

Medici in Terapia intensiva: sensemaking, sicurezza e lavoro quotidiano

Sara Albolino, Richard Cook

“E’ più facile percepire l’errore piuttosto che cercare la verità,
il primo si manifesta in superficie, mentre la seconda è nascosta in profondità,
dove pochi arrivano a cercarla”
Johann Wolfgang von Goethe

Sensemaking ordinario nelle organizzazioni

Qual è il ruolo del sensemaking nelle organizzazioni e nello svolgimento delle loro attività quotidiane? E’ un processo che ha senso di essere sviluppato solo in alcune occasioni, ad esempio quando nascono delle situazioni critiche? Oppure può il sensemaking essere un processo organizzato e modulato? Il sensemaking è una parte del processo di presa di decisioni caratteristico delle organizzazioni anche più complesse e ad alto rischio o è qualcosa di completamente diverso?

Questo lavoro presenta uno studio del sensemaking “in the wild” (Hutchins, 1995), ovvero sul campo, ed alcune sue conseguenze sulla comprensione di cosa rappresenta questo processo nella vita quotidiana di un’organizzazione ad alto rischio, dove i processi sono molto complessi.

La scena in cui si svolge lo studio è una terapia intensiva cardiocirurgia ad elevata intensità di attività, appartenente ad un ospedale accademico di grandi dimensioni degli Stati Uniti.

Al centro degli studi sul sensemaking ci sono spesso episodi drammatici di incidenti. Ne è un caso emblematico l’analisi del disastro del Mann Gulch realizzata da Weick (1993), psicologo tra i massimi esperti degli studi sulle organizzazioni ad alta affidabilità. Il caso narra della sfortunata vicenda di 13 guardie forestali antincendio (chiamati *smokejumpers* ovvero letteralmente in inglese saltatori di fuoco) che, mentre combattevano un incendio nella valle del Mann Gulch, rimasero uccise, sopraffatte dal fuoco. Norman Maclean (1992), professore all’Università di Chicago, scrisse un saggio su questo episodio dimostrando che una delle persone del team, il capo della squadra,

riuscì a salvarsi grazie al fatto che, al contrario degli altri, aveva intuito la natura del pericolo, e grazie a questo, era riuscito a costruire una soluzione di successo.

Ma il resto del team rifiutò questa soluzione e cercò semplicemente di sfuggire all'incendio. Morirono tutti tranne due.

Episodi come questo sono utili come punti di inizio per l'analisi del sensemaking nelle organizzazioni, proprio perché combinano quello che sembra essere un fallimento nel costruire il senso a un'evidenza concreta delle relative conseguenze. In quanto drammatici e caratterizzati dalla perdita di vite umane, tali casi sono di solito ben documentati attraverso indagini e registrazioni di interviste. Questi racconti post facto soffrono però di un *bias* (Woods e Cook, 1999) legato al punto di vista dal quale si vede l'evento, ovvero quando è già accaduto.

Relativamente a questi incidenti, Weick ed altri studiosi, concludono che un *breakdown* del sensemaking può contribuire in maniera significativa a un fallimento dell'organizzazione e al verificarsi di una catastrofe.

Ma eventi così drammatici, fortunatamente, sono cosa piuttosto rara. Nella maggior parte dei casi, i processi di sensemaking hanno successo e quello che fanno le persone nel loro lavoro quotidiano risulta adeguato al compito. Anche in contesti ad alto rischio come quello dell'aviazione, delle missioni spaziali, dei pronti soccorsi, il *breakdown* del sensemaking è qualcosa di inusuale. L'analisi di questi eventi ci porta a concludere che i fallimenti del sensemaking possono avere conseguenze drammatiche, ne è un esempio la morte delle guardie forestali dell'incendio del Mann Gulch. Ma non ci permettono di dimostrare, con la stessa evidenza, il contributo che il sensemaking dà nel costruire imprese, processi di lavoro e organizzazioni di successo.

I tanto acclamati incidenti, nei quali si evidenzia sempre un'estrema complessità del sistema considerato, possono quindi farci chiedere come sia possibile che le persone riescano, di solito, a dare un senso al mondo di cui fanno parte e ad agire in esso con successo.

Relativamente alla vita quotidiana delle organizzazioni, non sappiamo, ad esempio, quando ha luogo il processo di sensemaking, in che momento le organizzazioni diventano consapevoli che è necessario, quali elementi portano a concentrare gli sforzi delle persone nella costruzione di un senso comune e come il senso è riconosciuto in modo che tali sforzi siano proficui. E' altamente improbabile che una gran quantità di sforzi cognitivi sia continuamente dedicata alla costruzione e condivisione di senso. Sembra, invece, più probabile che nella maggior parte dei casi, in uno specifico contesto di lavoro, la maggioranza delle persone debbano necessariamente essere d'accordo sulle condizioni e situazioni che affrontano: cosa bisogna fare, come deve essere fatto e quando, e così via. Una organizzazione che non abbia un accordo costante su questi punti non può

funzionare in maniera efficace ed efficiente. Ma lo sforzo necessario per mantenere questo accordo può variare in maniera significativa da organizzazione a organizzazione.

Seppur lontane dalla situazione drammatica vissuta nel disastro del Mann Gulch, le condizioni di lavoro della terapia intensiva sono una vera sfida per gli operatori ed i manager. Riuscire a mantenere un'azione coordinata e finalizzata al raggiungimento del risultato su fronti diversi è improbabile che sia qualcosa che si riesce a fare semplicemente per casualità. Sembra invece più probabile che esista un "sensemaking ordinario".

La ricerca evidenzia come i medici creino e condividano senso all'interno dei team di lavoro grazie a momenti di discussione come il "round", o giro del mattino, e analizza come gli stessi medici utilizzino i risultati di questi sforzi durante il lavoro di reparto, che è sempre caotico e intriso di elementi di incertezza. Gli operatori sembrano bilanciare abilmente i costi-opportunità dei momenti formali in cui si costruisce il senso collettivo (che chiameremo "sensemaking a intervalli") con il valore che questo momento preparatorio ha rispetto al senso che ognuno deve costruire ed esercitare individualmente, nel lavoro frenetico e pieno di incertezze di una terapia intensiva (chiameremo questo secondo momento "sensemaking in tempo reale"). Il tempo e le energie investite nel sensemaking a intervalli sono tarate sulle specifiche esigenze del sensemaking in tempo reale.

In particolare quello che abbiamo definito sensemaking a intervalli, e che si realizza principalmente nel giro mattutino, è il momento in cui i medici componenti del gruppo sviluppano in maniera consapevole ed esplicita un'interpretazione comune della realtà. La condivisione di senso ha l'obiettivo specifico di creare coerenza nelle aspettative delle persone in modo da metterli tutti in condizione di agire in maniera coordinata ed efficace rispetto agli obiettivi dell'organizzazione. La sua caratteristica peculiare è quella di essere un processo formalizzato, che ha delle regole di condotta e degli attori con compiti chiari. La sua struttura organizzativa è tailorizzata:

- sul bisogno di costruire un senso comune fra i partecipanti, o come hanno affermato esplicitamente i protagonisti della nostra ricerca "getting everyone on the same page", letteralmente "mettere ognuno sullo stesso pezzo";
- sui bisogni contingenti legati alle condizioni in cui l'organizzazione opera in quello specifico momento e sul quale si costruisce il senso individuale, ovvero il sensemaking in tempo reale, e l'azione di ciascun operatore nel corso dell'attività di reparto.

Nell'attività di costruzione di senso entrano in gioco le dimensioni organizzative maggiormente rilevanti: la condivisione di conoscenza (Drucker, 1990; Nonaka e Takeuchi, 1995), la presa di decisioni (March, 1998), i processi di coordinamento e controllo (Scott e al., 2000) e le dimensioni

comunitarie del gruppo (Wenger et al., 2002) quali le pratiche tacitamente condivise e il linguaggio comune. Lo studio del sensemaking ordinario è quindi una modalità di analisi che permette di svelare e analizzare in contesti naturali i processi ordinari che caratterizzano un'organizzazione ad alto rischio come la terapia intensiva di un grande ospedale.

Le organizzazioni ad alta affidabilità (Laporte e Consolini, 1994; Weick e Roberts, 1993; Weick, Sutcliffe 2001), una terapia intensiva, sono caratterizzate da una comprensione accurata, precisa e condivisa delle condizioni attuali in cui l'organizzazione opera e della relazione fra queste condizioni ed i possibili incidenti (Cook e Rasmussen, 2005). Il sensemaking è il processo che rende possibile e alimenta nel tempo questa comune comprensione fra gli operatori. Può essere quindi considerato una fra le più importanti condizioni di realizzazione della sicurezza in questo tipo di organizzazioni.

Il presente lavoro indaga le dinamiche sociali e organizzative attraverso le quali il sensemaking si sviluppa nella realtà quotidiana della terapia intensiva.

1. Sensemaking in terapia intensiva

Nello svolgimento della nostra ricerca sul campo, siamo partiti da alcune domande guida. Come gli operatori riescono a gestire la complessità e l'incertezza che caratterizza le attività della terapia intensiva? Come fanno a mantenere buone performance e ad evitare risultati indesiderati?

In accordo con l'analisi di Rasmussen (1995) dei contesti naturali è possibile affermare che un sistema sicuro non è un sistema libero da errori. La sicurezza è un fattore dinamico che caratterizza i sistemi (Cook e Rasmussen, 2005). E' una proprietà emergente delle diverse modalità in cui possono combinarsi i diversi elementi del sistema (tecnici, organizzativi, economici e relativi alle persone), di come possono collaborare o collassare (Reason, 1997). La sicurezza è il prodotto delle caratteristiche del sistema (Cook e Woods, 1994), compreso il modo in cui gli operatori di prima linea affrontano le diverse richieste che arrivano dall'ambiente e le diverse possibilità che emergono. E' possibile affermare che il modo in cui gli operatori affrontano la complessità (Woods, 1989) del sistema è espresso in *trade-off*. Ad esempio, in ogni terapia intensiva colui che coordina l'unità operativa in quel momento deve gestire il processo di cura di un paziente (ad es. terapia, test di laboratorio, esami diagnostici, interventi), l'organizzazione del lavoro (ad es. la distribuzione dei pazienti sui diversi medici di turno, il coordinamento dei turni di lavoro dei medici del reparto, il trasferimento dei pazienti in unità diverse), l'insegnamento (ad es. cosa insegnare ai medici in

formazione, quando e come farlo). Concentrare l'attenzione su una di queste aree di attività implica il prestare meno attenzione alle altre. Questo trade off avviene in un ambiente ad alto rischio, in cui si opera con una forte pressione, il tempo è di solito molto scarso, ed i livelli di incertezza elevati. Il far fronte a tale complessità, avviene in un contesto di lavoro dove ciascuna attività è scarsamente definita dal punto di vista organizzativo. Nuovi pazienti possono arrivare con un preavviso minimo, e i pazienti presenti possono aggravarsi velocemente e il ritmo delle attività si comprime e dilata di continuo.

A livello micro, ci sono una varietà di fonti di potere (Klein, 1993), su cui possono fare affidamento gli operatori per far fronte alle sfide del loro contesto di lavoro, quali la capacità di improvvisazione, la capacità di intuizione e di previsione del futuro (ibidem). Ma, in contesti così complessi e in cui la variabile tempo è critica, è improbabile che il successo possa essere raggiunto solo attingendo ripetutamente a queste fonti di potere. E' invece più probabile che nel mondo reale le persone di prima linea siano in possesso di strumenti che permettano loro di costruire senso a livello macro e collettivo, relativamente alla complessità da gestire nel suo insieme, e di organizzarsi per farvi fronte. Sensemaking (Daft e Weick, 1984; Weick, 1993; Manning, 1998) è un concetto che risulta di particolare rilevanza per l'analisi del processo sociale di *coping* in condizioni di elevato stress, legate alla necessità di avere performance affidabili in situazioni ad elevato rischio, minacciose. In senso più stretto, Weick (1995) sostiene che il bisogno di costruire senso emerge nelle organizzazioni quando l'esperienza corrente di un gruppo ha bisogno di essere compresa in relazione con il passato e per affrontare situazioni del futuro altamente variabili, di difficile previsione.

In generale, è possibile affermare che la necessità di attivare un processo di sensemaking in maniera consapevole nasce dal riconoscere che la situazione attuale contiene alcuni segnali di conflitto o che presagiscono un futuro conflitto. Per cui, decidere come procedere ha probabilmente conseguenze molto significative per il gruppo. Tuttavia, ci sono casi in cui tutto il gruppo può avere un singolo obiettivo e confrontarsi con una situazione specifica come nel caso dell'incendio del Mann Gulch e in numerose altre situazioni di crisi analizzate dallo stesso Weick (1990, 1993). Ma questo tipo di situazioni sono relativamente rare. Il lavoro dei team della terapia intensiva, ad esempio, coinvolge molti pazienti e molte attività differenti che si svolgono in parallelo.

Piuttosto che un solo obiettivo, ce ne sono molti in contemporanea, che spesso possono confliggere e il lavoro è distribuito in modalità che rendono impossibile per chiunque avere una comprensione totale della situazione.

Questo lavoro vuole mostrare che, nei processi quotidiani delle organizzazioni ad alto rischio, il sensemaking è un'attività di cooperazione cognitiva che si concentra soprattutto sui progetti, le incertezze e le possibilità del futuro più prossimo, al fine di prevenire i rischi trovando soluzioni collettive di successo.

2. Metodologia della ricerca

La metodologia utilizzata per l'analisi sul campo segue alcuni approcci sviluppati da Woods (1989) e Weick, (1993;1995). Con l'approvazione formale della struttura ospedaliera e degli operatori, abbiamo esaminato le attività lavorative nel loro contesto naturale ovvero all'interno della terapia intensiva oggetto d'analisi. Si tratta di una terapia intensiva cardio-chirurgica con 10 letti ed un'attività molto frenetica, si trova all'interno di un grande ospedale accademico statunitense. Le osservazioni sul campo si sono realizzate in modo tale che i ricercatori hanno potuto partecipare direttamente alle attività del reparto ed avere così la possibilità di osservare e comprendere la complessità del lavoro svolto. Le osservazioni si sono realizzate in un arco di tempo di dieci settimane. Il focus delle osservazioni è sulle attività svolte dai medici all'interno del reparto.

Lo studio, di carattere etnografico, è consistito della combinazione delle osservazioni con interviste focalizzate condotte in tre cicli differenti. Dopo ogni ciclo di osservazioni ed interviste si sono analizzati i risultati ed utilizzati per la progettazione del ciclo successivo, così che ogni ciclo potesse diventare più focalizzato su alcuni temi emersi come particolarmente rilevanti rispetto al processo di sensemaking.

Oltre al collezionare note sul campo, abbiamo registrato 45 ore di comunicazioni verbali avvenute all'interno del reparto ed analizzato circa 400 pagine di trascrizioni di queste comunicazioni.

Le osservazioni sul campo si sono concentrate sul lavoro svolto nella terapia intensiva, e nello specifico su quei momenti dove l'interazione fra gli operatori è visibile, esplicita. Un momento topico in questo senso è quello dei *round*, o giri del mattino, programmati per avvenire ogni mattina all'inizio del turno. Ma importanti sono anche le discussioni informali che riguardano pazienti particolarmente critici, nuove informazioni o diagnosi, coordinamento e pianificazione delle attività lavorative che avvengono durante l'intera giornata di lavoro. Soggetti delle sessioni di osservazione sono stati principalmente i team medici (medici in formazione – chiamati *resident* - responsabile del reparto – chiamato *attending* e studenti di medicina) e il loro lavoro quotidiano. Le prime osservazioni sono state occasionali ed hanno avuto luogo nel primo mese, nel secondo mese, abbiamo condotto sessioni di osservazione in maniera sistematica per due intere settimane, e poi

ancora successivamente in maniera occasionale con l'obiettivo di confermare quanto emerso dall'analisi delle osservazioni precedenti.

Durante le osservazioni, i ricercatori hanno passato tutto il tempo con i medici osservati, durante il lavoro quotidiano, le pause pranzo, e gli altri momenti di break. Come supporto alla raccolta delle note sul campo si è utilizzata una griglia di raccolta delle informazioni e un registratore con microfono per la registrazione delle conversazioni.

Una parte di queste registrazioni sono state trascritte e analizzate come evidenze a supporto dei risultati. L'organizzazione delle note si è basata sul metodo della *behavioral protocol analysis* di Woods (1995). Piuttosto che focalizzarsi esclusivamente su quello che i soggetti osservati dicono, il *behavioral protocol* è costruito sulla base di una gran varietà di dati relativi al comportamento delle persone in relazione ai cambiamenti dei processi in cui essi sono coinvolti nel corso del tempo. Le fonti di questi dati includono: l'osservazione diretta del comportamento dei soggetti considerati, informazioni riguardanti come vengono acquisite e scambiate le informazioni utilizzate nel lavoro, le azioni intraprese dai lavoratori correlate al processo principale entro il quale stanno agendo, la comunicazione verbale fra le persone che avviene faccia a faccia o per mezzo di un canale formale ed i loro personali commenti riguardanti quello che sta succedendo.

Particolare attenzione è stata prestata ai *round* giri del mattino. Il termine appartiene al gergo medico e fa riferimento ad ogni processo che implica la revisione sequenziale di un gruppo di pazienti da parte degli operatori sanitari. I *round* formali sono attività regolari, pianificate che hanno luogo di solito la mattina presto, all'inizio del primo turno di lavoro. In quest'occasione i medici passando da un letto del paziente all'altro presentano e discutono nuove informazioni ed informazioni significative del passato, piani per il futuro e relative aspettative riguardanti l'evoluzione di ciascun caso clinico. In accordo con il numero di pazienti presenti e la criticità di ciascun caso, un *round* può durare pochi minuti o intere ore. Oltre ai *round* formalizzati della mattina, ci sono altri momenti di discussione che avvengono spesso lontano dal letto del paziente. I *card rounds* (i giri basati sulle cartelle cliniche) possono aver luogo nella *conference room* discutendo tutti i pazienti in sequenza ed utilizzando le informazioni scritte sulle *note cards* (note dove i medici appuntano le informazioni strategiche relative ad ogni singolo paziente e che ne monitorano l'andamento). I *check out rounds* riguardano due o più medici che nei cambi turno si danno le consegne relativamente ai pazienti.

Le osservazioni sono state effettuate secondo la tecnica dello *shadowing* ovvero acquisendo sempre il punto di vista di un singolo operatore che il ricercatore seguiva fisicamente nello spazio di lavoro, l'operatore seguito variava a seconda delle attività osservate.

3. Risultati

Nel reparto di terapia intensiva studiato, un solo medico esperto supervisiona un gruppo di medici in formazione di differente livello di esperienza.. La costituzione del gruppo può cambiare di giorno in giorno e di settimana in settimana ma, di solito, il coordinatore del reparto rimane lo stesso per una o due settimane alla volta. Il resto del team è composto da accademici che si stanno specializzando in terapia intensiva, medici in formazione in chirurgia e anestesia e studenti al loro terzo o quarto anno di studi. I *round* iniziano ad un'ora stabilita del mattino presto e possono durare da meno di un ora a tre ore a seconda del numero e complessità di pazienti, e delle urgenze che incombono su ciascun membro del team di lavoro. I *round* della mattina sono variabilmente formali. Essi sono caratterizzati dal fatto che la discussione di ciascun caso clinico si apre sempre con una presentazione dello stato attuale del paziente e una sintesi della sua storia precedente. Questa parte è di solito presentata da un medico in formazione o uno studente o un accademico, che segue più direttamente il paziente, che riferisce le informazioni a disposizione al coordinatore e a tutti gli altri medici presenti. Il gruppo avanza fisicamente da una stanza del paziente all'altra mentre si discute ogni singolo caso.

Il contenuto semantico di ciascun *round* può cambiare molto di volta in volta, uno dei coordinatori, durante un'intervista ha affermato <<il *round* è un'attività fondamentale per chiarire cosa bisogna fare e per costruire un modello comune relativo a ciò>>.

Non sorprende che i medici in formazione percepiscano il *round* in maniera differente. Uno di loro ha sottolineato l'importanza del *round* per la identificazione e condivisione di ciò che è veramente importante per compiere le azioni successive: <<si identificano...le cose più importanti che stanno succedendo nel reparto, quello su cui è davvero importante lavorare, è un momento in cui si definisce il piano per la giornata, quindi quando si fa di mattina insieme a tutti gli altri è quello che ci permette di "metterci tutti sullo stesso pezzo" (*getting everyone on the same page*), in questo modo ci rendiamo tutti conto di quello che sta succedendo con ogni paziente e siamo interscambiabili>>.

E' chiaro che l'obiettivo formale dei *round* della mattina è di definire e rendere esplicito e condiviso il piano di lavoro per l'intera giornata. La tradizione di realizzare il *round* permette agli operatori di collaborare nel costruire un senso comune dei processi in atto e nel prepararsi per gestire imprevedibili ma attese richieste che emergono nel corso del tempo. Tuttavia, attraverso le osservazioni e le interviste realizzate con gli operatori, abbiamo scoperto che durante il *round*

avviene molto di più di quanto formalmente stabilito. In accordo con l'analisi realizzata sul campo, il *round* sembra essere una delle occasioni più significative per la costruzione di un senso condiviso della situazione in cui operano da parte di ciascun partecipante. E questo senso è una preconditione fondamentale per la realizzazione delle azioni successive all'interno del processo di lavoro quotidiano. Vediamo come questo accade.

3.1 Il giro del mattino: un esempio di sensemaking a intervalli

Nel giro della mattina, i medici presentano e discutono dei pazienti del reparto riferendosi ad essi come a casi clinici. La discussione di ciascun caso è caratterizzata da alcuni momenti che possono rientrare in uno schema generale che sembra ripetersi ogni volta in maniera simile (vedi fig.1).

INSERIRE FIGURA N. 1 QUI

3.1.1 La presentazione del caso

Nel reparto di terapia intensiva preso in esame, ogni paziente è affidato ad uno dei medici in formazione che è per primo responsabile delle attività di cura al paziente. Durante il giro, si parla di ciascun paziente in sequenza, partendo dal letto numero uno e finendo con il numero dieci. Per ciascun paziente, innanzitutto il medico che primariamente se ne occupa presenta il caso agli altri. La struttura della presentazione è più o meno sempre la stessa ma il contenuto può variare a secondo delle caratteristiche e delle condizioni specifiche del paziente. Ed anche in base alla valutazione del caso del medico che lo segue. Anche se tutti medici ascoltano la descrizione del caso, in questa fase la comunicazione verbale parte dal medico in formazione ed è principalmente indirizzata verso il medico coordinatore dell'unità. Il medico che presenta di solito ha scritto una sintesi delle condizioni attuali del paziente (nella *note card* descritta nei paragrafi precedenti) le cui informazioni principali saranno incluse all'interno della cartella clinica. Durante la presentazione, il medico fa riferimento a questa sintesi per richiamare dettagli e, alcune volte, per strutturare l'intera presentazione.

Estratto 1. Setting: Mattina, ore 7.00, il gruppo di medici si riunisce fuori dalla stanza del paziente della stanza numero 1

Persone presenti: Dr C – Medico coordinatore (uomo); Dr O – Medico in formazione (uomo); Dr A – Medico in formazione (donna); infermiera che si prende cura del paziente¹

- 1. Dr C (coordinatore) – Non ricordo nulla di questo paziente , dov'è Dr O quando abbiamo bisogno di lui?*
- 2. Dr O (medico in formazione) – Scusate, arrivo a darvi le informazioni che vi mancano. Allora questo è Mr. C, ha 68 anni e come alcuni mesi fa veramente, è stato ammesso con uno shock cardiogenico ed un fallimento respiratorio ed ha un'infezione della valvola mitrale...*
- 3. Dr O (medico in formazione) – Shock settico?*
- 4. Dr C (attending) – Shock settico, e gli è stata messa una nuova valvola mitrale il giorno 4, un riassetto della valvola tricuspide da allora, poi ha avuto una tracheotomia complicata da un sanguinamento...*
- 5. Dr O (medico in formazione) - fistola dell'arteria tracheo-tiroidea, fistola dell'arteria tracheo-tiroidea*
- 6. Dr C (coordinatore) – fistola dell'arteria tracheo-tiroidea ora ha posizionato un g-tubo e questo è stato complicato da un persistente palpito, uhm, ecco questa è la sua storia*
- 7. (inudibile)*
- 8. Dr O (medico in formazione) - um no questo mi sconcerta...ieri ha fatto gli ultrasuoni, dell'estremità alta di sinistra (...) Durante la notte è rimasto tachicardico a volte sopra ai 130 e gli è stato dato uh vediamo 250 di albumina una volta e poi 50 di albumina due volte,.... (...)*
- 9. Dr C (coordinatore) – sta facendo effetto?*
- 10. Dr O (medico in formazione) – Direi che non è chiaro*
- 11. Dr C (coordinatore) – questa è la volta in cui è stato più a lungo senza vasopressanti, giusto?*
- 12. Dr O (medico in formazione) –si, ma stiamo anche tollerando pressioni del sangue più basse, ma può essere si direi di si*
- 13. Dr C (coordinatore) - ok*
- 14. Dr O (medico in formazione) –Non penso comunque che gli stia facendo male*
- 15. Dr C (coordinatore) - -ok*
- 16. Dr O (medico in formazione) – si...dal punto di vista neurologico è uhm.... Bé una sorta di alti e bassi interagisce, uhm e muove tutti gli arti anche se la forza del lato sinistro è più 4 su 5 e quella del lato destro 1 su 5.
uhm, riesce a comunicare, uhm non verbalmente, parla con i gesti.. chiede delle sigarette uhn. Dal punto di vista cardiovascolare, ha suoni del cuore distanti e non sono udibili rumori (...) edema agli arti inferiori uh da 1 a 2+, probabilmente quello della gamba destra più grande di quello della gamba sinistra che è rimasto uguale nelle ultime due settimane*
- 17. Dr C (coordinatore) – bene
(il medico in formazione gli porge la cartella per compilare la parte riguardante il piano di cura giornaliero)*
- 18. Dr C (coordinatore) – non vedo l'ora!*
- 19. Dr C (coordinatore) – Lo riempio subito! (riferendosi al piano)*

In questo esempio, il paziente è ben conosciuto dal team di medici in servizio. La presentazione del caso comprende informazioni nuove e rilevanti. Il commento fatto dal Dr. C (Estratto 1, riga 1) è

¹ Ad ogni paziente è dedicata una figura infermieristica. Gli infermieri di solito partecipano al giro solo per quella parte che riguarda il paziente di loro competenza.

ironico, come dimostra lui stesso (Estratto 1, punto 4). Infatti tutti i partecipanti conoscono la storia di questo paziente così complicato e il Dr. C esorta ad avanzare velocemente nella presentazione fino a fornire le nuove informazioni fornendo soltanto alcuni dati essenziali della storia precedente (Estratto 1, riga 4), incoraggia in questo modo in maniera efficace chi presenta a concentrarsi sui dettagli rilevanti.

E chi presenta subito mette in evidenza ciò che è rilevante (Estratto 1, righe 8 e 16). E' importante notare che nel contenuto della presentazione informazioni relative alla storia del paziente, le relative interpretazioni e le aspettative relativamente al futuro sono tutte mischiate fra di loro.

Il medico coordinatore dell'unità è coinvolto in maniera molto significativa nella presentazione, interrompe chi presenta e gli pone diverse domande. In questa fase, ha due obiettivi principali: costruire e confermare la sua comprensione del caso e capire quanto e cosa il medico che presenta il caso ha compreso delle condizioni del paziente. Il medico coordinatore è quindi direttamente coinvolto nel processo di costruzione di senso del caso e nel processo di sensemaking di chi presenta. Quando abbiamo chiesto a uno dei medici responsabili dell'unità perché fa questo tipo di domande durante la presentazione del caso, ha affermato: <<E' importante per me capire che cosa sta succedendo al paziente ed anche quello che gli altri medici credono che stia accadendo>>.

3.1.2 Valutazione del caso clinico e pianificazione delle azioni future

Successivamente alla presentazione, nella discussione l'attenzione si sposta da quello che è successo nel passato a quello che potrebbe succedere nel futuro e su quali azioni è opportuno intraprendere.

Estratto 2: Setting: Mattino, ore 7.30– il gruppo è davanti la stanza del paziente numero 2 dopo aver condiviso la presentazione del caso

Persone presenti: Dr C - medico coordinatore (uomo) - Dr O – Medico in formazione (uomo); Dr X – Medico in formazione (donna); infermiera che si prende cura del paziente

- 1. Dr X (medico in formazione) - ...ora, non ha senso che il suo fosforo sia andato su così tanto.*
- 2. Dr C (medico coordinatore) – Quindi qui non c'è né bradicardia né ipotensione in atto?*
- 3. Dr X (medico in formazione) – Giusto.. Oh, aspetta, perché gli esami di base. (inudibile)?*

4. *Infermiera* – La figlia è preoccupata per il suo braccio sinistro che è quello, lei dice, che di solito è contratto.
5. *Dr O (medico in formazione)* - Hm.
6. *Dr X (medico in formazione)* –Veramente io non penso sia così, ma la sorella è così insistente rispetto a questo... (...)
7. *Dr C (medico coordinatore)* – Bene, pensi che sia utile fare di nuovo gli esami del fosforo, sapere come va ora? (passaggio del foglio con il piano di cura al coordinatore)
8. *Dr X (medico in formazione)* – Si mi piacerebbe proprio saperlo. Perché sai non vorrei mandarlo via da qui e poi avere i valori del fosforo fuori controllo ancora, perché sai non credo che loro (operatori del reparto che lo accoglierà) controlleranno il fosforo ogni giorno, o comunque quando ce n'è bisogno.
9. (...)
10. *Dr C (medico coordinatore)* – Tu sai cosa ti diranno gli esami giusto? Questo è un uomo che invece di prendere l'adeguato quantitativo di fosforo dalla sua alimentazione ne trattiene un maggiore quantitativo... (inudibile).
11. *Dr O (medico in formazione)* - ..per molte volte.
12. *Dr C (medico coordinatore)* – Quindi è possibile che nonostante le compensazioni, ci potrebbe essere una risposta inappropriata nei valori del fosfato
13. (...)
14. *Dr O (medico in formazione)* – Può darsi che sia iperfosfatemico ma -
15. *Dr C (medico coordinatore)* – E' meglio questo piuttosto che l'alternativa che sia bradicardico --
16. *Dr O (medico in formazione)* – Ma, comunque io penso che molti pazienti in dialisi convivano con il fatto di essere iperfosfatemici quindi non mi concentrei tanto su questo punto.
(...)
17. *Dr C (medico coordinatore)* – Di alla figlia che abbiamo esaminato il braccio con gli ultrasuoni e che possiamo dire ad oggi non ci risultano infezioni. Non ha avuto febbre. Ha una conta appropriata dei globuli bianchi. Non ha dolore o..-
18. *Dr X (medico in formazione)* – Veramente ha dolore
19. *Dr C (medico coordinatore)* – Ha dolore lì? Questa non ci voleva. E' venuto un ortopedico o un riabilitatore a vederlo?
20. *Dr X (medico in formazione)* – E' --
21. *Dr C (medico coordinatore)* – Il riabilitatore dovrebbe essere quello più (inudibile).
22. *Dr O (medico in formazione)* – Lo facciamo vedere per primo da un riabilitatore?
23. *Dr C (medico coordinatore)* – Allora dobbiamo post-porre il suo trasferimento?
24. *Dr O (medico in formazione)* - Ok
(...)
25. *Dr C (medico coordinatore)* – Va bene. Quindi il nostro piano per oggi è di farlo esercitare con il ventilatore. Continuare la sua dialisi, continuare con l'alimentazione via sonda, continuare a monitorare il fosforo e consultare un riabilitatore (inudibile).

In questo estratto l'attenzione è sulle anomalie piuttosto che su ciò che sembra essere coerente, e il piano di azioni si forma a mano a mano che i diversi problemi sono portati all'attenzione del gruppo e discussi. Il passaggio della sintesi scritta dal medico in formazione, dalle sue mani a quelle del responsabile identifica la conclusione della presentazione e l'inizio della discussione relativa alle azioni future (Estratto 2, riga 7).

Questa fase è caratterizzata da molte domande fatte dai medici in formazione come un gruppo in apprendimento piuttosto che dal singolo medico che presenta il caso. Si tratta di un momento più

socratico che didattico, anche se non è puramente socratico. Come uno dei responsabili ha affermato: “attraverso le domande che si fanno ...con queste domande si vogliono rendere sia le interpretazioni che i piani di azione futuri comprensibili per i medici che sono nel reparto. Ho bisogno di essere sicuro che si rendano ben conto di qual è la situazione in cui operano. Ma, quando rispondono alle mie domande io acquisisco nuove informazioni che mi permettono di rivalutare la situazione, di cambiare idea su ciò che sta succedendo”.

Molte domande possono essere fatte anche per essere sicuri che i piani vengano eseguiti così come sono stati concordati durante il giro. <<Devo essere sicuro che ognuno farà esattamente quello che abbiamo deciso di fare discutendone tutti insieme. Abbiamo bisogno che ognuno sia sullo stesso pezzo per fare il nostro lavoro in sicurezza²>> ha affermato uno dei coordinatori del reparto, sottolineando che le domande siano focalizzate su quali possono essere le diagnosi possibili, quali gli scenari di evoluzione del caso, quali le aspettative relative. Ma le domande hanno anche l’obiettivo di ricontrollare ancora una volta le azioni da intraprendere per quanto riguarda il piano terapeutico, le procedure da realizzare nella giornata, le consulenze mediche da richiedere. La parte diagnostica e quella terapeutica sono continuamente intrecciate, le nuove informazioni relative ad uno dei due aspetti alimentano automaticamente i ragionamenti relativi all’altro.

E’ importante evidenziare che molte delle domande poste dal medico coordinatore riguardano il futuro. Grazie al porre queste domande egli focalizza l’attenzione su alcune caratteristiche specifiche del caso (Estratto 2, righe 7, 10 e 11). Attraverso l’enfatizzazione di quali sono i dati rilevanti, e chiedendo ai medici in formazione qual è la loro interpretazione di questi dati, il coordinatore dà loro l’opportunità di costruire il proprio modello mentale del caso e, sulla base di questo, anticipare quello che potrebbe accadere nel futuro. <<E’ importante insegnare loro (medici in formazione) nuove cose. La cosa più importante è insegnare loro come combinare gli indizi che hanno su un paziente...ed aiutarli, in relazione a questo, a prendere delle decisioni sul da farsi>>. Il medico esperto sta dando ai medici in formazione l’opportunità di esercitarsi nello sviluppo del processo di sensemaking lasciandoli seguire una linea di ragionamento relativamente al futuro e considerare le relative conseguenze. Il processo è comunque coordinato dal coordinatore e la discussione mantiene la struttura di una conversazione.

² L’espressione gergale americana per esprimere questo concetto “*We need to get everyone on the same page to make things work on safety*” è particolarmente significativa in quanto simboleggia attraverso un modo di dire l’enfasi che viene posta sulla dimensione collettiva del lavoro.

Il piano d'azione che viene scritto nella cartella clinica del paziente e la lista di azioni che, in contemporanea, ciascun medico scrive sul foglio delle consegne, indicano che questa fase è al termine.

3.1.3 Il sommario del caso

Il sommario nella discussione di un caso ha la funzione principalmente di revisionare e confermare il senso condiviso che i partecipanti al giro hanno costruito. I diversi complessi aspetti discussi sono così incorporati in una narrazione singola e molto sintetica. Il sommario di solito è breve e riconsidera la relazione tra i dati del passato e i piani per il futuro che devono essere intrapresi dal gruppo.

Sommari parziali sono di solito realizzati durante la discussione del caso. Il medico coordinatore può descrivere in maniera sintetica la storia del paziente dopo la presentazione iniziale per evidenziare quali sono i dati che egli ritiene maggiormente rilevanti per la diagnosi. (Estratto 3); in particolare quando la storia è frammentata o equivoca per alcuni aspetti. Il coordinatore spesso fa anche un sommario della diagnosi del caso (Estratto 4) prima di passare alla pianificazione delle attività. Questi sommari “ad intermittenza” si utilizzano soprattutto quando la situazione diventa più complicata ed incerta e la comprensione di quello che sta succedendo più difficile.

Estratto 3 Setting: Mattina, ore 10.00 – il gruppo discute una situazione non chiara relativa ad un paziente

(Sommario ad intervalli)

Dr C medico coordinatore (uomo) - Dr O – Medico in formazione (uomo); Dr X – Medico in formazione (donna); infermiera che si prende cura del paziente – Dr S (donna) studente

1. Dr C (medico coordinatore) – bene, quindi, dal punto di vista neurologico, sedato con propofol, prende dobutimina e norepi, finalmente la sua PVC (pressione venosa centrale) è di diciannove e una pressione sistolica che è sostanzialmente più alta di quella di ieri, la pressione sanguigna è giusto un po' bassa. Il che suggerisce che era forse un po' ipobolemica ieri. Ora l'ha vista il cardiologo che dice che ha un'ottima pressione sanguigna, un'ottima PVC e un'ottima circolazione e dice, che ora abbiamo bisogno di diuresi. Um, io invece direi che oggi non è il giorno giusto, un nonostante abbia un output cardiaco di cinque che sta cambiando, un livello di SVR (inudibile) mischiato con la saturazione, quindi non sappiamo...

Estratto 4 Setting: Mattino, ore 9.30 – il gruppo riassume il piano per la giornata discusso in precedenza relativo ad un paziente

(sommario di sintesi)

Dr C medico coordinatore (uomo) - Dr O – Medico in formazione (uomo); Dr A – Medico in formazione (donna); infermiera che si prende cura del paziente – Dr S (donna) studente

1. Dr C (medico coordinatore) – Quindi questo, questo è importante, dovete capire che lei sta evolvendo tic, tic, tic, tic, tic...bene, quindi, vuoi (rivolgendosi al medico in formazione Dr O che segue primariamente il caso) vuoi scrivere un ordine per iniziare l'eparina, si può iniziare verso le quattro o le cinque del pomeriggio. Ed iniziamo l'infusione di terosomide alle cinque e poi diciamo alle undici o dodici. Se la sua pressione sanguigna va giù, interrompi la somministrazione, e veramente in effetti non m'importa della sua pressione sanguigna. Mi interessa il suo stato mentale, se il suo stato mentale va giù, interrompilo. Bene, quindi, dal punto di vista neurologico svegliatela e proviamo a prepararla ad essere estubata, se reagisce bene, potremo probabilmente iniziare a diminuire nor, epi e poi la dobutimina, queste cose la stanno rendendo inattiva quindi possiamo tirarle via.

3.1.4 Le dinamiche del sensemaking a intervalli

Il giro della mattina rappresenta un processo formale di costruzione di senso collettivo. L'obiettivo principale del gruppo è di mettere insieme le diverse informazioni, le relative aspettative e piani che si combinano naturalmente in valutazioni condivise ed azioni coordinate. Il momento del giro mattutino è gestito in maniera stereotipata ed attenta. La forma di sensemaking che si sviluppa in questo contesto è fondamentalmente diversa da quella che caratterizza gli eventi drammatici, come quello del Mann Gulch. E' un sensemaking ordinato e sviluppato in maniera consapevole, deliberata, investe in educazione e crea coerenza nelle aspettative dei componenti del gruppo. La sua caratteristica peculiare è quella di avere un tempo esplicitamente dedicato; inoltre la sua condotta è formalizzata in modalità che sono tailorizzate sul bisogno di creare un senso comune fra i partecipanti.

3.2 Il sensemaking in tempo reale

Nella terapia intensiva considerata, durante lo svolgimento delle attività quotidiane, i momenti dedicati alla discussione su quanto sta avvenendo e sulle decisioni da prendere relativamente alla cura dei pazienti durano solo alcuni minuti e sembrano essere più finalizzati alla revisione del senso costruito durante il giro, e gli altri momenti dedicati alla discussione (sensemaking ad intervalli), piuttosto che rappresentare occasioni per costruire nuove interpretazioni della realtà, prendere nuove decisioni e definire nuovi piani. Piuttosto, gli operatori si concentrano sul come mettere in pratica le decisioni prese. Concentrano soprattutto la loro attenzione sul contenuto tecnico del lavoro, sul come realizzarlo, piuttosto che sul cosa e perchè, che appaiono invece aspetti già definiti (vedi figura n.2).

INSERIRE FIGURA N. 2 QUI

Estratto 5: Setting: Mattino, ore 7.30 nella stanza del paziente n.2 - preparazione ad una procedura sul paziente -

Persone presenti: Dr C – medico coordinatore (uomo); dottor O – medico in formazione anestesista (uomo)

1. *Dr C (medico coordinatore) – e poi quello che devi fare è coprirlo con garze pulite e poi quando sei a questo punto la anestetizzi proprio in questo punto (indicando la parte destra del collo della paziente)*
2. *Dr O (medico in formazione) - si*
3. *Dr C (medico coordinatore) - ok, assicura il sondino, tira questo fuori, (inudibile) guanto, ti do una mano*
4. *Dr O (medico in formazione) - ok, ci sono*
5. *Dr C (medico coordinatore) – questa è la prima cosa che puoi fare (inudibile)*
6. *Dr O (medico in formazione) - capito*
7. *Dr C (medico coordinatore) - (rivolgendosi al paziente) come sta tutto bene? Allora siamo qui per pulire il suo collo con qualcosa di bagnato e freddo, ok e poi addormenteremo un po' questa parte dove c'è il centrale, va bene e poi finiremo e metteremo un punto
(rivolgendosi al medico in formazione) passalo attraverso...(inudibile)...ora molte volte quando copriamo le persone, ok, molte volte non copriamo loro completamente il viso così che possano respirare meglio
(rivolgendosi al paziente) se ha qualche difficoltà ce lo faccia sapere ok?*
8. *(rumore di fondo)*
9. *Dr C (medico coordinatore) – (rivolgendosi alla paziente) Lui (il medico in formazione) non farà altro che pulire questa parte...questo è tutto, con un sapone speciale, questo è tutto*

Una volta che il giro è completo il resto del lavoro è gestito “*on the fly*” (vedi fig.3) ovvero mentre avviene, e il senso costruito durante il giro è una risorsa fondamentale per l'azione. Piuttosto che sospendere il processo attivo di controllo sul processo, come avviene per i momenti di sensemaking ad intervalli, l'attività di “sensemaking in tempo reale” (*sensemaking in real time*) avviene in parallelo allo svolgimento delle attività di lavoro quotidiane, attraverso i processi di coordinamento e controllo nei quali gli operatori devono agire tenendo conto della variabile critica tempo. Il processo di sensemaking che avviene mentre si lavora si struttura sui risultati del giro mattutino e il successo di questo momento di discussione mattutino si misura, in parte, in relazione a quanto il senso costruito durante il giro permetta di anticipare in maniera efficace i bisogni e i problemi che i clinici dovranno affrontare durante la giornata.

Grazie a questi momenti collettivi di condivisione gli operatori sanno cosa fare e quando, e il motivo per cui compiono determinate azioni. D'altra parte, mentre sono in azione sul campo, gli operatori sono maggiormente concentrati sul modo migliore di mettere in pratica quanto deciso. La comunicazione è veloce, c'è meno bisogno di negoziare le decisioni. Il focus è sull'azione (vedi

estratto 5). Essendo intrinseco al flusso continuo delle attività lavorative, il processo di sensemaking in tempo reale è, per la maggioranza, non visibile, difficilmente esplicitabile. Mentre realizzano le attività sul campo, gli operatori agiscono in maniera aderente al senso costruito in maniera collettiva nell'incontro del mattino. Ma la relazione fra questi due diversi processi di sensemaking non è unidirezionale. Durante lo svolgimento delle attività quotidiane, ognuno colleziona nuovi dati relativi a ciò che sta succedendo. Utilizzando questi nuovi pezzi di informazione il senso della situazione viene modificato, aggiornato. Il nuovo senso sarà nuovamente condiviso durante l'incontro del pomeriggio e nel giro della mattina successiva (vedi figura n. 3).

INSERIRE FIGURA N. 2 QUI

3.3 Sensemaking, affidabilità e sicurezza del paziente

Le organizzazioni ad alta affidabilità (Laporte e Consolini, 1994; Weick e Roberts, 1993; Weick, Sutcliffe 2001) sono caratterizzate da una comprensione accurata, precisa e condivisa di quale sia la situazione attuale in cui si opera e la relazione fra queste condizioni di lavoro e la possibilità che avvengano incidenti (Cook e Rasmussen, 2005), ciò vuole dire che gli operatori hanno una percezione condivisa di quali sono i livelli di rischio che caratterizzano la situazione corrente. I processi di sensemaking creano e nutrono la comprensione condivisa della situazione di lavoro fra gli operatori che la vivono in prima linea. Il sensemaking che si sviluppa sul campo permette agli operatori di mantenere una visione sempre aggiornata di come la situazione si evolve nel tempo. Il sensemaking ad intervalli, in questo caso nella forma del giro mattutino, prepara gli operatori a gestire i rischi potenziali nel futuro. La stretta relazione tra il contenuto delle discussioni che caratterizzano il giro mattutino e quello che i lavoratori faranno definisce quello che Rasmussen (1995) chiama *cooperative conditioning* (condizionamento cooperativo). L'attenzione collettiva aumenta la probabilità che la comprensione della situazione sia appropriata e accurata. E questa è una delle condizioni maggiormente rilevanti per la sicurezza del paziente.

4. Conclusioni e implicazioni per il futuro

Dalla ricerca svolta in terapia intensiva emergono alcune conclusioni che si sviluppano intorno ad alcuni principali temi:

1. *Sensemaking ordinario, sensemaking a intervalli e sensemaking in tempo reale* - I risultati dimostrano che il lavoro in terapia intensiva è caratterizzato da un sensemaking ordinario, che si

costruisce ed esplicita attraverso momenti di condivisione collettiva del senso (come nei giri dei medici del mattino) e momenti di performance individuale del senso condiviso (come nella realizzazione di procedure su singoli pazienti durante il turno di lavoro).

In particolare, gli operatori organizzano il loro lavoro intorno ad episodi di “sensemaking ad intervalli”. Durante questi episodi, il processo di controllo diretto delle attività è sospeso al fine di permettere agli operatori di condividere le informazioni sui diversi casi clinici, rendere esplicite le connessioni tra gli eventi passati e la situazione corrente, ed esaminare il corso, potenziale e desiderabile, delle azioni future. Ma il processo di costruzione di senso condiviso che avviene nel giro mattutino non garantisce una previsione delle azioni che avverranno nell’intera giornata di lavoro. I cambiamenti della situazione, di solito repentini e continui, hanno bisogno di essere valutati, interpretati, analizzati e filtrati e il risultato di queste attività cognitive deve essere incorporato nella comprensione, in continua evoluzione, del processo che gli operatori sono intenti a coordinare e controllare. Questo processo cognitivo di continua elaborazione avviene durante lo svolgimento delle attività sul campo, ed è in questo modo che avviene il processo di sensemaking in tempo reale. Nonostante il sensemaking ad intervalli, il processo cognitivo che avviene in tempo reale si svolge soprattutto all’interno della mente di ogni operatore che è coinvolto nelle attività di prima linea. La costruzione di senso condiviso e le relative aspettative che si sono definite in maniera deliberata e coscienziosa durante il giro mattutino, sono quindi il terreno sul quale si costruisce, in seguito, il sensemaking in tempo reale. Similmente, i risultati relativi agli sforzi compiuti nel costruire nuovo senso durante lo svolgimento delle attività sul campo, struttura l’episodio successivo del giro mattutino, in quanto gli operatori rianalizzano il senso in base agli eventi del giorno passato. Lo svolgimento continuo delle attività quotidiane in un contesto come quello della terapia intensiva, avviene quindi in una alternanza di sensemaking ad intervalli e sensemaking in tempo reale.

2. *Sensemaking e processi organizzativi* – L’analisi del sensemaking ordinario permette di compiere almeno importanti considerazioni rispetto all’organizzazione.

Per prima cosa, consente di affermare che la costruzione di senso si struttura in base agli obiettivi e ai processi principali che caratterizzano un’organizzazione. Le competenze necessarie per il processo di sensemaking ad intervalli sono probabilmente diverse da quelle necessarie per la realizzazione del sensemaking in tempo reale, e le esigenze ed i vincoli di queste due forme di sensemaking appaiono differenti. Ma piuttosto che considerarle due attività separate, è importante considerare questi due diversi processi come due diversi momenti connessi da una relazione dinamica che è visibile principalmente negli episodi di sensemaking ad intervalli. Lo studio più in

profondità di momenti come quelli del giro mattutino può aiutare a definire i problemi contingenti in modalità che siano proficue per l'attività successiva, quello che gli esperti già definiscono come "mettere ciascuno sullo stesso pezzo". D'altra parte, la condizione di incertezza, dalla quale non si può prescindere, limita il valore delle discussioni compiute nei giri ed ogni minuto speso in questa attività toglie tempo a disposizione per le attività di cura. C'è, quindi, un tempo ottimale da impiegare per realizzare il giro e questo tempo ottimale varia di momento in momento, e di giorno in giorno. Ogni giro è costruito, tailorizzato alle opportunità e alle peculiarità della situazione e la situazione cambia di continuo. La costruzione di senso collettiva si struttura sulle caratteristiche peculiari del contesto organizzativo entro il quale si realizza e sulle condizioni specifiche che in quel contesto si stanno verificando in uno specifico momento. Nella terapia intensiva, non esistono difatti due giri del mattino che siano uguali.

E' quindi possibile sostenere che in contesti di cura differenti il trade off fra queste due diverse modalità di sensemaking può modificarsi in relazione alle esigenze specifiche del processo da realizzare. Pensiamo ad un pronto soccorso, dove il paziente transita solo per alcune ore e dove la necessità principale è quella di stabilizzare lo stato del paziente nel più breve tempo possibile sulla base della monitoraggio di alcuni parametri vitali fondamentali. In questo caso presumiamo che la dinamica tra sensemaking ad intervalli e sensemaking in tempo reale debba essere ben diversa. Ed in effetti non esistono nei dipartimenti di emergenza momenti di condivisione quotidiani come quelli del giro mattutino, classici invece della terapia intensiva, dove il paziente resta per diversi giorni se non mesi e dove l'obiettivo fondamentale è ripristinare le funzioni vitali fondamentali spesso gravemente compromesse.

Questo ragionamento può essere esteso anche ad altre attività che non appartengono al contesto sanitario, quale ad esempio il processo investigativo di un dipartimento di polizia, dove coesistono momenti di ricerca e analisi delle prove indiziarie e momenti di azione con sopralluoghi e blitz per catturare i colpevoli.

Inoltre, l'analisi dei due momenti del sensemaking ordinario, dimostra come, esattamente come succede negli episodi di sensemaking degli eventi catastrofici, anche il processo di costruzione di senso quotidiano fa emergere le strutture latenti (Butera, 2003) che caratterizzano e regolano i processi organizzativi, e che restano di solito nascoste. L'analisi dei momenti di attribuzione di senso della realtà da parte di un'organizzazione ne svelano importanti meccanismi di funzionamento ordinario: come vengono prese le decisioni, chi detiene le informazioni e le conoscenze e come sono distribuite, chi ha la leadership e come questa è mantenuta nel tempo, come si socializzano i novizi e si garantisce l'unità del gruppo.

Ulteriori sviluppi e applicazioni a nuovi contesti dei due concetti di sensemaking a intervalli e sensemaking in tempo reale possono quindi essere prezioso strumento per l'analisi delle dinamiche organizzative e sociali di numerosi processi di lavoro ad elevato livello di incertezza e rischiosità.

3. *Sensemaking come "difesa in profondità" (Reason, 1990) del sistema* - Creando le condizioni necessarie per il sensemaking nell'attività quotidiana, ovvero conoscenza e coesione sociale, gli operatori di prima linea costruiscono una difesa che sarà utile nel futuro, quando le criticità del lavoro possono limitare il tempo che può essere dedicato al giro o quando alcuni membri del gruppo non possono essere presenti. Il *trade off* in questa situazione si gioca tra le pressioni che caratterizzano il lavoro oggi e l'investimento nel sensemaking che può essere necessario domani, la prossima settimana o il prossimo anno.

Un'analisi ulteriore della combinazione dei due processi di sensemaking ad intervalli e sensemaking in tempo reale può rivelare caratteristiche del dominio considerato, di nuovo interesse per l'analisi delle organizzazioni. L'equilibrio fra questi due tipi di sensemaking riflette, infatti, la quantità di incertezza del posto di lavoro, la fiducia degli operatori nella loro abilità a raggiungere una comprensione condivisa e collettiva, e la necessità di bilanciare gli sforzi diretti al raggiungimento di obiettivi immediati e bisogni di lungo periodo. Questi elementi, hanno un'importanza centrale nell'analisi del rischio clinico e nella promozione della sicurezza del paziente (Cook e Rasmussen, 2005; Weick e Sutcliffe, 2001; Laporte, Consolini, 1993).

4. *Sensemaking come investimento in socializzazione e apprendimento* - L'attenzione che si presta durante il giro crea le condizioni per evocare, successivamente, le contribuzioni "spontanee" necessarie a ridurre l'ambiguità e definire l'accuratezza del senso. Abbiamo notato che la socializzazione e l'educazione sono parte integrante di un giro. Queste attività non sembrano partecipare alle dinamiche di sensemaking in maniera convenzionale. Ma, sembrano anche esse indicare che i giri sono un investimento nel sensemaking in tempo reale, quello che caratterizza l'attività operativa. Difatti, sia la socializzazione che l'educazione forniscono un contributo estremamente rilevante e sono sensemaking. Apprendere e conservare conoscenza e legami sociali che potranno essere utili in un tempo futuro non meglio identificato è, dopo tutto, un altro modo per prepararsi a costruire nuovo senso.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il Dipartimento di Anestesia e Critical care dell'Università di Chicago che ha reso possibile la realizzazione della ricerca. Gli autori ringraziano inoltre per la preziosa, indispensabile

collaborazione gli intensivisti Dottor Michael O' Connor e Dottor Mark Nunnally, Sandra Nunnally e Christopher Nemeth e tutti gli altri operatori di prima linea che hanno contribuito alla realizzazione della ricerca.

Riferimenti bibliografici

Albolino S., Cook R. (2005), "Making sense of risks: a field study in an intensive care unit", *Healthcare Ergonomics and patient safety, proceedings of the International conference HEPS2005, March 30-April 2, 2005*, Taylor and Francis ed., UK.

Albolino S., Catino M., Vannucci A. (2005), "An organisational multi-level model for the analysis of failures in medicine – the case of a fortuitous connection", *Healthcare Ergonomics and patient safety, proceedings of the International conference HEPS2005, March 30-April 2, 2005*, Taylor and Francis ed., UK.

Bagnara S., Tartaglia R., Bellandi T., Albolino S. (eds) (2005), *Healthcare Ergonomics and patient safety, proceedings of the International Conference HEPS2005, March 30-April 2, 2005*, Taylor and Francis ed., UK.

Butera F. (2003), "Reti digitali di organizzazioni reali", *Studi Organizzativi*, n.3, FrancoAngeli, Milano.

Cook R.I., Rasmussen J. (2005), "Going Solid: A model of system dynamics and consequences for patient safety" *Qual. Safety Health Care* 14: 130-134.

Cook R.I., Woods D.D. (1994), "Operating at the Sharp End: The Complexity of Human Error" in Bogner S, ed., *Human Error in Medicine*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 255-310.

Cook R.I., Woods D.D., Miller C. (1998), *A tale of two stories: contrasting views of patient safety*. Disponibile su internet: <http://www.ctlab.org/>.

Daft R.D., Weick, K., (1984), "Toward a model of organizations as interpretation systems", *The Academy of Management Review*, 9: 284-295.

Drucker, Peter F., *Managing for the Future: The 1990s and Beyond*, (Truman Tally Books / Dutton, 1992.

Hutchins E. (1995), *Cognition in the Wild*, Cambridge, MA: MIT Press.

Klein G. (1993), "A Recognition-Prime Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making", in G.Klein, J.Orasanu,R.Calderwood and C.E.Zsombok ed.s, *Decision making in action: models and methods*, Ablex Publishing Corporation NJ.

Klein G. (1998), *Sources of power: how people make decisions*, MIT press, Boston.

Laporte T.R., Consolini P. (1994), "Working in practice but not in theory: theoretical challenges of high reliability organisations", *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 2, 19-47.

Maclean N. (1992), *Young men and Fire*, University of Chicago Press, Chicago.

Manning P. (1998), "Organizations as sensemaking context", *Theory, Culture & Society*, 14, 139-150.

March J.C. (1998), *Prendere decisioni*, Il Mulino, Bologna.

Nonaka, I., Takeuchi H. (1995), *The Knowledge-Creating Company, How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*, Oxford University Press.

Rasmussen J. (1995), "Deciding and doing", in G.Klein, J.Orasanu, R.Calderwood and C.E.Zsombok ed.s, *Decision making in action: models and methods*, NJ, Ablex Publishing Corporation.

Reason J. (1997), *Managing the Risk Organizational Accidents*, Aldershot, Ashgate.

Scott, W. R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C.A. (2000), *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*, University of Chicago Press, Chicago.

Turner, B.A. (1978), *Man-Made Disasters*, Butterworth Heinemann, Oxford.

Vaughan D. (1996), *The Challenger Launch Decision. Risk Technology, Culture, and Deviance at NASA*, The University Chicago Press, Chicago.

Weick K. (1990), "The vulnerable system: analysis of the Tenerife air disaster", *Journal of Management*, 16, pp. 571-93.

Weick K. (1993), "The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster", *Administrative Science Quarterly*; 38, 628-652.

Weick K. (1995), *Sensemaking in Organizations*, United Kingdom, Sage Publications, Inc.

Weick K., Roberts K. H. (1993), "Collective mind in organizations: Heedful interrelation on flight decks", *Administrative Science Quarterly*, 38, pp.357-81.

Wenger E., McDermott R., Snyder W. (2002), *Cultivating communities of practice A guide to managing knowledge*, Harvard, Harvard Business School Press.

Weick K., Sutcliffe M. (2001), *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*, John Wiley & Son San Francisco, CA.

Woods D.D. (1995), "Process Tracing Methods for the study of cognition outside of the experimental psychology laboratory" in *Decision making in action: models and methods*, G.Klein, J.Orasanu, R.Calderwood and C.E.Zsombok ed.s, NJ, Ablex Publishing Corporation.

Woods D.D., Cook R.I. (1999), "Perspectives on Human Error: Hindsight Biases and Local Rationality." In Durso RS et al., eds. *Handbook of Applied Cognition*. NY, Wiley, 141-171.

Woods, D.D. (1989), "Coping with Complexity: The Psychology of Human Behavior in Complex Systems", in L. Goodstein, H. Andersen, S. Olsen, ed.s, *Tasks, Errors, and Mental Models*. NY: Taylor & Francis, 128-148.