

## Il Multitasking E Le Interruzioni Al Flusso Lavorativo In Terapia Intensiva

di **\*M.Francesca Sapuppo,\*\* Diego Bongiorno, \*\*Milena Di Blasi, ^Leonardo Catania, \*\*Rosario Celsa**

\*AORNAS Ospedale Civico Palermo, \*\*ASP Palermo, ^ Policlinico Universitario Palermo

Inviato: 30 Settembre 2011

Approvato: 17 Novembre 2011

Pubblicato: 12 Dicembre 2011, [Timeoutintensiva.it](http://Timeoutintensiva.it), N° 19, Cover, Dicembre 2011

*Premessa a cura dell'Associazione i.Change Onlus*

*Nei numeri 8 e 15 di questa rivista abbiamo scritto su due argomenti profondamente legati tra loro: il sensemaking e il benessere organizzativo in Sanità. Infatti, non vi può essere benessere organizzativo se l'individuo non reperisce e costruisce senso dentro e durante il suo lavoro, ma per farlo è necessario qualcosa di cui oramai si è perso il significato: il tempo.*

*Tempo, dove il lavoratore crea uno spazio di riflessione rispetto a ciò che fa o potrebbe fare, e a come e perché lo fa. Questi momenti consapevoli o inconsapevoli, brevi o lunghi, individuali o gruppali, non sono inutili perdite di tempo. Essi invece sono il prerequisito per la nostra stessa azione, che oramai si crede, "nell'ottica del fare", possa essere disgiunta dal nostro pensiero.*

*Partendo allora dall'osservazione che il tempo operativo in Terapia Intensiva è continuamente frammentato, dalla multi-operatività e dalle interruzioni al flusso di lavoro, abbiamo cercato di approfondire quanto questi fenomeni possano incidere sulla performance degli operatori, in relazione sia al sensemaking sia al benessere. Proponiamo quindi ai lettori i risultati dei nostri studi attraverso un testo molto particolare, fatto da osservazioni narrate e narranti, sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare.*

### La dinamicità della Terapia Intensiva

La multi-operatività e le continue interruzioni del flusso lavorativo sono due delle caratteristiche che rendono l'ambiente di Terapia Intensiva molto dinamico, se non addirittura a volte

turbolento. Per i singoli operatori e per i gruppi di lavoro questi due fenomeni sono delle vere e proprie sfide, che diventano delle opportunità o degli ostacoli in base alle capacità, alle attitudini e alle risorse del singolo e del gruppo.

Questo non è mai tenuto in considerazione da chi gestisce le risorse umane quando ad esempio trasferisce, in queste aree ad alta dinamicità e turbolenza, lavoratori senza adeguata capacità per governare questi due fenomeni. La non adeguata capacità non significa un demerito o un difetto del lavoratore, non vi è dentro una connotazione negativa, indica solo che quell'operatore, per le sue caratteristiche professionali, è più adatto e si esprimerà meglio in ambienti in cui prevale la stabilità e la sequenzialità.

La multi-operatività in TI si esprime a diversi livelli e su tutte le figure professionali.

Basta ripensare a una nostra giornata di medici in una Terapia Intensiva polivalente, dove il lavoro non è svolto ed esaurito secondo una sequenza lineare, è continuo nelle 24 ore, con una compressione estrema dei tempi e senza soluzione di continuità tra uomo e tecnologia.

### **La “con-temporaneità” del pensiero dell' intensivista**

La presenza di diversi malati, ognuno con le sue patologie e le sue criticità, significa avere più linee cliniche operative aperte insieme nel nostro pensiero, perché per ogni paziente bisogna affrontare non solo la routine diagnostica e terapeutica ma anche l'eventuale emergenza. Significa ricordare le cose salienti di ogni paziente, cosa fare per lui e le priorità.

Questo ad esempio operativamente comporta procedere allo stesso tempo al posizionamento di presidi sul malato, chiamare e incontrare specialisti consulenti, provvedere all'organizzazione di spostamenti da e per le sale diagnostiche e chirurgiche, con un continuo lavoro di coordinazione all' interno dell'équipe della propria UO e verso l'esterno.

Quante volte ad esempio vi è capitato che, mentre incannulate una vena centrale in un traumatizzato, sia arrivato il chirurgo, con cui discutete del caso clinico e che diciate all'infermiere di preparare il sangue e chiamare l'ambulanza per trasportare il paziente? E tutto nel giro di pochi minuti?

Oppure ancora non vi è mai successo che, mentre incannulate una vena centrale in un paziente, rispondiate all'infermiere che vi chiede qualcosa sulla terapia di un altro malato o impartite una terapia o prescrivete un esame a un altro paziente?

Tutte queste attività operative vengono fatte con finestre temporali tanto ridotte da apparire contemporanee e quasi automatiche, dietro di esse invece vi è quel lavoro molto più gravoso della costruzione di senso, della decisione clinica e delle scelte delle priorità. La pesantezza nasce dal fatto che tutta questa attività è eseguita non solo sotto la pressione di tempi necessariamente molto ridotti per la presenza di malati acuti e critici, ma anche con poche o incomplete informazioni perché i pazienti, arrivati direttamente dal

Pronto Soccorso, non sono ancora conosciuti o non sono interagenti e in grado di esprimere i propri sintomi.

A tutto ciò si aggiunge quel continuo rispondere al telefono, perché la Rianimazione è come una calamita, cui tutti si attaccano, per sapere dove si trova l'anestesista per la Sala Operatoria e per il Pronto Soccorso, o per avere una consulenza, o per richiedere le visite preoperatorie, o solo per chiedere notizie, o per programmare un intervento. E' il luogo dove necessariamente "qualcuno c'è e risponderà", ed è anche il luogo "dell'ultima spiaggia", dove chiedere anche solo "conforto professionale" nelle decisioni difficili.

### **Un giorno di ordinaria caotica Rianimazione**

La Terapia Intensiva non è solo il luogo della contemporaneità, è anche quello di tempi continuamente frammentati da continue interruzioni al flusso di lavoro.

Se hai deciso di lavorare per oggi in sequenza, "facendo un giro visita di quelli canonici, malato per malato" perché pensi che te lo possa permettere, sappi che, mentre stai visitando un paziente e stai scrivendo la sua terapia, sarai interrotto da un collega che ti chiede un'opinione, da un infermiere che vuole risposte ai problemi emergenti di un altro paziente, da un medico consulente che vuole visionare la cartella di un altro malato, dal Pronto Soccorso che richiede un intervento

urgente, da un altro reparto che chiama per avere una consulenza, dal tuo direttore che vuole conto e ragione di fatti già avvenuti o che devono avvenire, dalla Direzione che anche oggi non si è dimenticata di te, e così via.

E se non ci credete, venite a vedere, questa è la norma nella maggior parte delle Rianimazioni polivalenti, ed io vi ho raccontato solo cosa accade a un medico di guardia, potete moltiplicare per tutte le figure professionali con contenuti diversi.

A questa mole di attività si somma e non va dimenticato il lavoro emotivo che continuamente gli operatori come noi, così prossimi alla sofferenza e alla morte dei pazienti e dei loro familiari, devono fare per gestire ed elaborare le proprie emozioni, e per impedire che esse possano paralizzare l'azione terapeutica propria e del gruppo (vedi sotto il paragrafo: il ruolo delle emozioni).

### **L'impatto Della Multi-Operatività E Delle Interruzioni Sugli Individui**

Le contemporaneità e le interruzioni non sono tutte uguali. Il loro impatto sul lavoro performativo dipende dalla loro tipologia, dalle risorse disponibili e dalle strategie messe in campo dal singolo individuo e dal gruppo di lavoro.

Questi fenomeni, se i compiti che si sovrappongono sono complessi, implicano un incremento di pressione del tempo, un sovraccarico d'informazioni da processare

per la diagnosi e la decisione, un aumento di richieste alla nostra memoria di lavoro.

### **Lo sforzo richiesto all'attenzione e alla memoria di lavoro**

Le interruzioni saranno avvertite come intrusive perché viene richiesto un notevole sforzo cognitivo, sia alla nostra attenzione che deve continuamente passare da un elemento a un altro, ri-orientarsi da un compito all'altro, frammentandosi in un'attenzione parziale continua, sia alla nostra memoria di lavoro che deve ripetutamente immagazzinare, mantenere, richiamare, e sia alla nostra capacità di sensemaking.

Spesso proprio questo eccessivo sforzo, richiesto alla nostra attenzione e memoria, più che la quantità di lavoro espletato in sé, produce un carico mentale molto difficile da recuperare e che ci fa sentire stanchi e affaticati per giorni.

Tante volte vi sarete sentiti in corsa, schiacciati dal tempo e dal non riuscire a terminare i compiti che vi eravate assegnati per quel turno per un eccesso di operatività o di complessità. Oppure avrete sentito il peso e la fatica di dovere pensare e decidere troppe cose insieme, tanto da esservi lamentati: *“Basta una cosa la volta, non capisco più niente!”*. O ancora vi sarete domandati, cercando di ripescare dalla memoria il compito precedente interrotto: *“ma cosa stavo facendo? Non lo ricordo più”*.

Infatti, non solo la nostra memoria di

lavoro ha dei limiti, ma dimenticare è funzione del tempo e della frequenza delle interruzioni, che arrestano il nostro flusso di pensiero operativo, anche se non bisogna mai sottovalutare l'investimento affettivo sull'oggetto di memoria perché può permettere di non farlo cadere nell'oblio indipendentemente dagli eventi disturbanti.

### **Gli effetti sull'attività lavorativa, dai compiti semplici a quelli complessi**

Queste condizioni non sono solo delle sensazioni negative che noi esperiamo, hanno degli effetti di cui bisogna tener conto.

Se si sovrappongono compiti non troppo complessi, l'intensivista in genere riesce a fronteggiarli pressando la tempistica, perché è abituato a lavorare in velocità, sempre sopra le righe. Infatti, in Terapia Intensiva si convive con uno stato d'incertezza e di allerta cronico (qualcosa accadrà o può succedere), si vive un senso di urgenza per cui si cerca di finire prima della prossima interruzione. Se si può, non si rimanda.

Se il compito primario è automatico, routinario, a basse risorse cognitive, le interruzioni incidono poco, se addirittura l'attività è noiosa, le interruzioni “complesse e sfidanti” possono anche ridare ritmo e rendere più soddisfatti del proprio operato, perché si ha la sensazione di aver fatto di più o “di più utile”.

Quando però l'intensivista è sottoposto a pressioni eccessive, come la sovrapposizione di compiti complessi, che superano i limiti della capacità e saturano le sue risorse, risponde con diverse strategie. Prima di tutto inizia ad applicare una sorta di triage tra i malati da accudire, poi decide di annullare alcuni compiti, in fine processa gli elementi clinici in modo più schematico e semplicistico, eliminando molti dettagli utili nella costruzione di senso diagnostico e per la decisione, riduce i processi di pensiero riflessivo e creativo e l'approfondimento, diminuendo anche così le possibilità di self-feedback e l'autocorrezione degli errori. Mancherà in definitiva l'accuratezza.

Ripensate a quante volte a un cambio di un turno troppo faticoso il collega, "che viene da casa, fresco e pettinato", vi ha evidenziato dettagli e prospettato soluzioni, per cui voi stessi vi domandate: *"Come ho fatto a non pensarci?"*.

Oppure, rivedete voi stessi quando già avete finito quello stesso turno e siete fuori (sulla strada, a casa, nel sonno)... e iniziate a ripensare involontariamente a ciò che avete dimenticato o non finito, e riuscite a vedere elementi che non avete preso in considerazione, anche se erano evidenti e utili per la clinica, e poi... Decidete di telefonare al collega.

### **Ma quali sono i compiti non complessi in Terapia Intensiva?**

E se pensate che stia esagerando e

v'interessa sapere quali compiti in Rianimazione possano considerarsi complessi, v'invito a leggere in nota una tra le tante definizioni, quella di Campbell, e poi forse vi domanderete quali siano i compiti non complessi in Terapia Intensiva. (nota 1).

### **L'attenzione catturata e il lavoro tralasciato**

Quando a un compito impegnativo se ne sovrappone un altro simile, noi intensivisti rispondiamo prestando attenzione anche al secondo compito, siamo come dicono i ricercatori di lingua inglese "interrupt-driven". Infatti, è nostra abitudine presidiare il territorio, non sottovalutare le situazioni perché il tempo, inteso come precocità di trattamento, è spesso la nostra unica arma vincente, e quindi, se il secondo compito è considerato una priorità, abbandoneremo il primo anche se importante.

Tutti questi sforzi, che poi purtroppo a volte sono pure vani perché si concludono con un mancato miglioramento o la morte del paziente, producono anche un senso interno di malessere, per aver lasciato al collega tante cose ancora da fare, per avere trascurato malati che necessitavano anche essi di cure, per non essere riusciti a focalizzare dei problemi, per aver dimenticato...

In parole semplici, una sensazione di non benfatto, d'incertezza sul proprio operato pur avendo lavorato tanto, un senso

d'insoddisfazione, che chiunque di noi ha provato ed espresso con poche parole a chi arriva: *“Mi dispiace non sono arrivato a fare... Non ho potuto neanche vedere quel paziente... Non ho capito niente di ciò che aveva, avrei dovuto vedere, fare ma non ho avuto il tempo... Mi si è tolto completamente dalla testa di...”*. Con una sensazione di stanchezza, che deriva dalla “fatica tossica del non finito”.

Ovviamente, tutti col tempo impariamo delle strategie per non perdere dalla nostra memoria di lavoro ciò che stavamo facendo: scriviamo sul foglio gli appunti, lasciamo sul tavolo a vista ciò che stavamo facendo, cerchiamo di terminare una parte del primo compito per immagazzinare in memoria l'iter successivo.

### **E' una questione di età?**

E in tutto questo si può pensare, come spesso fanno dirigenti e amministratori, che è una questione di età: con l'età è più facile dimenticare, più difficile lavorare veloci o occuparsi di più cose insieme.

Basta allora lasciare in Terapia Intensiva solo giovani intensivisti per evitare problemi e ottenere risultati migliori, e invece ...colpo di scena: l'esperienza, intesa non solo come numero di anni di lavoro in medicina intensiva, paga perché porta con sé l'abilità di processare gli eventi e le situazioni in modo diverso rispetto agli inizi della professione.

Prima di tutto la pratica consente di rendere automatiche le attività manuali che

sono alla base del nostro lavoro di terapia intensiva e quindi permette di comprimere i tempi di esecuzione delle tecniche.

Poi l'essere venuti a contatto con numerosi e diversi casi clinici, organizzativi, relazionali, rende l'intensivista, “esperto e abile”, simile al vecchio ed esperto giocatore di scacchi che ha “un buon senso della scacchiera”. Come lui l'esperto di Terapia Intensiva ha un'ampia visione d'insieme, processa e seleziona molto più prontamente i dettagli importanti e ignora (pur osservandoli) gli altri, conosce (e non solo per averle studiate) molte mosse e soluzioni per portare a termine la partita, prevede i pericoli, e quindi non intraprende certe strade, vede e crea inter-relazioni in base alle sue conoscenze accumulate. Inoltre, ha già sviluppato molte strategie per non dimenticare, e passa più rapidamente da un pensiero automatico a uno riflessivo quando la situazione lo richiede e viceversa; in definitiva ha affinato quello che è chiamato in tanti modi: intuito o giudizio clinico, capacità diagnostica o di analisi etc.

Diversamente, il collega meno esperto tende a reputare ogni cosa importante e indifferibile, e non porta ancora con sé una memoria storica lavorativa/esperienziale di riferimento su cui basarsi per processare gli eventi, si può riferire spesso solo al suo bagaglio culturale.

L'esperto può allora compensare bene la multi-operatività e le interruzioni nonostante l'età, se non ha esaurito le

risorse, giacché i suoi tempi di recupero sono superiori. Può fronteggiare ancora bene i due fenomeni se la curiosità e l'entusiasmo verso il suo lavoro non sono andati perduti, perché in questo caso tenderà più alla ripetizione che alla creatività, elemento indispensabile in lavori ad alta imprevedibilità come quello di Terapia Intensiva.

D'altra parte è esperienza comune per tutti noi "più grandi" vedere i giovani intensivisti ai loro inizi professionali, che "arrancano" dopo solo sei ore di lavoro e che candidamente ti dicono "*sono fuso/a*" anche solo dopo una guardia per te routinaria.

### **Il ruolo delle emozioni**

Sulla nostra capacità di fronteggiare la multi-operatività e le interruzioni dominano le emozioni e i sentimenti, quelli che ci portiamo dietro "da casa" e quelli che riverberano dal nostro lavoro.

Per comprenderne l'importanza, basta solo che ricordiate alcuni momenti della vostra vita professionale: quando "non riuscite a girare alla velocità richiesta" e a concentrarvi per la presenza di un problema familiare che vi occupa tutti i pensieri, o quando "la testa vi diventa vuota" e non riuscite a riprendere il ritmo dopo la morte di un giovane politraumatizzato e la comunicazione ai familiari, o ancora quando "vi gasate" e riuscite a fare di tutto insieme a ritmi veloci e con chiarezza mentale perché siete

riusciti a risolvere "brillantemente" un'emergenza.

In tutti questi casi siete sempre voi stessi, e se anche da professionisti cercate di controllare le emozioni, esse influenzeranno (più o meno) il vostro essere umani, amplificando o restringendo la vostra capacità di resistenza al multitasking e interruzioni.

### **I Vantaggi Della Collaborazione Nel Lavoro Di Gruppo**

Per fortuna il lavoro di terapia intensiva è tipicamente ed esclusivamente di équipe, sia che i membri del gruppo lo esprimano in orizzontale, dentro uno stesso turno, che in verticale, tra un turno e l'altro. Come vedremo, questo può permettere di ridurre l'impatto della multi-operatività e delle interruzioni, ma solo a determinate condizioni, che riguardano soprattutto l'assetto emotivo e affettivo del gruppo più che quello cognitivo.

Ovviamente è indispensabile che il gruppo di lavoro di Rianimazione abbia un numero adeguato di componenti, ciò significa non solo in relazione al numero di pazienti ma anche alla tipologia di Ospedale. Ad esempio se l'Ospedale è a padiglioni divisi, questo comporterà un tempo maggiore per operatore impiegato per gli spostamenti con uso di mezzi di trasporto; se non si è creato un sistema di coordinamento tra Unità Operative con percorsi assistenziali stabiliti, questo

richiederà un maggiore onere per la negoziazione per lavoratore impegnato; se non vi è un Pronto Soccorso efficace ed efficiente questo implicherà un maggior impegno rianimatorio per cercare di recuperare il tempo perduto, e così via negli esempi.

Non è però solamente questione di numeri, come vedremo più avanti nel paragrafo dedicato, "la collaborazione nel lavoro di gruppo", è necessario che si sviluppi una reale partecipazione d'insieme al lavoro da parte di tutti gli appartenenti all'équipe.

Di seguito, quindi, inizialmente analizzeremo più dettagliatamente i vantaggi del lavoro di gruppo sotto l'aspetto cognitivo per poi ampliare lo sguardo a quello relazionale.

### **Il tempo espanso nella pluritemporalità**

Il gruppo, se ogni membro dà il suo contributo, è in grado di reagire meglio alla multi-operatività e alle interruzioni rispetto all'individuo, perché può essere pluritemporale. Ci si suddivide i compiti e si possono portare a termine insieme simultaneamente o si ristabiliscono le priorità e si ridistribuiscono le attività, espandendo così la capacità e la forza operativa e riducendo la fatica mentale caricata sul singolo.

E' ciò che noi medici facciamo automaticamente ogni giorno alla fine delle consegne mattutine quando, o per ruolo o per decisione, ci dividiamo le incombenze:

*"allora io faccio questo, e tu fai quest'altro... Chi si occupa di questo e chi di quello..."*, o quando alla fine del turno ci si ritrova comunicandosi l'un l'altro: *"allora, io ho fatto questo... e tu?"*.

### **La memoria di lavoro estesa**

La collaborazione in un gruppo può espandere sia la memoria di lavoro che quella storica. Ciò che viene dimenticato dall'uno può ricordarlo l'altro, così da recuperare la dimenticanza o l'errore, e chi è più esperto può portare il suo "contributo storico" di esperienza agli altri. Questo, pur non sollevando il singolo, aumenta la capacità di immagazzinare informazioni necessarie per la clinica, senza averle processate direttamente.

Un esempio per tutti è quando il collega, che ha lavorato per quel turno con te, "ti racconta" i pazienti di cui si è occupato, tu memorizzi e poi fai uso lavorativo di quelle informazioni consegnate come se le avessi recuperate tu stesso. (vedi anche il paragrafo "la condivisione del sensemaking")

### **Il potenziamento dell'osservazione e dell'attenzione**

Qualsiasi sguardo attento e vigile di un individuo ha il limite stesso del raggio d'osservazione, il gruppo può espandere la funzione d'attenzione a più esponenti attraverso la sorveglianza attiva.

Basta pensare al grande ruolo che ha in



questo senso il sostegno di Infermieri attenti e non stanchi: loro sono i nostri sensi quando noi siamo occupati in altro compito. Sono loro che ci segnalano problemi, segni, sintomi dei pazienti, che accorrono agli allarmi e li decodificano, che cercano soluzioni prima di chiamarci.

### **L'ampliamento della banca dati/informazioni specialistiche**

Il gruppo può avere a disposizione una più ampia riserva di conoscenze super-specialistiche, se ci sono all'interno membri esperti nei diversi campi della nostra specialità e rendono partecipi gli altri delle loro competenze.

Lo studioso allora può fungere da memoria transattiva del gruppo, da cui attingere per avere una consultazione rapida o un'opinione esperta, e contemporaneamente può distribuire "conoscenza tacita" semplificata e rapida su argomenti complessi, riducendo così i tempi di ricerca dati.

Basta pensare ad esempio al vasto capitolo delle infezioni in Terapia Intensiva. L'esperto nel campo è contemporaneamente una risorsa di conoscenze da consultare ed è anche colui che informa i colleghi sull'utilizzo degli ultimi antibiotici.

### **La condivisione del sensemaking**

Il principale sistema che hanno le organizzazioni complesse, come le Terapie

Intensive, per velocizzare i processi decisionali e fronteggiare quindi la multi-operatività e le interruzioni, è condividere attraverso momenti di comunicazione formali e informali il senso e il significato costruito dai singoli operatori durante il proprio lavoro (individual, collective, shared, on-the-fly sensemaking).

Sensemaking è quel continuo, circolare processo cognitivo che ci permette di interpretare e inquadrare le situazioni e le circostanze (cliniche, organizzative, relazionali etc.) che esperiamo, per comprendere ciò che sta succedendo o retrospettivamente ciò che è accaduto, dando loro una spiegazione plausibile, per l'appunto dando loro un senso.

Ordinare e creare connessioni tra gli elementi esaminati per dare un senso e un significato alla realtà osservata, è per noi operatori una necessità che ci permette non solo di capire ciò che è accaduto o sta accadendo, ma anche di prevedere possibili sviluppi futuri, e quindi di agire.

In fondo tutta la nostra vita lavorativa di medici si basa su questo concetto "del dare senso all'osservazione".

Ogni giorno, solo per fare un esempio a noi vicino, rileviamo segni e sintomi della malattia del paziente e poi, interpretandoli e ricostruendo anche ciò che può essere accaduto, li inquadrano secondo un senso plausibile in una diagnosi che ci porterà di conseguenza ad agire.

Questa esigenza di riordinare dentro una

cornice di senso compiuto si evidenzia anche dalle nostre espressioni quotidiane come: *“il paziente deve ancora essere inquadrato... questo non mi quadra... quadro clinico e strumentale... questo sintomo non quadra con questa diagnosi...”*. Il nostro bisogno di comprendere è sottolineato continuamente da frasi come: *“non capisco perché sia successo... penso che sia successo per questo... in base alle analisi pensiamo e faremo questo... queste cose prima non accadevano... in base alla mia esperienza non dovrebbe succedere... questo non ha senso... ma in che senso dici?...”*.

Il processo del sensemaking è ancora più importante in Terapia Intensiva perché è una attività sociale, che si esprime nel momento delle riunioni mattutine, delle consegne o nelle pause caffè o in qualsiasi momento di comunicazione (sensemaking at intervals).

E' un processo collaborativo che permette, attraverso l'esplicitazione del razionale del proprio operato e lo scambio d'idee e punti di vista, di rielaborare le interpretazioni fatte dal singolo Medico durante la sua attività (individual sensemaking) e consente di espandere così quel pensiero riflessivo alla base dell'interpretazione diagnostica e delle azioni terapeutiche, che può essere stato deficitario per la multi-operatività e le interruzioni.

E' comune alle consegne della fine di un turno ascoltare medici che raccontano i dati raccolti durante le attività, come li hanno interpretati, come hanno agito e

perché, e poi sentire i colleghi, che hanno ascoltato, inserire altre possibilità interpretative e prospettare altre soluzioni per poi arrivare alla decisione comune. E' da questa reinterpretazione comune dei dati a disposizioni che si crea quel senso collettivo e condiviso dal gruppo di lavoro (collective, shared sensemaking), indispensabile per decidere le azioni diagnostiche/terapeutiche successive.

Le informazioni ricevute e quel senso collettivo, condiviso e socialmente approvato, saranno continuamente rievocati e utilizzati al volo dal singolo medico nella sua attività, sfrutterà ciò che è stato discusso e accettato in gruppo come “rapida base operativa”, anche se rivisitato sulle osservazioni del momento (sensemaking on-the-fly).

Quanto detto, come si può intuire, dipende moltissimo dall'assetto emotivo, affettivo relazionale dell'équipe. E' necessario, infatti, che gli individui “sentano” la reale possibilità di libera espressione all'interno del gruppo, per poi poter mettere in comune la propria interpretazione della realtà osservata.

### **La collaborazione nel lavoro di gruppo**

Abbiamo evidenziato più volte come siano necessarie la collaborazione del gruppo di lavoro e l'organizzazione, per superare i limiti imposti dalla multi-operatività e dalle interruzioni al singolo operatore.

Queste però non nascono da sole mettendo insieme istituzionalmente le

persone che poi devono lavorare insieme, determinanti sono le relazioni umane all'interno del gruppo. Se non si crea e non si sviluppa la funzione di legame tra gli individui, se non ci si sente vicini anche nell'assenza, se non si costruiscono rapporti di fiducia, pur nei limiti delle capacità di ognuno, non potranno mai esserci i criteri per il lavoro di gruppo.

Questo è il punto critico di qualsiasi organizzazione, che pur avendo una struttura istituzionale può non stare in vita, non reggersi autonomamente, perché i singoli non la sorreggono e non la animano, non essendosi esteso tra gli uomini quel tessuto affettivo che li spinge a sostenersi vicendevolmente.

Decisivo è allora l'assetto emotivo del gruppo, più che le conoscenze e le capacità scientifiche di ognuno. Infatti, le emozioni e i sentimenti, che vi si agitano dentro, possono facilitare o ostacolare la cooperazione, perché sono proprio loro che *“disegnano quei corridoi e quei muri invisibili che uniscono o dividono le persone sui luoghi di lavoro”*(S.Gherardi), e che consentono o impediscono loro di lavorare insieme e collaborare.

Ancora oggi, a qualsiasi livello delle nostre strutture accademiche e sanitarie, tanto lavoro viene fatto per fare in modo che i singoli operatori abbiano conoscenze e competenze scientifiche adatte alla Medicina intensiva, poco o niente invece viene fatto per fare in modo che acquisiscano anche quelle capacità

“relazionali, comunicative”, indispensabili per lavorare in équipe, perché purtroppo ancora si crede siano innate nella professione sanitaria scelta.

Pochissimi sono ancora i dirigenti illuminati, che credono (e non solo a parole) che sia necessario sviluppare il lavoro di gruppo attraverso il gruppo di lavoro per riuscire a governare organizzazioni complesse come le Terapie Intensive, e per questo pensano che sia fondamentale indirizzare prima i propri sforzi sulla componente umana del gruppo per finalizzarla poi al compito comune, e non viceversa.

### **E allora?**

Siamo giunti alle conclusioni e, come avete potuto notare, ci siamo limitati all'osservazione dell'impatto dei fenomeni del multitasking e delle interruzioni al flusso di lavoro in Terapia Intensiva, senza dare spazio attualmente a soluzioni per ridurre i possibili effetti deleteri sui risultati di lavoro.

Abbiamo ritenuto necessario approfondire prima di tutto la nostra conoscenza su questi piani di fragilità del lavoro di Terapia Intensiva, giacché poco è riportato in Letteratura sull'argomento riguardo le Rianimazioni.

Consideriamo questo testo, da noi presentato, solo il punto d'inizio per noi o per altri studiosi per cercare di formulare successivamente delle proposte per nuovi e moderni modelli di organizzazione o di

gestione delle risorse umane, più adatti a queste strutture così complesse e ad alta imprevedibilità.

### Note:

*Nota 1:* Campbell (1988): complex tasks (as distinguished from simple tasks) are often ill-structured, ambiguous, and difficult. They are characterized by (1) multiple potential ways or paths to complete the task, (2) multiple desired outcomes, some of which may conflict with one another, and (3) uncertainty regarding whether the chosen path to complete the task will produce the desired outcomes.

## **BIBLIOGRAFIA**

-M.Y.Abolafia: *Narrative Construction as Sensemaking*. *Organization Studies*, March 2010; 31(3)

-S.Albolino, R.Cook, M.O'Connor: *Sensemaking, Safety and Cooperative Work in the Intensive Care Unit*. *Cogn Tech Work*, July 2007; 9(3)

-A.D.Biron, C.G.Loisselle, M.Lavoi-Tremblay: *Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review*. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, vol 6, Issue 2. online 29 Apr 2009

-C.D.Chisholm, E.K.Collison, D.R.Nelson, W.H.Cordell: *Emergency Department Workplace Interruptions: Are Emergency Physicians "Interrupt-driven" and "Multitasking"?* *Acad Emerg Med*, November 2000; 7 (11)

-F.DiBlasi, L.Catania, R.Celsa, A. Iacono, G.Micciché, M.F.Sapuppo: *Il benessere organizzativo in Sanità: ripensare le organizzazioni*.

"[http://www.timeoutintensiva.it/g\\_news.php?id=450&f=F](http://www.timeoutintensiva.it/g_news.php?id=450&f=F)" [www.timeoutintensiva.it](http://www.timeoutintensiva.it) 2011 n° 15, sezione Focus

-S.Gherardi: *Il genere e le organizzazioni* CortinaEd.Milano1998

-B.Gong: *Managing interruptions: the role of fit between task demands and capacity*. University of Pittsburgh EDT, 2006

-B.J. Kalish, M. Aebbersold: *Interruptions and multitasking in nursing care*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, Mar 2010; 36(3)

-A.Laxmisana, F. Hakimzadad, O.R.Sayanb, R.A.Greenb, J.Zhangc, V.L.Patel: *The multitasking clinician: Decision-making and cognitivedemand during and after team handoffs in emergency care*. *Int J Med Inform*, Nov-Dec 2007; 76(11-12)

-C.Moulton, G.Regehr, L.Lingard, C.Merritt, H.MacRae: "Slowing Down When You Should": Initiators and Influences of the Transition from the Routine to the Effortful. *J Gastrointest Surg*, 2010; 14:1019–1026

-MF Sapuppo e D.Bongiorno: *Emozioni e sensemaking in Terapia Intensiva*.

"<http://www.timeoutintensiva.it/focus.php?uid=334&lingua=I>"

<http://www.timeoutintensiva.it> 2008 n° 7, sezione focus