

IL DEBRIEFING IN PRONTO SOCCORSO: UNO STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA

Eleonora Soave¹, Antonello Carta²

¹ BSN, RN
UO Ostetrica e Ginecologia,
Ospedale Civile di Mirano
AULSS 3 Serenissima

² MSN, BSN, RN
Specialista in Infermieristica
Transculturale.
Servizio per le Professioni
Sanitarie,
Ospedale dell'Angelo, Mestre
AULSS 3 Serenissima

Autore Corrispondente:
Antonello Carta
antonello.cart@aulss3.veneto.it

Parole chiave:
Debriefing, pronto soccorso,
nursing.

Keywords:
Debriefing after Emergency,
Critical Incident Stress debriefing,
critical incident.

This article was published
on December 17, 2018, at
SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-19
Copyright © 2018 SIMEDET.

ABSTRACT

BACKGROUND

Lavorare nei Dipartimenti di Emergenza comporta elevati carichi di stress causati dal doversi occupare di pazienti in condizioni critiche e in pericolo di vita.

Questo può influenzare negativamente le abilità degli operatori nell'erogare le cure e l'assistenza appropriate.

Recenti studi dimostrano che eseguire un *debriefing* in questi contesti può, attraverso la riflessione sulla situazione clinica appena vissuta, apportare cambiamenti nel comportamento dello staff e influenzare gli *outcome* dei pazienti.

OBIETTIVO

Analizzare le opinioni degli infermieri che lavorano in Pronto Soccorso rispetto all'utilizzo del *debriefing* dopo la gestione dei pazienti in Area Rossa.

DISEGNO DI STUDIO

Studio descrittivo.

METODI

La ricerca ha coinvolto tutti gli infermieri del Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo.

La raccolta dati è stata condotta attraverso un'intervista semi-strutturata costituita da 9-10 domande; sono stati indagati aspetti di conoscenza, di metodo ed esperienziali circa il *debriefing*.

BACKGROUND

The Emergency Room is a highly stressful environment because one must work with patients that are often in critical condition and in a life threatening situation.

This environment can influence the medical staff in a negative way, affecting the ability to provide the right care and treatment.

Recent studies have proven that, in this environment, a debriefing could bring changes in both the staff behavior and the outcome of the patient, through the analysis of the clinical situation.

GOAL

To analyze the opinions of nurses who are working in the Emergency Room regarding the use of debriefing after experiencing this environment.

TYPE OF STUDY

Descriptive Study.

METHODS

This study involves all the nurses working in the Emergency Room at the Ospedale dell'Angelo.

From July to August 2016, data was collected through a semi-structured 9 to 10 question interview.

This interview had questions that focused on the nurse's level of knowledge, methods, and experience with regards to debriefing.

RISULTATI

Dai risultati è emerso che il 83% conosce lo strumento del *debriefing*; tutti gli infermieri hanno concordato sulla sua utilità al fine di analizzare i casi clinici e la loro gestione, evidenziare le azioni che sono state eseguite correttamente e quelle sulle quali si dovranno apportare dei miglioramenti.

Tutti gli infermieri auspicano l'introduzione di questo strumento nella pratica clinica quotidiana.

DISCUSSIONE

Nonostante sia stato dimostrato in letteratura che il *debriefing* è un potente strumento utilizzato per la pratica riflessiva con il fine di apprendere nuove conoscenze e comportamenti da applicare nella pratica clinica futura, è emerso che presso il Pronto Soccorso questo viene eseguito raramente e, inoltre, che mancano professionisti dotati delle competenze adeguate per la conduzione dello stesso.

CONCLUSIONI

Sono necessari ulteriori studi e la definizione di Linee Guida, con lo scopo di definire come deve essere svolto un *debriefing* in questi luoghi.

RESULTS

Results show that 83% of the staff has knowledge of *debriefing*.

All the nurses agreed on the positive impact of this tool, which helps in analyzing the clinical cases, reviewing how they have been handled, highlighting the correct procedures and revealing areas for improvement.

Finally, all of the nurses would like the *debriefing* practice to be introduced in the clinical daily life.

DISCUSSION

Although *debriefing* is recognized to be a powerful tool in literature that brings new knowledge and behavior in future clinical practice, research suggests that the tool is rarely utilized in practice currently.

Also, findings show that there is a lack of experts in this field that can implement a *debriefing* in the correct way.

CONCLUSIONS

Further studies would be necessary in order to define guidelines implementing a *debriefing* in this environment.

BACKGROUND Il *debriefing* nasce durante la II Guerra Mondiale, più precisamente all'inizio degli anni '40, grazie al Generale di Brigata dell'Esercito Americano, Samuel Lynn Atwood Marshall, un militare con il compito di documentare eventi della Seconda Guerra Mondiale, così come avvenivano.

La pratica del *debriefing* si è diffusa in altri ambiti: nelle industrie, nell'aviazione e più recentemente nel campo della sanità.

Lo scopo dei *debriefing* nel team medico è quello di discutere sulla situazione clinica appena vissuta, incoraggiare la riflessione.

Esso è un potente strumento educativo che può apportare cambiamenti nel comportamento del team e anche influenzare gli *outcome* dei pazienti; inoltre, come affermano Mullan, Wuestner, Kerr et al ⁽¹⁾, la discussione serve ai partecipanti per assimilare nuovi concetti da applicare nella pratica futura.

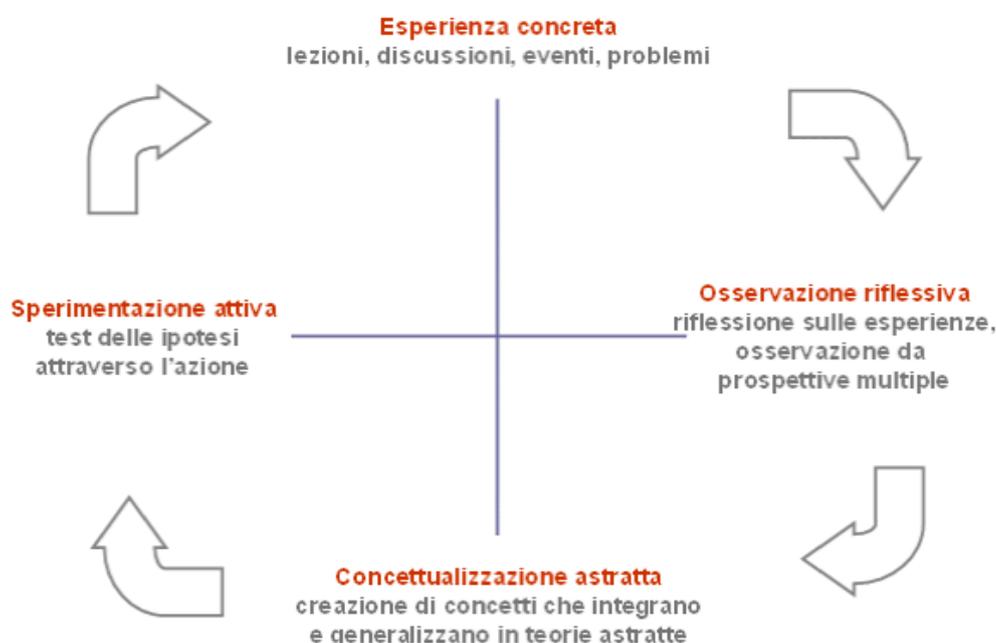
David Gaba, anestesista, alla fine degli anni '80 porta nel campo della sanità il *critical medical event management* come strumento di discussione di casi nelle simulazioni in ambito medico; infatti, egli considera il *debriefing* come parte integrante del processo di qualsiasi tecnica di apprendimento partendo dall'esperienza.

Fanning e Gaba ⁽²⁾ definiscono il *debriefing* come "una riflessione guidata o facilitata nel ciclo dell'apprendimento esperienziale".

Il *debriefing* è basato sulla teoria esperienziale di David Kolb (**FIGURA 1**);

questa può essere rappresentata graficamente da quattro passaggi che si susseguono: ogni persona che sperimenta qualcosa di nuovo, al termine dell'evento inizia un processo di riflessione a cui fa seguito un periodo per poter concettualizzare l'esperienza, in cui la persona può confrontarsi con altri e tramite il confronto e la discussione può giungere a dare pieno significato all'evento vissuto; questo comporta che, se si ripresenterà una situazione simile in futuro, la persona agirà in modo differente, più consapevole delle proprie azioni e degli obiettivi da raggiungere. Il ciclo della teoria di Kolb ritorna all'esperienza (**FIGURA 1**).

FIG 1 – CICLO DI KOLBE



Knowles ⁽³⁾ afferma che l'apprendimento è un processo che avviene all'interno di chi sta imparando e questo può essere supportato da una persona posta all'esterno, cioè un formatore, il cui compito è permettere che si rendano manifeste le dimensioni emotive e cognitive di chi ha partecipato all'evento.

Un modo per poter giungere a questo obiettivo è partecipare al debriefing.

La sua finalità è quella di imparare andando a ripercorrere mentalmente l'esperienza vissuta.

Schön ⁽⁴⁾ aveva distinto due tipi di riflessioni: quella *in action*, che avviene durante l'esperienza e grazie a questa si può reindirizzare l'azione in corso d'opera;

quella *on action*, che invece trova luogo alla conclusione dell'esperienza e permette di giungere alla concettualizzazione astratta dell'esperienza in modo da acquisire nuove conoscenze per future esperienze attraverso la riflessione retrospettiva.

Il debriefing coincide con la riflessione *on action* proposta da Schön.

Grazie alla pratica riflessiva quindi, ogni persona può vedere l'evento vissuto da una prospettiva differente e questo può portare a sviluppare la capacità di modellare il proprio comportamento e le proprie conoscenze, così come uno "scultore smussa gli angoli dell'opera perché sia in armonia con il tutto."

Lo strumento del debriefing è molto utilizzato in ambito pediatrico come strumento per l'analisi delle situazioni critiche e la prevenzione del *burn out*, come riportato tra gli altri da Shore ⁽⁵⁾ e da Maloney ⁽⁶⁾.

Il debriefing nei Dipartimenti di Emergenza

In tutte le Unità di Urgenza/Emergenza, infermieri, medici e operatori sanitari si confrontano ogni giorno con situazioni in cui i pazienti possono essere in pericolo di vita (traumi, infarti, arresti cardiaci, episodi di violenza, intossicazioni da sostanze stupefacenti), in alcuni casi il paziente guarisce mentre in altri avviene il decesso.

È proprio in questi momenti che tutti gli operatori sono sottoposti a elevati carichi di stress emotivo, che possono ostacolare l'abilità degli stessi nell'offrire l'assistenza migliore a ogni persona.

Robbins ⁽⁷⁾ afferma infatti che gli eventi critici possono stimolare, in chi deve occuparsi della vita delle persone, sentimenti di rabbia per ciò che è successo, senso di impotenza nei confronti della situazione clinica del paziente. Healy e Tyrrell ⁽⁸⁾ affermano che un modo per poter aiutare tutto il personale dei reparti di urgenza/emergenza ad affrontare le situazioni e le emozioni che ne derivano, è introdurre un programma di debriefing dopo eventi stressanti.

Le Linee Guida del 2015 di American Heart Association ⁽⁹⁾, raccomandano l'uso di questo strumento dopo la rianimazione cardiopolmonare come mezzo di riflessione per migliorare la performance clinica del team.

Come affermano Schmidt e Haglund ⁽¹⁰⁾, il debriefing condotto con metodo strutturato dopo gli eventi avversi è stato utilizzato nell'assistenza sanitaria come strategia non accusatoria e relativamente a basso costo per discutere di risultati imprevisti, identificare opportunità di miglioramento e come supporto per il team di lavoro.

Uno studio condotto in Inghilterra da Ireland ⁽¹¹⁾ nel 2008, ha evidenziato come l'86% dei Dipartimenti di Emergenza non preveda un programma formale che permetta di rivedere ed analizzare gli eventi dopo che sono accaduti.

Theophilos ⁽¹²⁾ ha condotto uno studio nei Dipartimenti di Emergenza in Australia ed è emerso che il 54% dei medici e il 69% degli infermieri vorrebbe poter partecipare alle sessioni di debriefing più spesso; mentre l'89% auspicherebbe un programma specifico per i Dipartimenti di Emergenza.

Haley e Tyrrel ⁽⁸⁾ hanno condotto uno studio descrittivo sulla percezione che medici e infermieri, che lavorano nelle unità di Emergenza, hanno nei confronti della necessità di un debriefing dopo eventi stressanti.

Hanno partecipato 103 persone ed è emerso che l'84% dei partecipanti ha considerato come "importante" o "molto importante" partecipare a questo tipo di discussione dopo eventi critici nei Dipartimenti di Emergenza; il 62% ha osservato che non è mai stata offerta l'opportunità di partecipare a una sessione condotta utilizzando questo strumento; il 19 % ha affermato che nel posto di lavoro non vengono discussi gli eventi clinici; la maggior parte dei partecipanti ha sottolineato che il debriefing avviene solo dopo gli incidenti più gravi come traumi maggiori, traumi pediatrici, decessi, assalti o morte improvvisa di bambini.

Ai partecipanti è stato chiesto di identificare le barriere che non permettono lo svolgimento del debriefing dopo eventi critici e sono emersi i seguenti problemi: mancanza di Linee Guida; conflitti tra colleghi; affollamento delle unità di emergenza con conseguente aumento del carico di lavoro; turnazione e specifici tipi di eventi critici/traumatici.

Inoltre, accade spesso che l'elevato stress sul luogo di lavoro comporti una scarsa soddisfazione negli infermieri con richieste di trasferimento e questo provoca un elevato *turnover*.

Ciò porta ad affermare che se il debriefing venisse adottato come strumento per supportare medici e infermieri, questi fenomeni potrebbero essere ridotti.

La discussione dopo eventi stressanti richiama anche la necessità di una figura: il facilitatore. Kessler e David ⁽¹³⁾ hanno redatto una guida per rendere possibile l'utilizzo di questo strumento in ambito clinico, evidenziando *chi* deve tenerlo, *quali* eventi devono essere discussi, *quando* e *dove* deve essere svolto, *perché* e *come* deve essere eseguito.

Dallo studio è emerso che la persona che gestisce la discussione, cioè il facilitatore, può essere interno o esterno al team di lavoro e può essere presente un co-debriefer.

I partecipanti possono essere membri del team che ha vissuto l'evento, ma anche persone esterne.

Si deve decidere di quali eventi discutere e questo dipende dalle necessità e dalle priorità di ogni Dipartimento di Emergenza.

È importante anche determinare quando eseguire la discussione di gruppo, infatti trovare il tempo necessario può diventare una vera sfida.

Si distinguono: *hot debriefing*, che avviene subito dopo l'evento; *warm*, che avviene a distanza di minuti o ore dall'evento e *cold* che può avere luogo a distanza di giorni o settimane, come viene enfatizzato anche da Maloney ⁽¹⁴⁾.

Non meno importante è trovare un luogo adatto a svolgere la discussione in tranquillità: nei Dipartimenti di Emergenza ciò diventa difficile perché la stanza dove si è appena concluso l'evento può servire per un nuovo caso, però potrebbe essere utile al team per ripercorrere tutto l'evento.

Dall'altro lato, una stanza diversa permetterebbe la privacy e una diminuzione della tensione.

Il luogo dove si terrà il confronto è legato al quando: infatti il *cold debriefing*, che avviene a distanza di giorni o settimane, avviene in aule conferenza mentre *hot* e *warm* avvengono nello stesso luogo in cui è avvenuto l'evento.

Anche l'atmosfera assume una certa importanza: dovrà essere tranquilla, confidenziale in modo da evidenziare i comportamenti e le percezioni che portano a un miglioramento degli outcome.

Il metodo più diffuso è *plus-delta*: prevede la discussione di ciò che è andato bene e di ciò che non è andato nel modo corretto, l'identificazione dei cambiamenti necessari affinché i partecipanti migliorino l'assistenza.

Con questo approccio però è necessario che il facilitatore non porti il debriefing a essere quello che Kessler definisce "*hostile blaming session*" (potremmo tradurre questo termine con "processo"), cioè non deve trasparire alcun tipo di giudizio nei confronti dei

partecipanti che, appunto, devono sentirsi liberi di poter raccontare il loro punto di vista, tutto nell'ottica di potersi migliorare per il futuro.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio, di tipo descrittivo, è quello di analizzare le opinioni degli infermieri che lavorano presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre rispetto all'utilizzo del debriefing dopo la gestione dei pazienti in Area Rossa.

METODI La ricerca ha coinvolto tutti gli infermieri del Pronto Soccorso; un solo infermiere è stato escluso perché ha svolto il ruolo di supervisore di questo lavoro.

Hanno preso parte all'indagine dopo aver preso conoscenza dello scopo dell'analisi e aver acconsentito all'intervista firmando il consenso per la privacy.

Lo studio è stato approvato dal Coordinatore della sede di Mestre del Corso di Laurea in Infermieristica, dal Direttore e dal Coordinatore Infermieristico dell'Unità Operativa, dal Responsabile dell'attività di tirocinio e dal Direttore delle Professioni Sanitarie.

La raccolta dati è iniziata il 16 luglio 2016 ed è terminata il 9 agosto successivo.

Le interviste sono state effettuate al cambio turno, in modo tale da non interferire con l'attività lavorativa.

L'intervista è stata guidata da una griglia semi-strutturata di domande (ALLEGATO 1): le prime per avere informazioni sul grado di conoscenza relativa al debriefing come strategia; le successive per conoscere aspetti legati all'eventuale esperienza di partecipazione allo stesso; le ultime per raccogliere opinioni relative ad aspetti di metodo: conduzione, partecipanti, durata, ecc.

ALLEGATO 1 – INTERVISTA SEMI STRUTTURATA

- Sa cos'è il debriefing?
(in caso di risposta negativa segue breve spiegazione sintetica)
- Che cosa pensa del debriefing?
- Le è mai capitato di ripensare a un evento critico a distanza di tempo e avrebbe voluto poterne parlare con qualcuno?
Ripercussioni sulla vita fuori dal lavoro dopo eventi critici? La influenzano?
- Nella Sua esperienza lavorativa, ha mai partecipato a un debriefing?
- Pensa che sarebbe utile poter avere un programma di debriefing ben definito dopo un evento critico? (utilità e importanza già dimostrata in letteratura)
- Secondo Lei, quali sono gli eventi per i quali sarebbe necessario il debriefing?
- A. Secondo Lei, chi dovrebbe tenere un debriefing nell'ambito degli attori coinvolti? Chi dovrebbe partecipare?
- B. Secondo Lei potrebbe essere utile la figura di un mediatore nell'ambito del debriefing? Che figura professionale potrebbe ricoprire questo ruolo? Chi dovrebbe partecipare?
- Entro quanto tempo dall'evento dovrebbe essere svolto?
- Quanto tempo dovrebbe durare?

Avendo a che fare con dati che riguardano in parte l'esperienza vissuta, ai fini di una loro miglior interpretazione, durante l'intervista sono state aggiunte delle domande o, in alcuni casi, riformulate (ALLEGATO 2).

Le interviste sono state audio-registrate e trascritte in modo fedele al testo orale.

L'analisi delle interviste è stata eseguita da due ricercatori in modo indipendente per non influenzarsi (ALLEGATO 2, TABELLA RISULTATI).

Per l'analisi delle interviste si è proceduto nel seguente modo:

- Lettura del materiale raccolto, per familiarizzare con lo stesso;
- Identificazione e sintetizzazione delle parti significative delle interviste rispetto al quesito di ricerca, in modo da ottenere delle categorie di risposte che hanno permesso di ordinare i dati;
- In seguito, si è calcolato quante volte quella categoria era presente nel materiale raccolto per comprendere quanto fosse importante.

ALLEGATO 2 – ANALISI INTERVISTE

1. Sa che cos'è il debriefing?	<ul style="list-style-type: none"> - Sì: 30; 8 hanno anche ampliato: è un incontro tra professionisti per discutere su un evento/situazione al fine di individuare criticità e sulle possibilità di miglioramento; - No: 4 - Incertezza: 2 			
2. Cosa ne pensa?	Utile e valido → TUTTI <ul style="list-style-type: none"> - soprattutto per i professionisti sanitari - per un confronto tra colleghi, migliorare la conoscenza reciproca come gruppo (conoscenza importante tanto quanto le <i>technical skills</i>) - per migliorare - per analizzare gli errori - dopo eventi particolarmente critici o poco frequenti - rielaborare emozioni e vissuti relativi ad un evento percepiti come critici/problematici - riflettere su quanto accaduto per gestire casi simili - da fare sempre - Difficile da utilizzare - Deve essere fatto da persone competenti - Non c'è tempo 			
3. Le è mai capitato di ripensare a un evento critico a distanza di tempo e avrebbe voluto poterne parlare con qualcuno? (ripercussioni sulla vita)	Sì (34 → 94%); di questi 34: <ul style="list-style-type: none"> - Si ripensare agli avvenimenti vissuti, mettendo in discussione l'operato e le decisioni, riflettendo su eventuali modifiche da apportare al proprio comportamento. (17 → 50%) - Ripensare non ha mai influenzato la vita fuori dal lavoro. (10 → 29%) - In parte (7 → 21%). No (2 → 6%)			
4. Nella sua esperienza lavorativa ha mai partecipato a un debriefing?	Sì → 12 (33%) (4 hanno eseguito in altri contesti) No → 11 (31%) Raramente → 8 (22%) "Forme ibride", non strutturate (es. "trovatioci e parliamo") → 5 (14%)			
5. Pensa che sarebbe utile avere un programma di debriefing ben definito dopo un evento critico?	Sì unanime Motivazioni: <ul style="list-style-type: none"> • analizzare criticamente quanto è stato fatto: evidenziare eventuali errori, cosa è andato bene • migliorare l'operatività e le relazioni • lo rendere obbligatorio • come strumento di riflessione e valutazione post evento, condotto da persone esterne • anche bene ma sempre, per tutti i casi • se ben strutturato • con la presenza di esperti 			
6. Quali sono secondo lei gli eventi per i quali sarebbe necessario il debriefing?	<ul style="list-style-type: none"> • Affetti all'area rossa • Affetti all'area verde • Trauma • Shock room • Situazioni che si presentano raramente • Situazioni caratterizzate da evoluzione rapida • Criticità dell'organizzazione (difficile gestione del sovraffollamento, agitazione in sala d'attesa, ecc) • Situazioni che hanno provocato "confusione" • Per eventi in cui è necessario agire in modo veloce e coordinato (team) • Per situazioni che suscitano interrogativi etico-deontologici (es. intubazione paziente in fase terminale) • Dopo eventi critici sul piano emotivo (es. morte, suicidio, giovane età, bambini) • Per tutti • Quando si è verificato un errore • Triage → Dopo eventi critici sul piano emotivo (es. morte) per sostegno psicologico → quando ti viene attribuita la "bolpa" per un errore di assegnazione di codice!			
7. Aspetti di METODO:	a) UTILE la figura di un facilitatore? Sì → 33 (92%) No → 3 (8%) Chi dovrebbe condurre? - Medico responsabile dell'urgenza/ anestesista → 8 - Una persona che sappia condurre indipendentemente dal profilo professionale → 16 - Uno psicologo → 1 - Persona esterna al reparto ma con competenze in materia → 6 - Direttore o Coordinatore infermieristico → 3 - Nessuno → 1 - Operatore con più esperienza coordinato da uno psicologo → 1	b) partecipanti - Tutto il personale → 21 - Solo quelli che hanno partecipato all'evento → 10 - Chi lo richiede → 1 - Dipende dall'evento in questione → 4	c) entro quanto tempo? - Appena possibile (fine turno, dopo un'ora, massimo entro 24 H) → 30 - Entro due settimane → 1 - Entro 30 giorni dall'evento → 4 - Non oltre i sei mesi → 1	d) durata - 10 minuti → 4 - Circa 30 minuti → 9 - Circa un'ora → 8 - Due ore → 8 - Fino al raggiungimento di una conclusione → 6 - "non saprei" → 1

RISULTATI

Il campione preso in esame è costituito da tutti gli infermieri che lavorano presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre; su 39 operatori, ne sono stati intervistati 36: due non hanno fornito il consenso, uno è co-ricercatore.

Come si evince dalla **TABELLA 1**, dei 36 infermieri intervistati, 22 sono donne (61,1 %), 14 gli uomini (38,9 %). La fascia di età va da 25 a 65 anni, con una media equivalente a 35,3 anni; la media degli anni di lavoro degli operatori è circa 12,1.

Sul totale dei 36 infermieri, 9 hanno conseguito il diploma regionale, mentre i rimanenti 27 hanno ottenuto il titolo di Laurea in Infermieristica.

In generale, tutti gli infermieri, partecipando alle interviste, si sono dimostrati disponibili e interessati allo studio proposto.

Dall'analisi delle interviste, come si evince dal **GRAFICO 1**, è emerso che 30 infermieri sanno cos'è il debriefing (83%), 4 hanno dato risposta negativa (11%), 2 invece erano incerti (6%).

Inoltre, tra i 30 che hanno fornito una risposta affermativa, 8 di loro hanno dato una risposta più completa alla domanda, aggiungendo anche una "definizione": "è un incontro tra professionisti per discutere su un evento/situazione al fine di individuare criticità e possibilità di miglioramento".

A quelli che hanno dato risposta negativa o erano incerti, è stato spiegato brevemente di cosa si tratta.

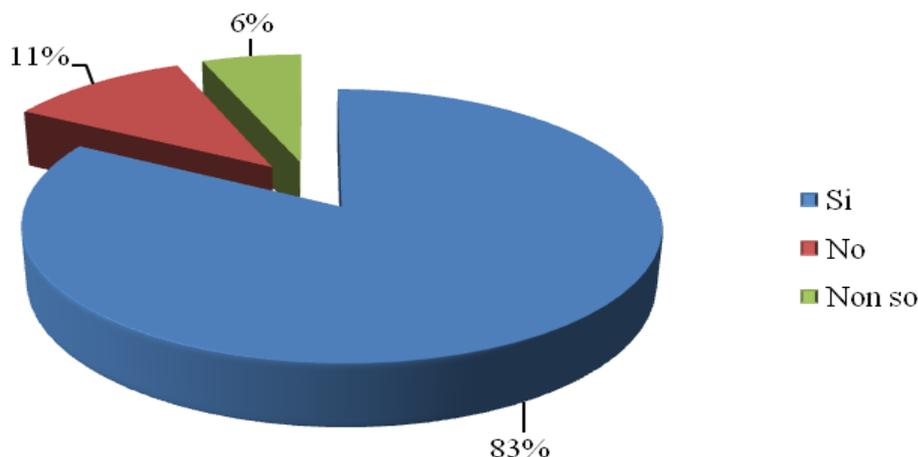
Tutti gli infermieri hanno risposto che il debriefing è un ottimo strumento per rivedere il caso clinico, ripercorrere tutte le tappe dell'assistenza offerta per evidenziare sia gli aspetti positivi sia quelli negativi, in modo da sapere cosa modificare del proprio comportamento, per un caso simile, nel futuro.

TAB.1 : DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

		VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
SESSO	Maschi	14	39%
	Femmine	22	61%
ETÀ	25-30	15	42%
	31-35	8	22%
	36-40	3	8 %
	41-45	4	11%
	46-50	4	11%
	51-55	0	0%
	56-60	1	3 %
	61-65	1	3 %
TITOLO DI STUDIO	Diploma regionale	9	25%
	Laurea	27	75%
ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA	≤ 5	16	44%
	6-10	9	25%
	11-15	2	6%
	16-20	7	19%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	1	3%
	36-40	1	3%

GRAFICO 1 – CHE COS'È IL DEBRIEFING?

Sa cos'è il *debriefing*?



Inoltre, è venuto alla luce che si tratta di uno strumento utile anche per conoscere meglio l'équipe di lavoro, perché il confronto porta sempre a nuove conoscenze; è utile per capire il metodo di lavoro di ciascun professionista facente parte del team, di conseguenza aumenta il grado di conoscenza tra ciascun operatore.

Alcuni hanno aggiunto che sebbene sia utile, è uno strumento difficile da applicare perché manca il tempo necessario; inoltre, richiede di essere guidato da un professionista competente in area critica e in comunicazione.

È stato chiesto agli infermieri se sia mai capitato loro di ripensare, a distanza di giorni, a un evento vissuto professionalmente: il 94% (34 infermieri) ha risposto in modo affermativo, il restante 6% non ha mai rianalizzato l'accaduto.

Con questi 34, è stato approfondito se il riesaminare l'evento abbia mai influenzato la vita al di fuori dell'impegno lavorativo: 17 infermieri (50%) hanno affermato che capita spesso di ripensare agli avvenimenti vissuti, alle condizioni del paziente, mettendo in discussione l'operato e le decisioni,

riflettendo su eventuali modifiche da apportare al proprio modo di agire e di offrire assistenza.

Un infermiere ha affermato *“Capita che ci si porti il lavoro a casa”*; un altro: *“Nella mia esperienza mi è successo. Psicologicamente sì, ci pensi, perché l'operatore è anche una persona”*.

Il 29% ha affermato che il ripensare a un evento non ha mai influenzato la vita fuori dal lavoro, mentre il 21% ha risposto *“in parte”*, affermando: *“Sì, ci pensi ma poi hai anche altro fuori dal lavoro”*.

(TABELLA II: PARTECIPAZIONE AL DEBRIEFING)

TAB.2 : PARTECIPAZIONE AL DEBRIEFING

	VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
SI	12	33%
NO	11	31%
RARAMENTE	8	22%
DISCUTERE CON IL COLLEGA	5	14%

Nell' intervista, è stato chiesto agli infermieri se avessero mai partecipato a un debriefing: 12 professionisti (33%) hanno detto sì, precisando però che in Pronto Soccorso succede molto di rado; 11 infermieri (31%) invece non hanno mai partecipato; altri 8 (22%) hanno affermato che si partecipa raramente.

Gli ultimi 5 operatori (14%) hanno precisato che al termine di un evento, se il tempo e gli impegni lo permettono, si discute solo con il collega, quindi un debriefing vero e proprio non viene eseguito.

Inoltre è stato chiesto loro se potesse essere utile poter contare su un programma di analisi degli eventi ben strutturato e definito dopo eventi in cui il paziente è stato in pericolo di vita o quando comunque la situazione era grave.

Tutti hanno concordato sull'utilità e sulla necessità di analizzare il caso appena vissuto.

Un infermiere ha affermato: *“Credo sia importante che in reparto ci sia un momento di confronto con i colleghi e il superiore, un momento per capire i propri limiti, dove si è sbagliato e dove si poteva migliorare”.*

Un altro: *“Credo sia un progetto valido e mi piacerebbe partecipare attivamente”.*

Ancora: *“Potrebbe essere utile; servirebbe per uno scambio di idee, di conoscenze, si impara da una persona con più esperienza”.*

Un altro: *“Migliorerebbe l'operatività e renderebbe anche migliore il rapporto tra le persone”.*

È stato inoltre chiesto per quali eventi sarebbe necessario il debriefing.

Tra le risposte più significative, riportiamo: sarebbe utile in tutti i casi che vengono gestiti in Shock Room (urgenze ed emergenze di natura traumatologica, cardiologica, neurologica, respiratoria); per tutti i pazienti che arrivano in Area Rossa; casi clinici rari; situazioni caratterizzate da evoluzione rapida; situazioni che hanno portato confusione

nella gestione; casi che generano interrogativi etico-deontologici; dopo eventi non urgenti ma critici sul piano emotivo o casi urgenti e critici sul piano emotivo; per il triage, nei casi in cui il paziente entra con codice bianco o verde e, successivamente, si aggrava: in questo caso la discussione è necessaria per conoscere come si presentava il paziente all'accoglimento in triage.

Un momento di confronto può essere utile anche in presenza di turni particolarmente stressanti, quando l'afflusso di pazienti è molto sostenuto e quindi aumenta il rischio di commettere un errore: analizzare nuovamente un evento porterebbe un miglioramento, ciascun operatore saprebbe su quali aspetti dovrebbe puntare (**TABELLA II**).

La risposta di un infermiere è stata la seguente: *“Il confronto sarebbe utile di fronte a eventi sicuramente di criticità come politrauma, distress respiratorio, stroke, quindi tutto ciò che può riguardare l'Area Rossa. Ma anche in circostanze che riguardano l'Area Verde: quando in sala d'attesa ci sono momenti di tensione, il triagista non riesce a gestire i parenti del paziente e la sala d'attesa. Penso che non solo l'Area Rossa meriti il debriefing, ma tutta l'attività del Pronto Soccorso necessiti di questo momento di confronto”.*

TAB.3 : PER QUALI EVENTI ESEGUIRE IL DEBRIEFING?

Casi afferenti all'Area Rossa
Casi afferenti all'Area Verde
Situazioni che si presentano raramente
Eventi caratterizzati da evoluzione rapida
Criticità nell'organizzazione
Situazioni che hanno provocato "confusione"
Per eventi nei quali bisogna agire in modo tempestivo
Situazioni che fanno scaturire interrogativi etico - deontologici
Dopo eventi critici sul piano emotivo
Per tutti gli eventi
Per il Triage
Quando si è verificato un errore

Agli infermieri è stato chiesto, inoltre, se possa essere utile la figura di un mediatore per garantire il corretto svolgimento del debriefing.

Come si evince dal **GRAFICO 2**, 33 operatori (92%) si sono detti d'accordo sulla necessità di una presenza che medi per poter dare a tutti la parola, e che guidi il confronto per giungere a una conclusione; mentre l'8% ha affermato che questa figura non è necessaria. Si è anche chiesto chi, come figura professionale, potesse ricoprire questo ruolo.

Come si evince dal grafico seguente, le risposte sono state abbastanza varie (**GRAFICO 3**).

- 8 ritengono che questo ruolo debba spettare al medico responsabile dell'urgenza (medico del Pronto Soccorso o anestesista);
- 16 affermano che il mediatore potrebbe essere una persona che sappia condurre la discussione, indipendentemente dal profilo professionale, purché formata e con una base teorica molto solida;
- un professionista ritiene che il ruolo dovrebbe essere affidato a uno psicologo;

- 6 infermieri pensano che il ruolo dovrebbe spettare a una persona esterna al reparto, che abbia competenze in ambito di Urgenza/Emergenza ma anche esperienze comunicative e psicologiche (6 infermieri);

- 3 infermieri hanno affermato che il Direttore dell'Unità Operativa o il Coordinatore Infermieristico potrebbero ricoprire questo ruolo;

- un professionista ritiene che non dovrebbe figurare un mediatore;

- una persona crede che il ruolo debba essere ricoperto dall'operatore con più esperienza coadiuvato da uno psicologo;

GRAFICO 2 – È UTILE LA FIGURA DEL MEDIATORE PER IL DEBRIEFING?

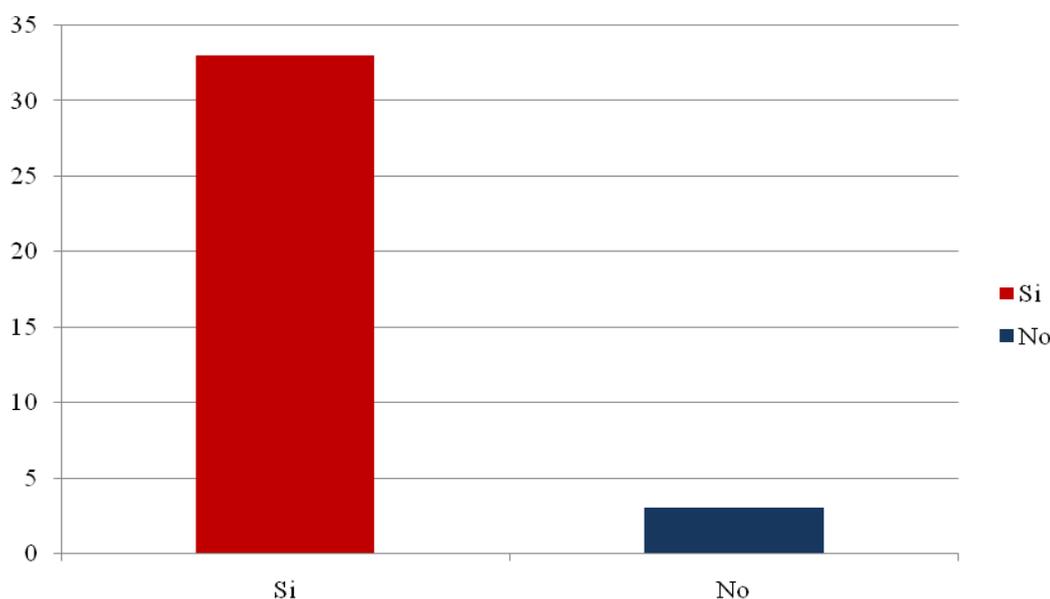
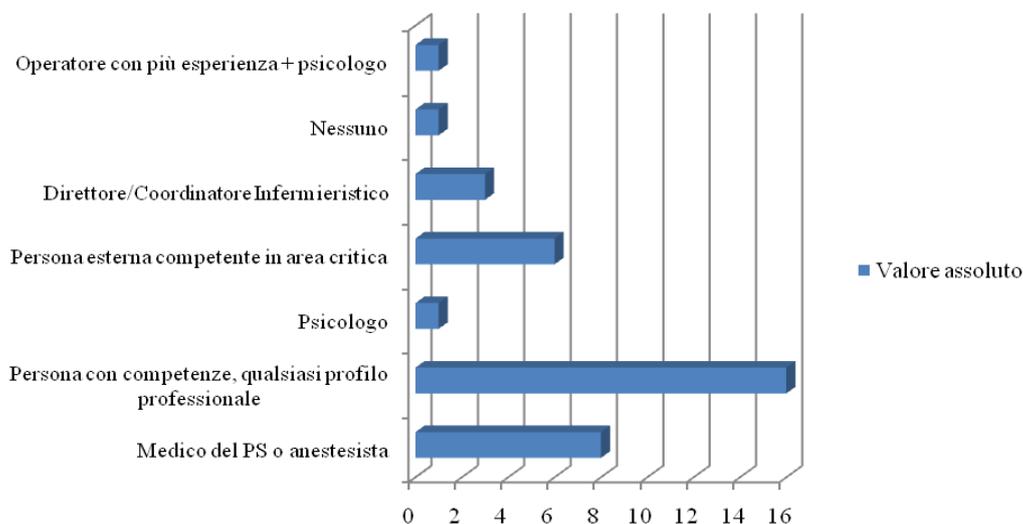


GRAFICO 3 - CHI DOVREBBE GUIDARE IL DEBRIEFING?



Alla domanda “chi dovrebbe partecipare al debriefing?”, 21 infermieri (58%) hanno affermato che dovrebbe essere coinvolto tutto il personale perché “*si può imparare dalle esperienze dei colleghi*”; secondo 10 (28%), invece, dovrebbero essere coinvolti solo i professionisti presenti all’evento; secondo un altro (3%) partecipa chi lo richiede; infine 4 (11%) hanno affermato che dipende dall’evento in questione e dal tipo di debriefing, se clinico o più di supporto psicologico.

Le ultime due domande dell’intervista riguardano il tempo: cioè, quando dovrebbe essere svolto il debriefing e quanto tempo si dovrebbe dedicare alla discussione del caso.

Rispetto alla prima domanda, la maggior parte (30 infermieri > 83%) ha affermato che dovrebbe essere eseguito il prima possibile, cioè appena trasferito il paziente nel reparto per le cure più appropriate, oppure alla fine del turno, per conservare in modo dettagliato il ricordo dei vari passaggi nella gestione del paziente; 1 infermiere (3%) ha osservato entro due settimane; l’11% ritiene che il tempo ideale sia entro 30 giorni dall’evento; un solo (3%) operatore ha detto non oltre i sei mesi.

In merito alla seconda domanda, invece, sono emersi diversi pareri:

- 4 infermieri ritengono che possano essere sufficienti circa 10 minuti per discutere e fare il punto della situazione;
- secondo altri 9 per la discussione potrebbe bastare mezz’ora;
- 8 invece reputano che ci debba essere il tempo necessario al confronto, quindi circa un’ora;
- Secondo altri 8 infermieri, sono necessarie circa due ore perché ogni partecipante possa raccontare l’evento dal proprio punto di vista, così da giungere a una conclusione;
- 6 ritengono che non debba esserci un tempo prefissato, si continua fino alla risoluzione del caso. Un infermiere ha concluso: “*Non può esserci un tempo predeterminato, secondo me: si discute in base a ciò che le persone pensano. Di sicuro non sono sufficienti 10 minuti perché molte volte gli operatori si sentono più coinvolti se c’è la possibilità, e quindi il tempo, di parlare senza fretta*”.
- Un infermiere non sapeva cosa rispondere.

DISCUSSIONE

Dalle interviste emerge che la maggior parte degli infermieri che lavorano presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo sa cos'è il debriefing.

Tutti sono concordi nell'affermare che sia importante poter discutere e incoraggiare la riflessione con l'obiettivo di migliorare il proprio comportamento per la pratica clinica futura, come viene affermato da Kessler, Cheng e Mullan ⁽¹³⁾.

Questo trova conferma negli studi reperiti in letteratura, come quello di Mullan, Kessler e Cheng ⁽¹⁵⁾ in cui viene dimostrato che la riflessione, quando applicata al contesto clinico per l'analisi di un evento critico, porta a un miglioramento degli *outcome* legati alle manovre di rianimazione cardio-polmonare, dell'efficienza del *trauma team*, dell'identificazione di eventuali errori e degli *outcome* dei bambini nati da parto cesareo.

Queste evidenze, tra l'altro, hanno fornito il proprio contributo alle linee guida dell'*American Heart Association* che raccomandano il debriefing dopo eventi critici per migliorare l'assistenza.

Zigmont, Kappus, Sudikoff ⁽¹⁶⁾ affermano che gli individui, ai fini dell'apprendimento, devono sentirsi liberi di esplorare e sperimentare, ma per poter apprendere è necessario che sia data loro l'opportunità di riflettere e analizzare l'esperienza.

È emerso, tuttavia, che in Pronto Soccorso accade di rado che si discuta del caso appena vissuto seguendo un programma strutturato.

Tuttavia molti infermieri hanno precisato che al termine dell'evento di propria iniziativa tendono a discutere e a parlare solo con il collega con qui si è gestita l'urgenza, però il tempo per questa discussione è molto breve.

Tutti gli infermieri intervistati concordano sull'importanza di poter usufruire di un programma di debriefing strutturato e definito dopo eventi critici. In letteratura, è emerso che infermieri e medici,

riconoscono l'importanza del debriefing, ma la sua diffusione nei Dipartimenti di Emergenza è limitata, come riportato da Kessler, Cheng e Mullan ⁽¹³⁾ e da Healy & Tyrell ⁽⁸⁾.

Anche Sandhu et al. ⁽¹⁷⁾ confermano questo concetto e aggiungono che c'è la necessità di facilitatori esperti in materia, per strutturare la riflessione e focalizzarla su aspetti specifici.

La discussione può avvenire principalmente dopo eventi critici, come un caso riguardante un paziente politraumatizzato, arresto cardiaco, infarto, stroke, ecc; tuttavia, alcuni infermieri hanno fornito altri esempi in cui il debriefing potrebbe risultare uno strumento positivo: casi più semplici in cui non sono compromessi i parametri vitali della persona, ma la situazione coinvolge emotivamente il professionista, piuttosto che eventi in cui si aggrava in modo improvviso il quadro clinico della persona.

Questo trova conferma con quanto sostenuto da Kessler, Cheng e Mullan ⁽¹³⁾ i quali affermano: *"Perfino problemi comuni in pazienti non critici possono portare opportunità per discutere e giungere al miglioramento degli outcome"*.

Sempre loro sottolineano però che gli eventi per i quali si esegue un debriefing devono essere rilevanti per lo staff.

In relazione a ciò, alcuni infermieri hanno affermato che potrebbe essere importante discutere con tutto il team anche di alcuni casi gestiti in maniera egregia, in modo da poter focalizzare al meglio i comportamenti adottati in quella determinata situazione e che hanno contribuito al raggiungimento di buoni *outcome*; lo stesso concetto viene espresso da Mullan, Kessler, Cheng ⁽¹⁵⁾.

Il 58% degli infermieri ha espresso parere positivo riguardo alla partecipazione di tutto lo staff al debriefing, argomentando che si può imparare anche dalle esperienze degli altri attraverso il confronto e il racconto dell'evento.

Infatti, nel *3D model* di Zigmont, Kappus, Sudikoff⁽¹⁶⁾, costituito da tre fasi, la seconda fase fa proprio riferimento all'apprendimento che scaturisce dalle informazioni portate da altri membri del team.

Inoltre, persone esterne all'équipe possono "vedere" i fatti in modo più oggettivo, evidenziando alcuni passaggi che probabilmente non sarebbero considerati in modo adeguato da chi invece ha partecipato all'evento.

Questo concetto è stato espresso anche in letteratura da Wolfe, Zebhur, Topjian et al.⁽¹⁸⁾, i quali hanno osservato come la presenza di tutto il personale al debriefing abbia portato dei miglioramenti, perché in questo modo anche chi non era coinvolto direttamente ha avuto la possibilità di immedesimarsi nell'esperienza degli altri, preparandosi per un caso simile nel futuro.

Il 92% degli operatori ha insistito sulla necessità della presenza di un mediatore per la discussione, per toccare tutti i punti fondamentali e non rischiare di andare fuori tema.

Le risposte che hanno fornito su chi potrebbe ricoprire questo ruolo, sono differenti: per alcuni potrebbe essere il leader del team, per altri un infermiere formato, per altri ancora una persona *super partes*, esterna quindi al gruppo, alcuni hanno detto che potrebbe essere presente anche uno psicologo.

Dalla letteratura emerge che il mediatore della discussione spesso è un membro del team, ma anche che questo potrebbe potenzialmente inibire il confronto perché i partecipanti avrebbero timore del suo giudizio; per questo potrebbe essere opportuno che colui il quale media fosse una figura esterna, cioè non presente all'evento.

È più difficile, invece, che una persona completamente esterna possa figurare perché potrebbero sorgere problemi organizzativi, come emerge in uno studio di Kessler, Cheng e Mullan⁽¹³⁾.

Elemento fondamentale per poter eseguire il debriefing è il tempo; infatti per discutere si deve trovare uno spazio temporale all'interno del quale analizzare l'evento.

Ma nei Dipartimenti di Urgenza/Emergenza, questo è reso molto difficile dalla mole di lavoro, dalla grande affluenza delle persone che giungono in Pronto Soccorso per ricevere cure. In letteratura è emerso appunto che uno dei motivi per cui il debriefing viene svolto raramente, nonostante se ne riconoscano i benefici, è la difficoltà nel reperire il tempo necessario.

Alcuni infermieri in merito a questo quesito, hanno pensato che potrebbe essere utile svolgere due analisi: la prima, definita come "a caldo", appena terminato l'evento al fine di ridurre i bias di memoria e poter contare sulla partecipazione di tutti gli operatori coinvolti; l'altra, invece, dopo qualche giorno o settimana in modo tale che più professionisti possano partecipare. In letteratura, viene espresso lo stesso concetto da Kessler, Cheng e Mullan⁽¹³⁾ nella loro guida su come poter eseguire un debriefing, nella quale parlano di *hot e cold*.

Molti infermieri si sono trovati in difficoltà nel dare una risposta alla domanda "*Quanto tempo dedicherebbe alla discussione?*". Alcuni ritengono siano sufficienti dai 5 ai 10 minuti, secondo altri invece è necessario più tempo, dai 30 ai 60 minuti.

Si può dire che non esiste un tempo definito per poter svolgere il debriefing, tuttavia 10 minuti sembrano del tutto insufficienti al fine di dare la parola a tutti i partecipanti e di ripercorrere tutti i punti dell'evento.

Bisogna tenere presente che la riflessione continua di sé, la scoperta di se stessi e il proprio miglioramento porteranno l'individuo a dei cambiamenti positivi negli outcome, come affermato da Zigmont, Kappus e Sudikoff⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIONI

Lo studio descrittivo ha evidenziato come tutti gli infermieri ritengano, nell'ambito dell'Urgenza/Emergenza, che il debriefing possa essere uno strumento valido, utile per la discussione dei casi, in particolare modo di quelli in cui il paziente è stato in pericolo di vita.

È emerso che in Pronto Soccorso l'analisi viene eseguita raramente, quindi sarebbe utile poter proporre questo strumento per perseguire il miglioramento della pratica clinica.

Dall'analisi, è emerso inoltre che esiste un po' di confusione da parte di alcuni infermieri in merito al vero significato del termine debriefing.

Alcuni, infatti, ritengono possa essere utile per il solo sostegno emotivo e quindi per la risoluzione dei problemi afferenti alle emozioni provate nel corso del caso.

Il debriefing, in quanto strumento della pratica riflessiva, può far emergere una problematica di natura emotiva, ma non ci si confronta solo per aspetti emotivi, per i quali lo strumento più appropriato è il defusing.

Questo viene solitamente svolto al termine dell'evento, dura pochi minuti e serve per dare "immediato conforto emotivo" agli operatori; nel caso in cui emerga poi una problematica di tipo psicologico, chi tiene il defusing deve indirizzare la persona verso un altro tipo di sostegno.

Sono quindi necessari ulteriori studi e la definizione di Linee Guida che vadano a definire come deve essere svolto un debriefing nei Dipartimenti di Emergenza, come evidenziato anche da Gardner (19), stilando una tabella della quale tutti possano poi usufruire per iniziare un programma di analisi strutturato, includendo chi deve guidare la discussione, dopo quanto tempo dall'evento deve essere svolta, chi deve parteciparvi, la durata media.

In riferimento a chi funge da mediatore, sarebbe utile fornire un corso o una preparazione specifica affinché quella persona raggiunga competenze in ambito di Urgenza/Emergenza ma anche competenze comunicative e di ascolto.

LIMITI DELLO STUDIO

Nell'analisi dei dati non sono state considerate le correlazioni tra risposte e variabili del campione come ad esempio età, sesso, titolo di studio, anni di esperienza lavorativa in totale e nello specifico in Area Critica.

Inoltre, le interviste sono state effettuate al termine del turno della mattina o del pomeriggio, quindi alcuni infermieri potrebbero aver avuto fretta di lasciare il luogo di lavoro e di conseguenza possono aver dedicato meno tempo all'intervista.

Il luogo dove è stata effettuata la raccolta dati non era ad uso esclusivo perché veniva utilizzato talvolta anche dai medici come stanza delle consulenze, quindi le interviste sono state interrotte parecchie volte, ma non c'erano altre stanze disponibili a garantire tranquillità e privacy.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, & Patel B. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*, 2013, 84(7): 946 – 951;
2. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation based learning. *Simul Healthc*, 2007 Summer 2(2): 115 – 125;
3. Knowles M. *The Modern Practice of adult education: From Pedagogy to Andragogy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1980: 44 – 45;
4. Schön DA. *Il professionista riflessivo*. Bari: Italia, Edizione Dedalo; 1993;
5. Shore H. After compression, time for decompression: debriefing after significant clinical events. *Infant*, 2014, 10(4), 117 – 119;
6. Maloney C. Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatr Nurs*. 2012, 38(2): 110-113;
7. Robbins I. The psychological impact of working in the emergencies and the role of debriefing. *J Clin Nurs*, 1999, 8: 263-268;
8. Healy S, & Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents. *Emerg Nurse*, 2013, 20(10): 32-37;
9. American Heart Association. Guidelines 2015 CPR & ECC. Sintesi dell'aggiornamento delle linee guida 2015 per CPR ed ECC. Disponibile su <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Italian.pdf> [ultima consultazione 21.09.2018];
10. Schmidt M, Haglund K. Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *J Trauma Nurs*, 2017, 24(5): 317 – 322;
11. Ireland S, Gilchrist J, Maconochie I. Debriefing after failed paediatric resuscitation: a survey of current UK practice. *Emerg Med J*, 2008, 25: 328 – 330;
12. Theophilos T, Magyar J, Babl FE. Debriefing critical incidents in the paediatric emergency department: current practice and perceived needs in Australia and New Zealand. *Emerg Med Australas*, 2009, 21(6): 479 – 483;
13. Kessler DO, Cheng A, & Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Ann Emerg Med*, 2015, 65(6): 690 – 698;
14. Maloney C. Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatr Nurs*, 2012, 38(2): 110 – 113;
15. Mullan PC, Kessler DO, & Cheng A. Educational opportunities with post-event debriefing. *JAMA*, 2014, 312(22): 2333 – 2334.
16. Zigmont JJ, Kappus LJ, & Sudikoff SN. The 3D model of debriefing: Defusing, discovering, and deepening. *Semin Perinatol*, 2011 35(2): 52 – 58.
17. Sandhu N, Eppich W, Mikrogianakis A, Grant V, Robinson T, Cheng A. Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM*. 2014, 16(5): 383 – 92.
18. Wolfe H, Zebuhr C, Topjian AA, Nishisaki A, Niles DE, Meaney A, Boyle L, Giordano RT, Davis D, Priestley M, Apkon M, Berg RA, Nadkarni VM, & Sutton RM. Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes. *Crit Care Med*. 2014; 42(7), 1688 – 1695.
19. Gardner R. Introduction to debriefing. *Semin Perinatol*. 2013: 37(3), 166 – 174.