

Briefing e debriefing nell'ambito della formazione specifica in Medicina Generale: descrizione di un'esperienza

Luca Pasolli¹, Giuseppe Parisi², Anna Brugnolli³

¹ Scuola di Medicina Generale (Provincia Autonoma di Trento - Ordine dei Medici), Trento, Italia

² SIPeM, Trento, Italia. E-mail: giuseppe.parsi.trento@gmail.com

³ Polo Universitario professioni Sanitarie, Trento, Italia

ABSTRACT

The most qualifying aspect of the vocational training course in general practice is the training at the practice of primary care team. During this training, a debriefing was structured over eight sessions and proposed in the School of General Practice of Trento (Italy). It was evaluated by participants, the facilitator and a panel of experts, through the analysis of transcripts of the registered sessions and of the final session of assessment. The experience was positive because participants were aware of the importance of integrated knowledge, successfully reflected on their own learning process and were able to work in a group.

Therefore, besides the vocational training course in general practice planning a structured and guided reflection is an opportunity to build a community practice, and make to emerge the "tacit knowledge", in order to enhance the personalization of care. This is possible if facilitators have not only clinical competences, but also relational and managerial ones, and if they are skilled to elicit reflections about experiences without any judgement and in a friendly manner.

Key-words: Primary health care, debriefing, medical education.

RIASSUNTO

Si presenta e si valuta un percorso di briefing e debriefing rivolto ai medici in formazione del corso triennale in medicina generale. Esso è risultato positivo perché i partecipanti hanno compreso l'importanza di possedere competenze non solo cliniche, sono riusciti a riflettere sul processo di apprendimento e a formare un gruppo, facendo emergere il loro sapere tacito.

Parole chiave: Cure primarie, debriefing, formazione medica.

BACKGROUND

L'esperienza di tirocinio è riconosciuta come una componente fondamentale dell'apprendimento. Tuttavia, per poter far sì che l'esperienza si trasfor-

mi in apprendimento è importante che il tirocinante esplori il proprio percorso di elaborazione dell'esperienza e sia consapevole di come la fonde con il sapere teorico, in altre parole abbia la possibilità di

riflettere su ciò che viene esperito [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

La metodologia tutoriale in grado di far riflettere in modo intenzionale e strutturato gli studenti prima e dopo un'esperienza di tirocinio è il *briefing* e *debriefing* [4, 9, 5, 10, 11, 12].

La letteratura che riguarda l'applicazione del *briefing* e *debriefing* è prevalentemente collocata negli ambiti dell'educazione, dell'assistenza infermieristica e della disciplina della terapia occupazionale [13, 14, 4, 15, 5, 16]. Esiste inoltre una corposa letteratura sul *debriefing* dopo una sessione di simulazione nell'ambito dell'educazione in campo sanitario [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27]. Dalla ricerca effettuata non sembrano invece esserci esperienze sull'uso di tale metodologia nella formazione dei medici di Medicina Generale.

OBIETTIVI

Si è implementato, osservato e valutato un percorso di *briefing* e *debriefing* rivolto ai medici in formazione del corso triennale in Medicina Generale, al fine di comprendere quale ruolo potesse giocare tale metodologia sui professionisti rispetto al loro apprendimento e sviluppo professionale.

MATERIALI E METODI

La Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento, attiva dal 1994, ha sempre proposto sessioni di *briefing* e *debriefing* connesse all'inizio e alla fine dei più importanti tirocini, prevalentemente con un intento organizzativo e senza uno specifico obiettivo di apprendimento basato sulla riflessione [28, 29, 30].

Quindi, in occasione del primo tirocinio del secondo anno, della durata di 12 settimane, da svolgersi presso il medico di medicina generale, è stato proposto ad un gruppo ristretto di tirocinanti un percorso così strutturato: una sessione di *briefing* all'inizio della frequenza e otto sessioni di *debriefing* durante la stessa. Alla fine del percorso è stato eseguito un *debriefing* sul *debriefing* per capire se questa esperienza fosse stata significativa in termini di apprendimento.

Tutti gli incontri sono stati registrati previo consenso dei partecipanti e trascritti. Il facilitatore (LP) e

un supervisore (AB) hanno poi utilizzato le trascrizioni come base di lavoro per l'analisi degli interventi del facilitatore, delle risposte a tali interventi da parte del gruppo e dei temi emersi nel corso dell'esperienza.

Il *debriefing* sul *debriefing* è stato analizzato dal facilitatore, dal supervisore e da un esperto formatore (GP), oltre che dal direttore della scuola, in qualità di medico di medicina generale esperto.

L'ESPERIENZA

L'adesione è stata su base volontaria e tutti hanno deciso di parteciparvi. Un tirocinante dopo due incontri ha abbandonato il gruppo senza esplicitare il motivo. In tutto hanno partecipato sette medici. Le sessioni sono state effettuate nell'aula dove si svolgono normalmente le lezioni teoriche.

Il *briefing*

La conduzione del *briefing* è stata strutturata in due fasi: una prima fase di orientamento in cui sono state fornite indicazioni pratiche sulla sede di tirocinio, sui tutor di riferimento e sulle regole generali a cui attenersi, e una seconda fase in cui gli studenti sono stati aiutati a comprendere il contesto in cui sarebbero andati ad operare, a identificare e condividere gli obiettivi del tirocinio (Tab. 1) e i propri bisogni di apprendimento, a recuperare i prerequisiti teorici

OBIETTIVO GENERALE

Al termine del tirocinio del secondo anno lo specializzando dovrà saper gestire i problemi cronici in integrazione con gli altri professionisti della salute presenti all'interno delle cure primarie o delle altre specialità adattando al singolo paziente i percorsi diagnostici e terapeutici.

OBIETTIVI EDUCATIVI SPECIFICI

- avere consapevolezza della differenza tra il curare e il prendersi cura;
- avere consapevolezza delle strategie cliniche e relazionali che si adottano per gestire il paziente con patologia cronica;
- saper comunicare in maniera chiara ed efficace;
- saper interagire con altre figure professionali.

Tabella 1. Obiettivi del tirocinio.

riguardo alle principali patologie croniche che sarebbero andati ad affrontare nel tirocinio: asma, diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa. Inoltre, i tirocinanti hanno identificato le loro preoccupazioni e aspettative ed elaborato delle strategie per affrontare l'esperienza. Si segnala ad esempio il progetto di focalizzare l'attenzione su alcuni pazienti affetti da patologie croniche o pluripatologici, prendendoli in carico per tutta la durata del tirocinio, in un primo tempo con supervisione da parte del tutor e in un secondo tempo autonomamente. Altro progetto: condividere con il tutor a fine consultazione le ragioni di una scelta rispetto ad un'altra in situazioni di cronicità, identificando i fattori in gioco.

Il debriefing: modalità di conduzione e tematiche emerse

In queste sessioni i medici in formazione sono stati stimolati a portare all'interno del gruppo delle esperienze in cui si erano sentiti in difficoltà e a riflettere su di esse.

Nella conduzione il riferimento è stato il modello di Ledermann [31], che prevede tre fasi: l'introduzione alla riflessione sistematica e all'analisi dell'esperienza, l'intensificazione e personalizzazione dell'analisi, la generalizzazione e l'applicazione dell'esperienza ad esperienze future.

Il livello di facilitazione tenuto in queste sessioni era intermedio. I partecipanti discutevano in autonomia e il facilitatore interveniva solo quando il singolo o il gruppo richiedevano aiuto per analizzare l'esperienza.

Nella Tabella 2 sono riportate le domande del facilitatore.

Si è posta cura ad instaurare un clima di supporto e di accoglienza [32], dove gli studenti vengano rispettati e siano liberi di imparare in un ambiente tranquillo e non giudicante. Dalla letteratura emerge che i partecipanti hanno bisogno di condividere la loro esperienza in modo sincero, aperto e onesto [9], in un ambiente educativo non stressante o giudicante [33].

Una volta che i partecipanti si sono sentiti a proprio agio, sono stati stimolati a descrivere delle esperienze significative e successivamente a decidere su quale di esse focalizzarsi. In Tabella 3 si dà un elen-

“Chi si ricorda qual era il mandato? Quali erano gli obiettivi? Chi vuole raccontare l'esperienza? Quale esperienza decidiamo di affrontare?”

“Riesci a descrivere meglio la situazione?”

“A qualcun altro viene in mente qualche situazione simile? È capitata anche a voi una situazione simile? Cosa ne pensate? Quali altre strategie, quali altre modalità esistono?”

“Cosa ne dite voi?”

“Dove sta la differenza secondo voi tra un atteggiamento e l'altro? Cosa ti aspetteresti in questo caso? Vi è successo ancora di non ammettere il vostro impaccio? È facile ammettere di non sapere? Perché? Quali elementi di blocco intervengono? Voi cosa ne dite? Quali conseguenze può avere la nostra decisione?”

“Cosa è successo in questo caso? Quale tipo di ragionamento è stato fatto? Vedete quello che è successo: siamo partiti da ... e siamo arrivati a capire che ...”.

“Sulla base di questa esperienza quali competenze possiamo attribuire ad un medico di Medicina Generale?”

“Cosa abbiamo imparato da tutto questo? Cosa vi portate via?”

Tabella 2. Domande del facilitatore.

co delle esperienze scelte: si tratta di una serie di spunti di riflessione e casi problematici inerenti al tema della cronicità.

Iniziava così la fase centrale di analisi e riflessione sull'esperienza in cui emergevano le conoscenze riguardo ad essa, le strategie utilizzate, le difficoltà vissute, le conoscenze carenti, le emozioni provate. Sono stati momenti di intenso scambio tra i partecipanti a livello cognitivo ed emotivo. La figura del facilitatore ha permesso il fluire della comunicazione, l'emersione delle diverse strategie elaborate dal gruppo e la loro condivisione; ma ha anche continuato a stimolare la descrizione dettagliata degli attori coinvolti, delle azioni implicate, delle criticità eventualmente presenti e ha favorito la comprensione delle diverse chiavi di lettura utilizzate. Inoltre, il facilitatore stimolava l'entrata in gioco di chi era stato coinvolto meno, permettendo di am-

- Anziano di 90 anni affetto da DM, cardiopatia ischemica con dispnea che rifiuta il ricovero.
- Anziana di 94 anni con diabete mellito scompensato in terapia con ipoglicemizzanti orali che rifiuta terapia insulinica.
- Anziano di 84 anni con diabete mellito e iniziale demenza senile, senza rete sociale in terapia con anticoagulante orale per fibrillazione atriale cronica.
- Giovane adulto che richiede continui certificati per patologie minori: difficoltà nel renderlo consapevole di una patologia psichiatrica.
- Perché alcuni pazienti seguono le indicazioni mediche e altri no.
- Anziano di 86 anni affetto da diabete mellito tipo 2 NID, BPCO, scompenso cardiaco e demenza assistito da una badante che capisce poco l'italiano e con rete familiare quasi assente.
- Anziano di 88 anni affetto da diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, IRC in peggioramento in attesa di dialisi. Viene accompagnato dalla figlia per chiedere consiglio se fare dialisi peritoneale o emodialisi.

Tabella 3. Spunti di riflessione e casi problematici scelti.

pliare i vari punti di vista.

Il facilitatore si è sempre trattenuto dal dare una risposta, cosa che può essere difficile, perché ciò che interessa non è tanto ciò che si deve o non si deve fare, ma stimolare il gruppo a ricercare il “*perché e come arrivo a fare o non fare un'azione*”. Si è tenuto presente che ciò che importa in un debriefing è la *mente dello studente e il suo funzionamento*, la capacità di contemplare punti di vista differenti, per avere a disposizione più strategie d'azione, in modo da poter “salvare l'azione” [34].

Inoltre il facilitatore ha stimolato i partecipanti a collegare l'esperienza significativa del tirocinio con la teoria, gli obiettivi e le competenze attese, portando alla luce il “sapere tacito” [34, 7, 35, 36].

Un altro aspetto tenuto presente nella conduzione è stata l'importanza della riflessione, non solo sul contenuto, ma anche sul processo e sulle premesse, che può aiutare ad integrare, ampliare e modificare con nuovi apprendimenti gli “schemi di significato” [8] precedenti.

Una volta elaborata ed esaurita la riflessione sull'esperienza, si è passati alla fase finale del lavoro, nella quale si costruiva una nuova prospettiva elaborata

- la complessità delle situazioni non solo dal punto di vista clinico ma anche relazionale;
- le competenze trasversali come strategie per la gestione del paziente affetto da malattie croniche;
- l'orientamento al paziente come posizione vantaggiosa per il ragionamento clinico;
- l'importanza dei concetti come l'empowerment, il locus of control, il coping per condividere le decisioni con il paziente;
- la difficoltà dell'educazione all'autocura;
- l'importanza di favorire l'aderenza terapeutica nelle persone con patologie croniche;
- la difficoltà di dare informazioni chiare ed efficaci;
- la difficoltà di prendere decisioni in un contesto ad alta incertezza con pochi strumenti conoscitivi a disposizione;
- la gestione delle emozioni di fronte a decisioni importanti che riguardano l'ospedalizzazione del paziente;
- la difficile coniugazione, nella gestione dei casi complessi, tra esiti clinici e mondo del paziente, inteso come contesto familiare e sociale;
- la professionalità nella gestione dei problemi non clinici nelle cure primarie.

Tabella 4. Tematiche significative emerse nei debriefing.

dal gruppo criticamente, con chiavi di lettura diverse. Il gruppo si è così impadronito di un “nuovo sapere”, utile per interpretare da un'altra angolatura l'esperienza successiva.

Più volte è emerso che le situazioni spesso non sono complesse solo dal punto di vista clinico, ma anche dal punto di vista relazionale e gestionale, in particolare nei pazienti che soffrono di una patologia cronica.

Le tematiche ricorrenti e percepite come più significative sono riportate in Tab. 4.

L'aspetto di integrazione con altre figure professionali non è emerso, e ciò sembra essere dovuto al fatto che purtroppo non è ancora presente nella cultura professionale dei medici di medicina generale la consapevolezza dell'importanza della condivisione del percorso di cura: istintivamente il tutor e di conseguenza il tutorato tendono ad affrontare i problemi in autonomia utilizzando poco le risorse disponibili.

VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA: DEBRIEFING SUL DEBRIEFING

L'ultima sessione di debriefing è stata riservata per riflettere con i partecipanti sull'esperienza stessa, al fine di comprenderne e valutarne l'utilità nel loro processo di apprendimento e per il loro sviluppo professionale. I partecipanti sono stati stimolati a pronunciarsi prevalentemente in cinque aree:

1. cosa intendono per debriefing;
2. se ritengono il debriefing utile;
3. se il debriefing ha stimolato lo studio;
4. cosa pensano di aver appreso;
5. quali competenze dovrebbe avere un facilitatore.

Cosa intendono

Per il gruppo il debriefing è *“uno spazio di dialogo”*, un incontro di condivisione su problematiche insorte durante il tirocinio. La caratteristica più volte sottolineata durante tutto l'incontro è la possibilità del *“confronto”*. Avere più punti di vista significa avere a disposizione più strategie per affrontare nuove situazioni:

“e abbiamo visto con diversi punti di vista come poter superare l'ostacolo ... e questo è molto importante perché una volta che si è superato l'ostacolo si vede anche il problema che stava sotto” (partecipante 4, incontro 9)

La seconda caratteristica del debriefing che viene esposta con forza è che crea il gruppo e insegna a fidarsi e confidarsi con i propri colleghi. Nella relazione di fiducia che si costruisce si riescono a portare anche le proprie emozioni e difficoltà, per trovare il modo per affrontarle e superarle:

“Poi il debriefing può servire anche per fare gruppo nell'ottica di una medicina di associazione, ...questi momenti di confronto servono anche a fare gruppo e per saperci fidare in futuro dei nostri colleghi”. (part. 3, inc. 9)

“Il debriefing serve a farci conoscere meglio e a capire le nostre lacune e a cercare di entrare a contatto con modi diversi di lavorare”. (Part. 4 e 2, inc. 9)

“Il debriefing ... fa sì che sia anche più facile magari mettersi a nudo rispetto a certe emozioni”. (Part. 1, inc. 9)

“Il debriefing aiuta a parlare anche di cose che non sono strettamente cliniche, ma che sono più relazionali, cose

su cui è più difficile esprimersi, cioè a mettere a nudo la propria debolezza, la propria difficoltà”. (Part. 5, inc. 9)

È utile?

Sull'utilità del debriefing in questa specifica situazione di apprendimento, il gruppo concorda che *“avrebbe più senso fare questo che certe lezioni”* (Part. 5, inc. 9) perché nel corso di specializzazione *“siamo medici e tante cose dovremmo pur saperle, quello che manca spesso è il confronto sia su casi clinici sia su come relazionarsi sui pazienti”*. (Part. 2, inc. 9)

Stimolo allo studio?

Tutti partecipanti sono concordi che il debriefing è servito da stimolo per poi approfondire o rivedere tematiche nuove o dimenticate.

“...abbiamo approfondito le questioni relazionali”. (Part. 4, inc. 9)

“Abbiamo approfondito un mondo che prima a noi era sconosciuto, il mondo della sociologia e della medicina generale, quindi l'empowerment, il locus of control, l'ability to cope”. (Part. 4, inc. 9)

Un incontro di tre quarti d'ora ogni 15 giorni potrebbe per i partecipanti essere un format utile a stimolare lo studio: *“... forse di più diventa un po' troppo pesante, di meno è sminuire l'incontro, non si riesce ad andare in profondità”*. (Part. 5, inc. 9)

Alcuni partecipanti riferiscono la preoccupazione di dover arrivare al debriefing preparati, per sfruttare al meglio la metodologia. Se ciò è vero in alcuni momenti, ad esempio quando si affronta in dettaglio il ragionamento clinico utilizzato, in genere questo metodo didattico non ha bisogno di conoscenze specifiche approfondite, perché l'obiettivo è riflettere sulla complessità delle situazioni.

Cosa pensano di aver appreso

Il debriefing ha aiutato i partecipanti *“a mettere insieme il piano della clinica con quello relazionale”* (Part. 2, inc. 9) e ciò è fondamentale perché se il medico *“non riesce a coinvolgere il paziente non va da nessuna parte”* (Part. 2, inc. 9). È servito per capire quali strategie adottare in futuro *“aumentando lo spettro delle possibili strategie”* (Part. 5, inc. 9) non solo in

clinica, ma anche e specialmente nella relazione con il paziente.

È stato da stimolo per prendere consapevolezza del proprio ragionamento clinico e a interrogarsi sul perché di alcune scelte rispetto ad altre:

“Poi ci sono chiavi di lettura anche diverse, ... magari alcune persone danno più importanza ad un fattore piuttosto che ad un altro, quindi l'integrazione può permettere anche di identificare quali possano essere le strategie più corrette ... da applicare su altre situazioni che vivremo”. (Part. 3, inc. 9)

Il debriefing li ha anche portati a confrontarsi con le conoscenze mancanti, incoraggiandoli a recuperarle.

Competenze del facilitatore

Tutti hanno sottolineato che durante le sessioni di debriefing non si sono mai sentiti giudicati. È fondamentale che il facilitatore crei un ambiente in cui ci sia un clima sereno e non giudicante, per far sentire a proprio agio i partecipanti nell'esternare le proprie opinioni, le proprie difficoltà, e i propri sentimenti:

“La cosa che ho apprezzata di più ..., ho avuto l'impressione di non sentirmi mai giudicato, tu eri sempre lì, non hai dato mai un giudizio, hai detto: - va bene, è stato fatto così, ma individuiamo altri modi differenti per affrontare questa situazione-. Questa è una cosa positiva perché ... con tanti altri colleghi non è così facile mettersi in discussione” (Part. 1, inc. 9)

“Se io avessi avuto un facilitatore che mi diceva: -no, non è giusto, devi fare così- mi sarei alzato e me ne sarei andato” (Part. 4, inc. 9)

Secondo il gruppo il ruolo del facilitatore è quello di stare sullo sfondo, di attivare il confronto e le connessioni tra esperienza e quadri teorici, di esplorare i sentimenti che impediscono l'apprendimento e far riflettere il gruppo sul percorso di apprendimento al fine di favorire la capacità di apprendere ad apprendere.

Un'altra caratteristica che secondo il gruppo dovrebbe avere un facilitatore è di possedere delle competenze non solo cliniche, ma anche relazionali e organizzative.

CONCLUSIONI

Dall'analisi del percorso si possono proporre alcune riflessioni conclusive.

Sia i partecipanti che gli esperti concordano che interrogare la propria pratica e riflettere su di essa in modo guidato e strutturato ha portato i professionisti a scoprire la loro capacità di argomentare rispetto all'operato, l'importanza di possedere competenze non solo cliniche e di focalizzare l'attenzione sugli interrogativi più che sulle regole d'azione, per trovare la soluzione idonea al singolo caso.

Inoltre i partecipanti sono riusciti a riflettere sul processo di apprendimento, capacità essenziale per un professionista maturo, capace di autoaggiornamento, e sono riusciti a formare un gruppo, lavorare insieme, confidarsi e fidarsi dei colleghi, condividendo le difficoltà, creando in definitiva nuovo sapere.

Quindi, progettare un percorso di pratica riflessiva all'interno del corso di formazione specifica in medicina generale può contribuire a creare una comunità di pratica facendo emergere un sapere tacito che potrebbe trasformare il “fare” in un “fare pensato”.

I professionisti possono passare dall'utilizzo indiscriminato del protocollo a una personalizzazione della cura, dalla cura della malattia al prendersi cura della persona ammalata, e ciò arricchirebbe non solo i medici in formazione, ma anche i formatori e la professione tutta.

Ciò è possibile se vengono formati facilitatori che sappiano creare un ambiente accogliente e non giudicante, facilitare l'elaborazione dell'esperienza e possedere competenze non solo cliniche, ma anche relazionali e organizzative.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Dewey J. *Esperienza e educazione*. Firenze: La Nuova Italia, 1984.
- [2] Kolb DA. *Experiential learning*. Prentice Hall: Englewood Cliffs (NJ), 1981.
- [3] Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page: Nichols Pub, 1985.
- [4] Horsfall J. *Clinical placement: prebriefing and debriefing as teaching strategies*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 1990, 8: 3-7.

- [5] White R, Ewan C. *Il tirocinio*. Milano: Sorbona, 1991.
- [6] Saiani L. *Il tirocinio nelle professioni socio-sanitarie ed educative*. In: Castellucci A, Marletta L, Saiani L, Sarchielli G, (a cura di). *Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. Milano: Franco Angeli, 1997.
- [7] Mortari L. *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci, 2003.
- [8] Mezirow J. *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Cortina, 2003.
- [9] Pearson M, Smith D. *Debriefing in experience based learning*. In: Boud D, Keogh R, Walker D (a cura di). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page: Nichols Pub, 1985.
- [10] Lederman LC. *Debriefing: A critical re-examination of the use of post experience analytic process and implications for its effective use*. *Simulation and Games*, 1984, 15: 415-431.
- [11] Dismukes R, Smith G. *Facilitation and debriefing in aviation training and operations*. Aldershot, UK: Ashgate, 2000.
- [12] Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. *The teaching effectiveness of standardized patients*. *Journal of Nursing Education*, 2006, 45: 103-111.
- [13] Rath J. *Enhancing understanding through debriefing*. *Educational Leadership*, 1987, 10: 24-27.
- [14] Stolovitch H. *D-FITG-A: A debriefing model*. *Performance and Instruction*, 1990, 10: 18-19.
- [15] Alsop A, Ryan S. *Making the most of fieldwork education. A practical approach*. London: Chapman & Hall, 1996.
- [16] Mackenzie L. *Briefing and debriefing of student fieldwork experiences: exposing concerns and reflecting on practice*. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2002, 49: 82-92.
- [17] Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scaless R. *Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review*. *Med Teach*, 2005, 27: 10-28.
- [18] Fanning RM, Gaba DM. *The role of debriefing in Simulation-Base Learning*. *Simulation in Health Care*, 2007, 2: 115-124.
- [19] Papaspyros SC, Javangula KC, Adluri RKP, O'Regan DJ. *Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety*. *Interact CardioVasc Thorac Surg*, 2010, 10: 43-47.
- [20] Savoldelli GL, Naik VN, Park J, Joo HS, Chow R, Hamstra SJ. *Value of debriefing during simulated crisis management*. *Anaesthesiology*, 2006, 105: 279-285.
- [21] Garret B, MacPhee M, Jackson C. *High-fidelity patient simulation: Considerations for effective learning*. *Nursing Education Perspectives*, 2010, 31: 309-313.
- [22] Jeffries PR, Rizzolo MA. *National League for Nursing/Laerdal Medical Project Summary Report: Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A National, multi-site, multi method study*. 2006, Published online by National League for Nursing (NLN), retrieve at www.nln.org
- [23] Lasater K. *High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: Students' experiences*. *Journal of Nursing Education*, 2007, 46: 269-276
- [24] Petranek CF. *Written debriefing: The next vital step in learning with simulation*. *Simul Gaming*, 2000, 31: 108-118
- [25] Rall M, Manser T, Howard SK. *Key elements of debriefing for simulator training*. *Eur J Anaesthesiology*, 2000, 17:516-7.
- [26] Thatcher DC, Robinson MJ. *An introduction to game and simulations in education*. Hants: Solent Simulations, 1985.
- [27] Vashdi DA, Bamberger PA, Erez M, Weiss-Meilik A. *Briefing-Debriefing: using a reflexive organizational learning model from the military to enhance the performance of surgical teams*. *Human Resource Management*, 2007, 46: 115-142.
- [28] Valcanover F. *L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla pratica alla teoria. L'insegnamento della medicina generale nell'Europa che cambia*. Atti della giornata di studio. Provincia Autonoma di Trento, 2008.
- [29] Parisi G. *Essere MMG Tutor degli studenti. I ferri del mestiere: strumenti e tecniche didattiche*. In: Padula MS, Tomasi A. *L'insegnamento universitario della medicina generale*. Modena: Athena, 2004.
- [30] Parisi G. *Un percorso formativo alla funzione di tutor rivolto ai medici di medicina generale*. In: Binetti P. *Educazione medica al bivio*. Roma: Critical Medicine Publishing, 2004.
- [31] Lederman LC. *Differences that make a difference: Intercultural communication, simulation, and the debriefing process in diverse interaction*. Presented at the Annual Conference of the International Simulation and Gaming Association, Kyoto, Japan, 1991.
- [32] Gibbs J. *Defensive communication*. *J Communication*, 1961, 11: 141-148.
- [33] Savoldelli GL, Naik VN, Hamstra SJ. *Barriers to the use of simulation-based education*. *Can J Anesth*, 2005, 52: 944-950.
- [34] Schön D. *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo, 1993.
- [35] Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini Scientifica, 2005.
- [36] Fraccaroli F. *Apprendimento e formazione nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino, 2007.