L. <i>Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test</i>. Dynamics 2013;24:36-41</p>	<p>Scopo di questo studio pilota era di testare un intervento formativo combinato con una simulazione avanzata, ad alta tecnologia (<i>High Fidelity Simulation</i>) di un'esperienza di area critica, e con un <i>debriefing</i> riflessivo</p>	<p>Implementazione di un progetto didattico che ha previsto un intervento formativo combinato con la simulazione di un'esperienza di area critica e con un <i>debriefing</i> riflessivo. Un campione di convenienza costituito da cinque infermieri che stavano terminando il loro percorso di inserimento in una unità di terapia intensiva sono state reclutate per questo studio. Questo progetto si è concentrato sulla percezione dei partecipanti e degli educatori rispetto all'intervento didattico. Subito dopo il test pilota, i partecipanti hanno completato un questionario aperto, con domande tipo: "Che cosa hai imparato oggi?", "Che cosa ti è piaciuto di più/meno circa l'attività?" e "Come quest'attività ha contribuito allo sviluppo del suo giudizio clinico?". Due osservatori erano presenti durante il test pilota: un educatore infermiera clinica di terapia intensiva (ICU) e un membro della facoltà. È stato sviluppato un intervento formativo combinando HFS di 45 minuti con un periodo di riflessione (90 minuti) ispirato a Nielsen, Stragne e il lavoro di Jester (2007). Dal momento che questa attività è stata il momento conclusivo del programma di orientamento dell'infermiere novizio, è stato concepito come esercizio integrativo concentrandosi sui loro bisogni di apprendimento</p>	<p>Pensiero critico e giudizio clinico sviluppato dagli infermieri novizi nel corso di una simulazione combinata con un <i>debriefing</i> riflessivo</p>	<p>I partecipanti hanno riferito che la riflessione ha contribuito a definire le priorità e l'organizzazione dell'assistenza, le loro capacità di valutazione infermieristica, e il loro giudizio clinico globale rispetto alla situazione. Hanno indicato che il <i>debriefing</i> li ha aiutati a capire come hanno raggiunto una decisione rispetto alla situazione del paziente ed è stato percepito come un esercizio utile per collegare teoria e pratica. Hanno anche pensato che il <i>debriefing</i> riflessivo li ha portati migliorare le proprie competenze, in particolare la comunicazione. Gli osservatori hanno riferito che l'intervento formativo è stato un ottimo esercizio integrativo per gli infermieri novizi di terapia intensiva, in quanto richiedeva una grande varietà di competenze e conoscenze</p>	<p>Gli autori ritengono che questo tipo di <i>debriefing</i> potrebbe potenzialmente essere integrato in altri tipi di scenari clinici simulati legati alla terapia intensiva o in altri domini infermieristici. Il ragionamento clinico e il giudizio clinico sono difficili da valutare. Non ci sono prove che questo intervento permetterà ai partecipanti di trasferire l'apprendimento in ambito clinico o che ha avrà effetti positivi sui risultati del paziente. Sono necessari maggiori livelli di evidenza per giustificare lo sviluppo di tali strategie utilizzando tecnologie costose e una grande quantità di tempo con piccoli gruppi. Pertanto, è imperativo per i ricercatori di formazione infermieristica concentrare i propri sforzi per sviluppare approcci volti a studiare e valutare gli interventi didattici mirati al ragionamento e al giudizio clinico</p>

(continua)

Tabella I (segue)

Titolo dello studio e riferimenti	Scopio/obiettivo dello studio	Disegno dello studio campione e metodi	Aspetti/outcome indagati	Risultati	Conclusioni
<p>Mariani B, Cantrell MA, Meakim C, et al. <i>Structured debriefing and students' clinical judgment abilities in simulation</i>. Clinic Simul Nurs 2013;9:e147-55</p>	<p>Testare e confrontare il giudizio clinico di studenti che hanno partecipato a una sessione di <i>debriefing</i> strutturato usando il <i>Debriefing for Meaningful Learning</i> (DML) (Dreifuerst, 2010) e di studenti che ricevono <i>debriefing</i> non strutturati. L'obiettivo secondario consisteva nell'esplorare la percezione degli studenti rispetto ai vari fattori della strategia di <i>debriefing</i> strutturato</p>	<p><i>Mixed Method Study</i> (studio quanti-qualitativo); Per questo studio è stato utilizzato un disegno quasi-sperimentale per la componente quantitativa e focus group per la parte qualitativa. Campione di convenienza: n. 86 studenti. Gli studenti sono stati randomizzati in due gruppi (n. 42 nel gruppo sperimentale e n. 44 nel gruppo di controllo). Intervento: due sessioni di simulazione seguite da <i>debriefing</i>. Il gruppo sperimentale ha ricevuto un <i>debriefing</i> strutturato (DML) sviluppato da Dreifuerst, (2010). Questo metodo guida il <i>debriefing</i> nella discussione che include le esperienze precedenti, la preparazione educativa, la riflessione e la situazione clinica attuale per ordinare per lo sviluppo della conoscenza, delle abilità e delle attitudini necessarie per essere un infermiere. Gli studenti del gruppo di controllo hanno ricevuto il <i>debriefing</i> non strutturato utilizzato dopo la simulazione. Strumento di misurazione: il giudizio clinico è stato misurato con il <i>Lasater Clinical Judgment Rubric</i> (LCJR) (Lasater, 2007). Le abilità di giudizio clinico sono state valutate al termine di ogni esperienza di simulazione Due Focus Group (60 m' ciascuno) da 7 studenti (8,1%) di entrambi i bracci e una intervista individuale</p>	<p>Giudizio clinico. Percezione degli studenti rispetto ai diversi fattori del <i>debriefing</i> strutturato</p>	<p>Le differenze tra le medie dei gruppi per i punteggi relativi a LCJR non erano staticamente significative. I temi emersi nel <i>debriefing</i> strutturato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - discussioni focalizzate sul conduttore; - non concentrarsi su ciò che era giusto rispetto a quanto era sbagliato; - mappatura dei concetti utili per l'apprendimento; - analisi di scenario potrebbe essere utile in situazioni future; - approccio olistico che comprende le reazioni e i sentimenti; - capire il problema e collegare tutto; - temi emersi nel <i>debriefing</i> standard; - più focalizzazione sull'istruttore. <p><i>Feedback</i> convenzionale (giusto vs sbagliato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - non dare il quadro completo; - si è verificato apprendimento, ma non tanto quanto la strutturata metodo 	<p>I risultati dello studio qualitativo indicano che gli studenti hanno percepito benefici maggiori nell'apprendimento nelle sessioni di <i>debriefing</i> strutturato, rispetto alla consueta forma di <i>debriefing</i> non strutturato. Pur non generando una differenza statisticamente significativa, questo studio riporta importanti informazioni circa l'influenza del <i>debriefing</i> strutturato sull'apprendimento degli studenti in una esperienza di simulazione clinica. Indagini di ricerca aggiuntive condotte con disegni rigorosi sono necessari per fornire ulteriori evidenze empiriche dell'efficacia quantificabile e percettiva del <i>debriefing</i> strutturato sui risultati di apprendimento degli studenti</p>