

Simulazione e riflessività

Simulation and reflexivity

PATRIZIA DE MENNATO¹, MADDALENA PENNACCHINI²

¹ Scuola di Scienze della Salute Umana, Dipartimento Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

² Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST), Università Campus Bio-Medico di Roma

Dopo aver presentato sinteticamente la riflessività e il pensiero riflessivo, le autrici considerano l'utilità di educare alla riflessività mediante la simulazione nelle professioni sanitarie.

La simulazione costituisce una soluzione per l'apprendimento sicuro e inoltre offre la possibilità di imparare mediante: 1. l'esperienza pratica, 2. gli errori. Essa rappresenta un eccellente momento propedeutico alla formazione che avviene nell'agire pratico clinico-assistenziale, ma non potrà mai sostituirsi completamente a quest'ultima. L'educazione al pensiero riflessivo nella simulazione può essere momento di preparazione alla clinica, cosicché la soggettività riflettente si possa aprire alla complessità del reale.

Grazie al training in contesti di pratica simulata la "razionalità riflessiva" e "l'abilità artistica" dei professionisti, anche di quelli in formazione, si esercitano e vanno oltre la razionalità tecnica e le competenze tecnico-applicative e procedurali che ne derivano. L'agire di tali professionisti riesce a superare i limiti di esperienze e situazioni che sono gestibili grazie all'impiego di un paradigma di "razionalità tecnica", poiché essendosi esercitati con l'imprevisto, il nuovo, il problematico, essi sono in grado di utilizzare delle forme di razionalità e delle competenze funzionali al riconoscimento e alla definizione di problemi, nonché di nuove ipotesi interpretative e risolutive degli stessi, ossia alla costruzione di nuove forme di conoscenza.

Parole chiave: Pensiero riflessivo, soggettività riflettente, professionalità medica

After presenting reflexivity and reflective thought, the authors consider the usefulness of education to reflexivity through simulation in the health professions.

Simulation provides a solution for safe learning, it also offers the opportunity to learn from: 1. practical experience, 2. mistakes. It is an excellent occasion preliminary to the practical training that takes place in a clinical care setting, but it can never substitute it completely.

The education to reflexive thinking in simulation can be considered a time to prepare to more practical experience in a clinical care setting, so that the reflective subjectivity can be aware of open to the complexity of reality.

Thanks to the training in simulated practice settings "reflective rationality" and "artistry" of professionals, including those in training, get practiced and go beyond technical rationality and practical as well as procedural expertise which derive from them.

The actions of these professionals can overcome the limitations of experiences and situations that are manageable through the use of a "technical rationality" paradigm, since having had experience with the unexpected, the novelty, the problematic, they are able to make use of the forms of rationality and expertise functional to the recognition and the definition of problems, as well as give new interpretive hypotheses and find solutions to these, i.e. the construction of new forms of knowledge.

Key words: Reflective thinking, reflective subjectivity, medical professionalism

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Patrizia de Mennato
Scuola di Scienze della Salute Umana
Dipartimento Medicina Sperimentale e Clinica
Università di Firenze
Viale Morgagni 40, 50134 Firenze
e-mail: patrizia.demennato@unifi.it

Pensiero riflessivo e riflessività

La riflessione costituisce un atto cognitivo sempre più autorevole nella ricerca sui processi di costruzione della conoscenza nei contesti di vita, di lavoro e della formazione. Un congegno complesso capace di dare significato all'esperienza, ai modi dell'apprendimento, alle pratiche e alle metodologie formative e che agisce come una delle più promettenti ipotesi con cui ripensare i fenomeni.

La qualità del nostro sapere è prodotta dalla formazione alla riflessività. A un pensare che è capace di osservare se stesso pensare e di guardare se stesso muoversi come soggetto che agisce in una comunità scientifica e sociale. Un "ben pensare" che presuppone un apprendistato al pensiero complesso, capace di distinguere, contestualizzare, accettare l'incertezza e le sfide della complessità che la realtà propone, senza semplificarla né banalizzarla (de Mennato, 2012; 2013).

Un pensiero critico e complesso, capace di fare sintesi, permette di formare un "buon" professionista che possieda conoscenze, capacità critico-riflessive e predittive, decisionali, di autovalutazione. Che lo metta in condizione di modificare il proprio ragionamento e di mettere a fuoco i propri strumenti concettuali e i propri criteri interpretativi in ragione delle problematiche poste dalla progettualità di cura. Che gli consenta di raggiungere raffinati gradi di consapevolezza riconoscendo nel *medical professionalism* una competenza accorta e globale, che renda capaci di operare scelte professionalmente competenti "quando sono in gioco elementi dilemmatici o di complessità" (Consorti et al., 2011). Un pensiero critico e complesso costruito sulla competenza riflessiva, cioè.

A partire dagli studi di John Dewey, per arrivare ai più recenti contributi di Donald A. Schön, Jack Mezirow, la *riflessività* o per meglio dire il *pensiero riflessivo* viene identificato come "quel tipo di pensiero che consiste nel ripiegarsi" (Dewey, 1986, p. 61). La riflessione non implica soltanto una mera sequenza, bensì una conseguenza di idee, una successione di cose pensate, una serie ordinata e concatenata di idee. "Le parti successive di un pensiero riflessivo nascono l'una dall'altra e si sostengono a vicenda" (Dewey, 1986, p. 63) e il suo scopo "va ben oltre il mero divertimento procurato da una catena di piacevoli invenzioni e raffigurazioni mentali. La catena dei pensieri deve dirigersi verso qualche punto; deve tendere a una conclusione, che deve essere stabilita al di fuori del mero corso delle immagini" (Dewey, 1986, p. 64).

Dewey, riferendosi al pensiero riflessivo, utilizza l'espressione *think it out*, nel senso di 'pensarci su' e di 'risolvere' una questione; ciò avviene quando una persona è mossa da un *interesse*, ossia da un'attività tesa al conseguimento di una meta. Allora tale meta controlla la sequenza delle idee (Pennacchini, 2015).

Il pensiero riflessivo assume, dunque, i caratteri dell'indagine. Quando il nostro pensiero assume i tratti della *riflessione*, il suo carattere distintivo non consiste più nell'ac-

cettare una convinzione, una credenza, bensì nel cercarne i fondamenti, le giustificazioni e le implicazioni, valutandone la plausibilità. Tale forma di pensiero, implica preliminarmente "uno stato di dubbio, esitazione, perplessità, difficoltà" e stimola di conseguenza "un'operazione di ricerca, di indagine, per trovare i materiali che risolveranno il dubbio e apporteranno la soluzione e la decisione della perplessità" (Dewey, 1986, p. 72). L'intero processo della riflessione è generato, dunque, dall'esistenza di una *situazione cruciale*, ossia da una situazione fortemente ambigua o che propone delle alternative, ed è guidato dall'esigenza di risolvere tale difficoltà. Inoltre, l'atto del pensiero è regolato dal suo scopo, poiché "la natura del problema fissa il fine del pensiero, e il fine controlla il processo del pensiero" (Dewey, 1986, p. 75).

La *riflessività* rappresenta, dunque, la capacità del pensiero umano di trarre conseguenze dal proprio pensare, cioè che sia il soggetto pensante a fare delle proprie azioni un oggetto del suo pensiero.

Dal punto di vista pratico, gli effetti e gli impieghi della riflessività vanno rintracciati sia a *livello individuale* sia a *livello sistemico* poiché favoriscono il cambiamento, l'innovazione e la creatività (Colombo, 2005), i quali vanno ben al di là della semplice rottura rispetto agli schemi tradizionali e al sapere pre-costituito (Consoli, 2005).

L'approccio riflessivo, infatti, determina la crescita dell'individuo e della società e, proprio a ragione di ciò deve costituire uno degli scopi dell'educazione (Dewey, 1986). La riflessività si propone, pertanto, non come un metodo di lavoro, né come un paradigma, quanto piuttosto come un "criterio metodologico" a uso dell'agente (Colombo, 2005).

Schön, prendendo le distanze dall'approccio positivista e da quello della filosofia analitica anglosassone, rintracciò nel pensiero di Dewey "una potente e attraente opposizione al punto di vista analitico. [...] Dewey enfatizzava l'idea dell'indagine in opposizione alla visione, propria della filosofia analitica, della ragione pratica quale materia inerente alla definizione di "decisioni razionali", basata sulla sussunzione di decisioni all'interno di una gerarchia di regole. L'indagine secondo Dewey, combina il ragionamento mentale e l'azione nel contesto reale in un processo che è transazionale, indeterminato, e intrinsecamente sociale" (Schön, 2010, p. 8).

Nel pensiero deweyano l'indagine costituisce una collocazione centrale, perché procede da una situazione problematica e si sviluppa per renderla determinata; "la funzione del *pensiero riflessivo* [corsivo degli autori] è quella di trasformare una situazione in cui si è fatta esperienza di un dubbio, di un'oscurità, di un conflitto, o un disturbo di qualche sorta, in una situazione chiara, coerente, risolta, armoniosa" (Dewey, 1986, p. 172).

Pertanto, colui che svolge l'indagine è implicato in essa; non è esterno alla situazione problematica, non è cioè uno spettatore, bensì è nella situazione problematica stessa e in *transazione* con essa. L'approccio transazionale di Dewey considera l'uomo-in-azione, non come qualcosa di contrap-

posto *all'*ambiente, né come qualcosa che semplicemente agisce *nell'*ambiente, ma come la sua azione *dell'*ambiente e *nell'*ambiente: In essa l'uomo è parte integrante. La formulazione deweyana del concetto di *transazione* risponde al tentativo di trovare un termine che sposti l'attenzione sull'intero sistema organismo-ambiente, anziché su uno dei suoi singoli elementi. La prospettiva *transazionale* presuppone che gli elementi vadano considerati e osservati come parti di un unico sistema. Il punto di vista *interazionale*, invece, considera l'organismo e l'ambiente come esistenti indipendentemente l'uno dall'altro, e l'interazione come un terzo elemento che interviene tra i primi due. Dewey intende superare ogni genere di dualismo e afferma esplicitamente che l'essere umano e il suo ambiente formano un tutto unico e che ogni comportamento dell'uomo, compresa anche la sua attività conoscitiva, non va intesa come opera del soggetto, ma come un processo che appartiene all'intero sistema organismo-ambiente.

Schön, seguendo Dewey, ha esplorato le forme di indagine pratica all'interno delle professioni che non rientrano nello schema prevalente della ragione tecnica, ma che piuttosto richiedono l'*invenzione di possibili corsi di azione*. Egli riconosce l'insufficienza della "razionalità tecnica" per la costruzione e lo sviluppo di adeguate epistemologie professionali in società in profonda trasformazione. La necessità di una razionalità "riflessiva" mette, dunque, i professionisti nella condizione di pensarsi come artefici attivi e creativi delle proprie scelte e dei propri atti.

Due elementi basilari guidano l'azione intelligente: la "conoscenza nell'azione" e la "riflessione nell'azione". In tutti e due i casi la conoscenza è nell'azione, è intrinseca a essa, e si rivela nell'esecuzione spontanea e sapiente di un certo atto, si tratta di schemi di azione, di processi non logici che talvolta può essere difficile esprimere in forma verbale ("il tacito conoscere nell'azione"). "Una volta che si siano resi conto di costruire attivamente la realtà della pratica e siano divenuti consapevoli della varietà di strutture a disposizione, i professionisti cominciano ad avvertire l'esigenza di riflettere nel corso delle azioni sulle loro precedentemente tacite strutture" (Schön, 1993, p. 315)

Quando, però, dalla routine emergono risultati inattesi, degli errori resistenti alle correzioni, l'agente o decide più o meno consapevolmente di ignorare i risultati inattesi e perturbatori ("tecniche di disattenzione selettiva", dice Schön), oppure può sospendere l'azione, rimettendo in discussione gli schemi soggiacenti le azioni precedenti.

Considerando la conoscenza nell'azione e la riflessione nel corso dell'azione, Schön al pari di Dewey, riconosce la libertà dell'agente rispetto a qualunque forma di pensiero già definito, di "ortodossia" (Cavicchi, 2011), quando si trova preso nel dilemma tra *razionalità* (inteso come sapere ufficiale, ortodosso appunto) e *pertinenza*, aderenza alla situazione concreta. Perciò, la *riflessione nel corso dell'azione* è stata considerata l'identità stessa della professione medica.

Pensiero riflessivo e professioni sanitarie

La condizione della riflessione è data, però, dall'essere "attrezzati" a riconoscere le repliche che la realtà ci invia. È un "saper vedere" le nuove forme che, emergendo, rimettono in discussione schemi interpretativi e strumenti dell'azione consuetudinari e impliciti. C'insegna ad accedere a quanto di enigmatico, problematico e inquietante viene affrontato nella vita e nelle azioni professionali (de Mennato, 2013).

Tuttavia, nell'ambito delle professioni sanitarie, nei riguardi della funzione della riflessione c'è stato un incredibile, quanto inopportuno disinteresse (Mezirow, 2003), nonostante che si sia cominciato a parlare di *riflessività* nella prima parte del XX secolo.

Una delle conseguenze del disinteresse verso la riflessione indicato da Mezirow è il "fatto che essa non risulta sistematicamente inclusa nel bagaglio delle competenze di nessun profilo professionale. In realtà, i modelli di professionalità ancora dominanti affondano le loro radici in un'epistemologia di provenienza positivista, basata su alcune distinzioni tipiche: teoria e pratica appartengono a due sfere separate, la razionalità è interpretata in termini tecnico-applicativi e meccanicistici" (Cosentino, 2005).

Il modello della razionalità tecnica ha definito un paradigma di pratica professionale fondato rigorosamente su un modello applicativo di saperi costruiti in conformità a protocolli di ricerca standardizzati. La razionalità tecnica si riferisce, dunque, al *corpus* dei saperi codificati secondo rigorose procedure scientifiche e sperimentali che si è consolidato grazie alla crescita notevolissima della tecnologia diagnostica, chirurgica e terapeutica. Tale riduzionismo, però, viene difficilmente riconosciuto come un limite del ragionamento clinico, lo rende insufficiente a cogliere il disegno che ogni singola storia di malattia offre alla riflessione medica (de Mennato, 2011).

I professionisti, in questa logica, si trovano a svolgere un ruolo puramente esecutivo e si confrontano con una serie di questioni e problemi limitati alla loro sfera di competenza e di interesse. Il modello della razionalità tecnica esclude che i professionisti si confrontino con problemi che evidenziano unicità, imprevedibilità e novità, mentre riconosce loro solo la possibilità di cimentarsi con quella tipologia di problemi che la loro funzione scientifica gli consentiva di maneggiare e risolvere avvalendosi di procedure scientifiche univoche e standardizzate (Pennacchini, 2012). Questo tipo di pensiero non si adatta alle professioni sanitarie che, in ragione del loro oggetto (un essere umano sempre unico, singolare) richiede che i professionisti (altre persone altrettanto uniche e singolari) si avvalgano del pensiero riflessivo che tenga conto di tutti i vincoli derivanti dai valori, dalle emozioni, dalla soggettività e dalla storicità.

Cosa vuol dire, allora, accompagnare il nostro pensiero e cogliere il senso costruttivo prodotto dalla propria collocazione, cosa vuol dire essere consapevoli della scelta di "attri-

buire fiducia” alla razionalità tecnica o razionalità riflessiva (de Mennato, 2010).

Il nesso tra pensiero riflessivo e professioni sanitarie, *in primis*, e formazione alle professioni sanitarie, *in secundis*, si radica nel fatto che esse non sono solo *techné*, ma anche *praxi*, cioè, non semplice “fare” tecnico, ma “agire” morale finalizzato al bene del paziente. L’azione del medico e di ogni professionista di area sanitaria, non essendo semplice applicazione di una legge scientifica o di una metodica tecnologica, deve essere frutto, come ogni azione, di una composizione “artistica” che assicura la sua finalità: preservare o riacquistare la salute di una persona concreta.

La riflessività si colloca tra le teorie dell’azione e i dispositivi di formazione dei professionisti in generale, e degli operatori sanitari in particolare. Di più, il paradigma riflessivo può essere considerato emblema di tale professionalità, intesa come il potere dei medici, degli infermieri e di tutti gli operatori sanitari di intervenire sul proprio lavoro a partire dall’analisi di pratiche consapevolmente e apertamente assunte. Proprio per questo, tale paradigma deve essere messo in connessione con la loro formazione iniziale e continua. Ovviamente, la professionalizzazione e la formazione alla professione degli operatori sanitari non possono essere basate unicamente sul pensiero riflessivo, sebbene esso consenta di innalzare il loro livello di competenza, di autonomia e di responsabilità.

Infatti, un’epistemologia della pratica non si riferisce all’individuazione di “pratiche per l’azione”, ma rinvia a un’educazione al “conoscere nell’azione”, alla costruzione di una “sensibilità” personale tale da legittimare uno schema di favore che fornisce l’ordine del discorso accreditato e accettato come vincolo epistemico (de Mennato, 2013). Non può esistere professionalità senza capacità di riflettere “in” e “su” l’azione. La riflessività diviene un’occasione per mettere in discussione la natura della professionalità, la maniera di svolgerla e di apprendere le competenze.

La riflessione nel corso dell’azione avvia una *revisione critica e ininterrotta* dell’interpretazione adottata, in ragione dello stupore e della sorpresa che l’emergenza di una nuova forma e i suoi indizi producono; essa induce alla costruzione di un nuovo “sfondo” nella trama del “racconto” nel quale siamo invischiati.

Simulazione ed educazione alla riflessività

Dopo aver considerato in modo sintetico la riflessività e il pensiero riflessivo, ci proponiamo di considerare perché è utile nelle professioni sanitarie educare alla riflessività mediante la simulazione.

Negli ultimi anni l’interesse per l’utilizzo della simulazione è cresciuto ed è stata realizzata un’ampia gamma di applicazioni. Ciò è dovuto al fatto che la salute del paziente, l’esito di un intervento ecc., dipendono sempre più dalla compe-

tenza e dalla conoscenza del personale sanitario al quale si richiede di mantenersi costantemente formato e informato (*life-long-learning*). A ciò si aggiunga che da sempre c’è stata una certa ritrosia, anche per motivi etici, a utilizzare il paziente quale strumento didattico (non a caso s’impiegano gli animali e si praticano dissezioni anatomiche su cadaveri); inoltre la riorganizzazione del sistema assistenziale avvenuta negli ultimi anni ha portato a una drastica riduzione dei tempi di degenza dei malati e, quindi, del numero di posti letto, a fronte di un incremento di pratiche ambulatoriale e di day-hospital, il che ha fatto sì che il paziente sia divenuto uno *strumento didattico* che progressivamente viene a ridursi.

Con l’espressione “simulazione in sanità” s’intende l’impiego di un materiale standardizzato (manichino o software procedurale) che, in una realtà virtuale, crea un paziente standardizzato per riprodurre situazioni e ambienti di cura allo scopo di insegnare procedure diagnostiche e terapeutiche, ripetere processi e concetti medici, assumere decisioni da parte di un professionista della sanità o di un team di professionisti (SIMMED, 2014).

L’interesse della medicina nei confronti della simulazione radica nell’esperienza maturata in altri ambiti, soprattutto quelli con i quali condivide la complessità e il rischio intrinseco: l’aviazione civile e spaziale, la progettazione di centrali nucleari e chimiche per la lavorazione di sostanze tossiche. Si tratta di settori nei quali è richiesta un’elevata affidabilità e una bassissima possibilità di errore, sebbene il rischio intrinseco sia inevitabile.

La simulazione offre la possibilità di imparare attraverso l’esperienza pratica. Le conoscenze teoriche apprese durante le lezioni o durante la stessa simulazione, sono messe in gioco, così da sviluppare le capacità di *problem solving* e di *decision-making*. Nelle strutture sanitarie gli studenti apprendono le procedure più rischiose e/o altamente invasive direttamente sul paziente reale e sotto il controllo di un supervisore. Di conseguenza, la curva dell’apprendimento è percorsa direttamente sul paziente. La simulazione, invece, consente di anticipare tale pratica prima di avvicinare il malato, cosicché rende più sicuro l’apprendimento. Inoltre, essa consente di consolidare quanto acquisito, di ridurre il deterioramento della conoscenza appresa e, ancor più, di ampliare il numero di problemi clinici con cui gli operatori sanitari vengono a contatto: i tirocinanti possono vedere e fare esperienza anche di casi rari che si presentano con una bassa frequenza. Grazie a questo *training* formativo in ambiente simulato o con il simulatore, essi possono offrire un’assistenza di qualità fin dall’inizio della loro pratica professionale, poiché non devono attendere che la loro esperienza di costruisca nel tempo grazie alle casistiche cliniche, ma le loro *learning curves* sono abbreviate drasticamente.

Con la simulazione, dunque, si perseguono l’insegnamento e il training degli operatori sanitari in modo che questo non possa costituire rischio per il paziente; coerenti all’obiettivo primario della “sicurezza” del paziente e della necessità

di creare uno standard qualitativo assistenziale dominato dalla “cultura della sicurezza” attraverso il miglioramento delle abilità operative tecniche e delle capacità comunicative degli operatori sanitari (SIMMED, 2014).

Sicuramente l'esercizio esclusivo di tali modalità potrebbero indurre a considerare in modo riduttivo l'errore e a incrementare la stigmatizzazione di questo in ambito medico-sanitario. L'applicazione del pensiero riflessivo nella pratica con il manichino e con il simulatore potrebbe essere, invece, di aiuto proprio a evitare tale atteggiamento nei confronti dell'errore. Ciò nonostante ancor oggi l'errore è inteso in genere come sinonimo di insuccesso e, pertanto, vissuto come fonte di frustrazioni, piuttosto che come momento di formazione e/o di crescita personale e professionale.

L'attenzione agli errori medici è cominciata con la cosiddetta “crisi del *malpractice*”. In particolare con l'affidamento all'Università di Harvard da parte delle assicurazioni private di un'indagine sulla pratica medica, al fine di studiare il verificarsi degli eventi avversi nelle organizzazioni sanitarie (Baker, 2004). “All'interno di una logica prevalentemente economica si è teso a considerare l'errore in modo riduttivo, ossia come uno sbaglio che può causare un danno, come un *rischio* da evitare necessariamente. Le assicurazioni, inoltre, alquanto preoccupate dall'aumento degli indennizzi da corrispondere a coloro che avevano subito un danno, hanno introdotto la gestione del rischio clinico e con esso una *mentalità antifallibilista* in sanità e in medicina. Il rischio è stato definito, cioè, come una condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. Esso è misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue. Nel calcolo del rischio è considerata anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (Pennacchini, 2012, p. 119).

Ebbene, l'introduzione della simulazione nella formazione e nel training degli operatori sanitari, può fare molto per aumentare la sicurezza del paziente, ma essa può fare molto di più per la formazione al rischio nell'operatore sanitario. Infatti, proprio grazie al pensiero riflessivo gli consente di ripensare l'errore e di coglierne le preziose opportunità di revisione delle condotte che l'hanno causato e, quindi, di migliorare il suo agire. Nell'ambito del processo conoscitivo determinato dall'agire medico-assistenziale l'errore è un elemento estremamente prezioso dal punto di vista epistemologico, poiché da esso si possono trarre insegnamenti. Lo studente in formazione come pure l'operatore sanitario più maturo, che è introdotto a una nuova tecnica, mediante la simulazione ha la possibilità di non stigmatizzare più l'errore, ma di guardare a esso come a un'occasione per migliorare se stesso e per conoscersi meglio.

Poiché compiere delle scelte e agire implica fare degli errori, in una scienza pratica (e, particolarmente, in medicina) è impensabile non commettere errori o eliminare l'errore. È,

pertanto, poco realistico ritenere che proponendo dei metodi, delle procedure o delle linee-guida che scelgono per il professionista si eviti che egli commetta errori, perché le metodologie stesse non sono esenti da errori. Le metodologie sono sempre fallibili sia perché gli errori possono essere legati ai loro stessi presupposti razionali, alle loro epistemologie, al dubbio nelle scelte e alla stessa tecnica adottata

E allora, è irrealistico che l'operatore sanitario si senta infallibile e pensi di non sbagliare o che diventi pavido al punto da inibirsi all'azione temendo l'errore. È fondamentale, invece, che egli comprenda e impari dall'errore. In ogni attività pratica dell'essere umano e in particolar modo nella clinica, gli errori siano essi cognitivi, comportamentali, psicologici o etici, devono essere considerati e studiati non tanto per le loro conseguenze dirette quanto piuttosto per il loro modo di influenzare il ragionamento degli agenti.

La simulazione costituisce pertanto una soluzione per l'apprendimento sicuro che offre a colui che la utilizza due grandi vantaggi: imparare attraverso l'esperienza pratica e, soprattutto, la libertà di poter commettere errori. Essa rappresenta un eccellente momento propedeutico alla formazione che avviene nell'agire pratico clinico-assistenziale, ma non potrà mai sostituirsi completamente a essa.

La simulazione in preparazione alla complessità dell'esperienza clinica

Oggi l'assistenza sanitaria è divenuta un processo ad alta complessità con numerose variabili e i professionisti sono chiamati a prendere nel corso del loro lavoro un numero considerevolmente alto di decisioni da cui scaturiscono azioni. Proprio per questo l'uso della simulazione come fase propedeutica alla vera formazione clinica può rivelarsi molto utile, senza pensare che possa esaurire tutta la preparazione e/o sostituire la formazione al letto del malato. Infatti, la riflessione nel corso dell'azione non si attiva solo riproducendo procedure note; essa è indotta dall'elemento insolito e imprevisto – dal “caso” direbbero i teorici della complessità – dalla “sorpresa” afferma Schön. La condizione di tale riflessione è data proprio dall'essere “attrezzati” a riconoscere nuove emergenze di forma che rimettono in discussione interpretazioni e strumenti dell'azione consuetudinari (de Mennato, 2011).

Proprio per questo un addestramento con il simulatore può essere di grande aiuto, non solo per la pratica fatta, quanto piuttosto per l'allenamento a rilevare elementi inattesi e/o nuovi e a riflettere su di essi. Un soggetto educato a pensare, a riflettere sia sugli elementi insoliti e imprevisti, sia sulla propria condotta si troverà avvantaggiato quando sarà al letto del malato. L'educazione al pensiero riflessivo nella simulazione può essere momento di preparazione alla clinica, cosicché *la soggettività riflettente* si possa aprire alla complessità del reale.

“Per questo motivo diventa necessario ristrutturare i curricoli formativi professionalizzanti, arricchendoli e completandoli con esperienze e situazioni in cui in contesti di pratica simulata i professionisti [anche quelli in formazione *n.d.a.*] possano esercitarsi nell’acquisire abilità e competenze multiple, che comprendano, insieme, ‘un’abilità legata all’impostazione del problema, un’abilità dell’implementazione, e un’abilità all’improvvisazione – le quali sono tutte necessarie a mediare l’uso nella pratica delle scienze applicate e della tecnica’. Ciò richiede di ‘capovolgere’ sia il problema della relazione tra la pratica competente e la conoscenza professionale, sia quello della formazione professionale, implicando tanto la necessità di ‘sottoporre a indagine i modi di manifestarsi dell’abilità artistica nelle professioni’, quanto quella di ‘esaminare anche le diverse modalità mediante le quali i soggetti possono effettivamente acquisirla’” (Striano, 2006, p. 13).

La simulazione, tuttavia, per quanto eccellente momento propedeutico all’inserimento dell’operatore sanitario in ambito clinico-assistenziale, non potrà mai sostituire completamente la cosiddetta “formazione sul campo”, giacché essa di necessità deve proporre un paziente standardizzato, quando invece la realtà propone una varietà di pazienti, si pensi solo alle differenze di genere – uomini e donne – o a quelle conseguenti all’età dei malati – neonati, bambini, ragazzi, adulti, anziani, vecchi e grandi vecchi –, o ai loro diversi valori. Inoltre, nella clinica i fattori emotivi influenzano il modo in cui il paziente si confronta con una patologia e la vive; essi influiscono anche sulle sue relazioni con i familiari e con gli operatori sanitari. Tali emozioni, per di più, sono presenti ogni volta il medico o l’infermiere si trovano a visitare il malato e interagiscono con quanto esso ausculta, percepisce e utilizza a fini diagnostici o terapeutici.

Ebbene, proprio la complessità della clinica, che mette a contatto l’operatore sanitario con le incertezze, con il dubbio, con il rischio, con i conflitti di valore, richiede l’attenzione al pensiero riflessivo. Questo soltanto permette di farli emergere e affrontarli. È di fondamentale importanza, quindi, che i tutori preparino gli studenti o gli operatori sanitari in formazione anche a questi aspetti durante l’attività di *debriefing*. Il *debriefing* diventa, quindi, la modalità per avvicinare ciò che è successo durante la simulazione alla realtà quotidiana. Proprio per questo Rossana Alloni, nel suo contributo su *L’uso della simulazione nella formazione chirurgica* in questo monografico, sollecita non solo il ripensamento della didattica e, in particolare, la strutturazione del percorso formativo degli studenti in funzione della simulazione, ma invita a dedicare particolare attenzione alla formazione dei tutori che devono assistere lo studente nella didattica che utilizza simulatori.

L’attività di *debriefing* condotta a partire da quanto esperito in contesti simulati dallo studente sotto la guida di un tutor assume tratti comparabili a quelli del *tirocinio riflessivo* di cui parla Schön. “Gli studenti apprendono soprattutto attraverso il fare, con l’aiuto di attività di tutoraggio. Il loro

tirocinio è riflessivo in due sensi: intende aiutare gli studenti a diventare competenti nella pratica della riflessione nel corso dell’azione; e, quando essa viene applicata in maniera adeguata, prevede un dialogo fra il tutor e lo studente che assume la forma di un reciproco processo di riflessione nel corso dell’azione” (Schön, 2006, p. 22).

Valorizzazione della soggettività riflettente

Quando la simulazione con le molteplici occasioni di esperienza pratica che fornisce agli studenti e agli operatori sanitari diviene mezzo per educare il pensiero riflessivo, essa diviene altresì mezzo per la valorizzazione e il riconoscimento dell’importanza della *soggettività riflettente*.

In un’epoca in cui in medicina il gestionalismo e il proceduralismo hanno messo al margine il soggetto, preparare la soggettività riflettente significa dare un chiaro segnale in controtendenza di fiducia nel soggetto che è agente perché pensante.

Grazie alla simulazione è possibile dare un contributo alla rivalutazione dell’importanza della *soggettività nell’esperienza* (Dewey, 1973), di una soggettività che si evolve in continuazione e contestualmente all’oggettività, e che grazie al pensiero riflessivo dà luogo all’*apprendimento trasformativo* (Mezirow, 2003) della *soggettività capace di trasformare anche l’oggettività*.

L’uso della simulazione anche in funzione della valorizzazione della soggettività riflessiva dà un contributo alla creatività e al tempo stesso essa consente di riconoscere rilevanza strategica alla formazione, in quanto intervento professionale specializzato non ridotto a un’operatività angustamente funzionale in cui prevalgono forme di adattamento passivo, ma capace di creare nuova conoscenza, di ridefinire il proprio modo di essere professionale e di trasformare la pratica.

Quando riflette-in-azione, l’operatore sanitario permette a se stesso di sentire perplessità rispetto a qualcosa che cade al di fuori dell’esperienza comune, di mettere in discussione la comprensione precedente e di sviluppare qualcosa di nuovo.

È attraverso l’agire riflessivo e la verifica “in situazione” (anche se simulata) delle strategie poste in essere che il soggetto acquisisce un potere operativo reale rispetto al proprio conoscere. Tale capacità è costituita dalla possibilità di agire in situazione, producendo, volta per volta, abilità singolari legate ai vari contesti. Infatti, la capacità riflessiva nell’agire professionale non è semplicemente prendere coscienza di regole e procedure standardizzate, ma imparare a entrare in relazione con i processi impliciti che sono presenti nella pratica reale (de Mennato, 2005).

La simulazione, in conclusione, può rivelarsi di grande aiuto nella formazione degli operatori sanitari, perché grazie a essa è possibile educarli a pensare nel corso dell’azione, a riflettere sulle proprie condotte e a imparare dai propri errori.

Grazie al training in contesti di pratica simulata la “razionalità riflessiva” e “l’abilità artistica” dei professionisti, anche di quelli in formazione, si esercitano e vanno oltre la razionalità tecnica e le competenze tecnico-applicative e procedurali che ne derivano. L’agire di tali professionisti riesce a superare i limiti di esperienze e situazioni che sono gestibili grazie all’impiego di un paradigma di “razionalità tecnica”, poiché essendosi esercitati con l’imprevisto, il nuovo, il problematico, essi sono in grado di utilizzare delle forme di razionalità e delle competenze funzionali al riconoscimento e alla definizione di problemi, nonché di nuove ipotesi interpretative e risolutive degli stessi, ossia alla costruzione di nuove forme di conoscenza.

Bibliografia

- Baker GR. *Harvard medical practice study*. Qual Saf Health Care 2004;13:151-2.
- Cavicchi I. *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza*. Roma: Dedalo 2011.
- Colombo M. *Dalla riflessività alle pratiche riflessive. La ‘svolta creativa’ in educazione*. In: Colombo M, a cura di. *Riflessività e creatività nelle professioni educative. Una prospettiva internazionale*. Milano: Vita e Pensiero 2005, pp. 7-31.
- Consoli F. *Riflessività e innovazione professionale oggi*. In: Colombo M, a cura di. *Riflessività e creatività nelle professioni educative. Una prospettiva internazionale*. Milano: Vita e Pensiero 2005, pp. 45-64.
- Consorti F, Potasso L, Toscano E. *Formazione della professionalità: una sfida antica e nuova per i CLM in Medicina*. Med Chir 2011:52.
- de Mennato P, Cunti A, editors. *Formare al lavoro sociale*. Milano: Guerini e Associati 2005.
- de Mennato P, Formiconi A, Orefice C, et al. *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Lecce: Pensa Multimedia 2013.
- de Mennato P. *Medical professionalism and reflexivity. Examples of training to the sense of duty in medicine*. Education Reflective Practices 2012;2:15-33.
- de Mennato P, Orefice C, Branchi S. *Educarsi alla ‘cura’. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce: Pensa Multimedia 2011.
- Dewey J, Bentley AF. *Conoscenza e transazione*. Firenze: La Nuova Italia 1974.
- Dewey J. *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia 1986.
- Dewey J. *Esperienza e natura*. Mursia: Milano 1973.
- Mezirow J. *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina 2003.
- Pennacchini M. *L’interesse in John Dewey e l’educazione dell’anziano*. Roma: Armando 2015.
- Pennacchini M. *Idee per il rinnovamento della medicina. Epistemologia, antropologia ed etica*. Roma: Società Editrice Universo 2012.
- Schön DA. *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*. Milano: Franco Angeli 2006.
- Schön DA. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Roma: Dedalo 2010.
- Schutz A. *Saggi sociologici*. Torino: Utet 1979.
- SIMMED (Società Italiana di Simulazione in Medicina). *Documento programmatico*. 2014. www.simmed.it/wp-content/uploads/2014/04/position_paper.pdf.
- Striano M. *Presentazione all’edizione italiana*. In: Schön DA, a cura di. *Formare il professionista riflessivo. Per una prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*. Milano: Franco Angeli 2006.