

INAIL

OBIETTIVO FORMATIVO ECM N. A27 – SICUREZZA E IGIENE
NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Il ruolo della cultura organizzativa per la sicurezza
prof. Maria Luisa Farnese

AGENDA

9:00–11:00

1– Introduzione alle culture organizzative

11:15–13:00

2– Approcci alla gestione dell'errore

14:00–15:00

3– Esercitazione: analisi di un caso

15:00–16:00

4– Promuovere apprendimento organizzativo dagli errori



1

INTRODUZIONE ALLE CULTURE ORGANIZZATIVE



PROSPETTIVE PER "LEGGERE" UN'ORGANIZZAZIONE

Per studiare le organizzazioni possono essere assunte diverse prospettive o chiavi di lettura:



PROSPETTIVA STRUTTURALE



Fa riferimento all'aspetto giuridico, politico, economico e alla storia dell'organizzazione.

È un livello di lettura "a tavolino": le **finalità**, gli **obiettivi**, l'organizzazione del lavoro (organigramma, compiti, mansioni, ...), le **regole** sono scritti (*espliciti*) e normativamente regolati.

PROSPETTIVA FUNZIONALE

PROSPETTIVA CULTURALE



PROSPETTIVA
STRUTTURALE

**PROSPETTIVA
FUNZIONALE**



PROSPETTIVA
CULTURALE

L'organizzazione viene descritta come un organismo costituito da *sistemi interagenti* fra loro, rispetto ad un obiettivo comune, attraverso una *differenziazione*.

Esamina l'articolazione dei **ruoli**, delle **funzioni** organizzative e dei **flussi informativi / comunicativi**.

Esamina inoltre le reti di relazioni **esterne** (interazioni tra sottosistemi o con altre organizzazioni).



PROSPETTIVA
STRUTTURALE

PROSPETTIVA
FUNZIONALE

**PROSPETTIVA
CULTURALE**



L'organizzazione è esaminata in termini di *norme implicite e assunti* che regolano i sistemi di convivenza interni.

Sono descritti i **valori**, i sistemi di **credenze**, i **codici** comunicativi, i modi di **interpretare** gli obiettivi espliciti, le **dinamiche** interpersonali, i **significati** condivisi.

E' una lettura di livello simbolico.



CULTURA ORGANIZZATIVA: COSA E' (1)

"La cultura della fabbrica sta nel suo modo solito e tradizionale di pensare e di fare le cose, che è **condiviso in misura maggiore o minore da tutti i suoi membri**; ogni membro la deve imparare, o almeno accettare parzialmente, se vuole essere **accettato** nell'ambito dell'impresa." [Jaques, 1951]

- ✓ TEMPO
 - si costruisce attraverso il tempo
 - rispecchia la storia dell'org.
 - è esito di un processo di adattamento
- ✓ GRUPPI
 - è condivisa dai suoi membri
 - riflette le loro caratteristiche e credenze
 - favorisce appartenenza e identificazione ("colla")

CULTURA ORGANIZZATIVA: COSA E' (2)

"La cultura è un **insieme di significati** accettati pubblicamente e collettivamente, che operano per un certo gruppo in un certo momento. Questo sistema di termini, forme, categorie e immagini **aiuta le persone a interpretare le situazioni** in cui si trovano ad essere. [Pettigrew, 1979]

✓ CREDENZE

- infonde valori, indica "il modo giusto"
- fornisce schemi di significato comuni per organizzare l'azione (sistemi di credenze, chiavi interpretative)



La cultura agisce come un **filtro** che influenza il modo in cui i membri di una organizzazione percepiscono il loro ambiente interno e l'ambiente esterno.

CULTURA ORGANIZZATIVA: A COSA SERVE?

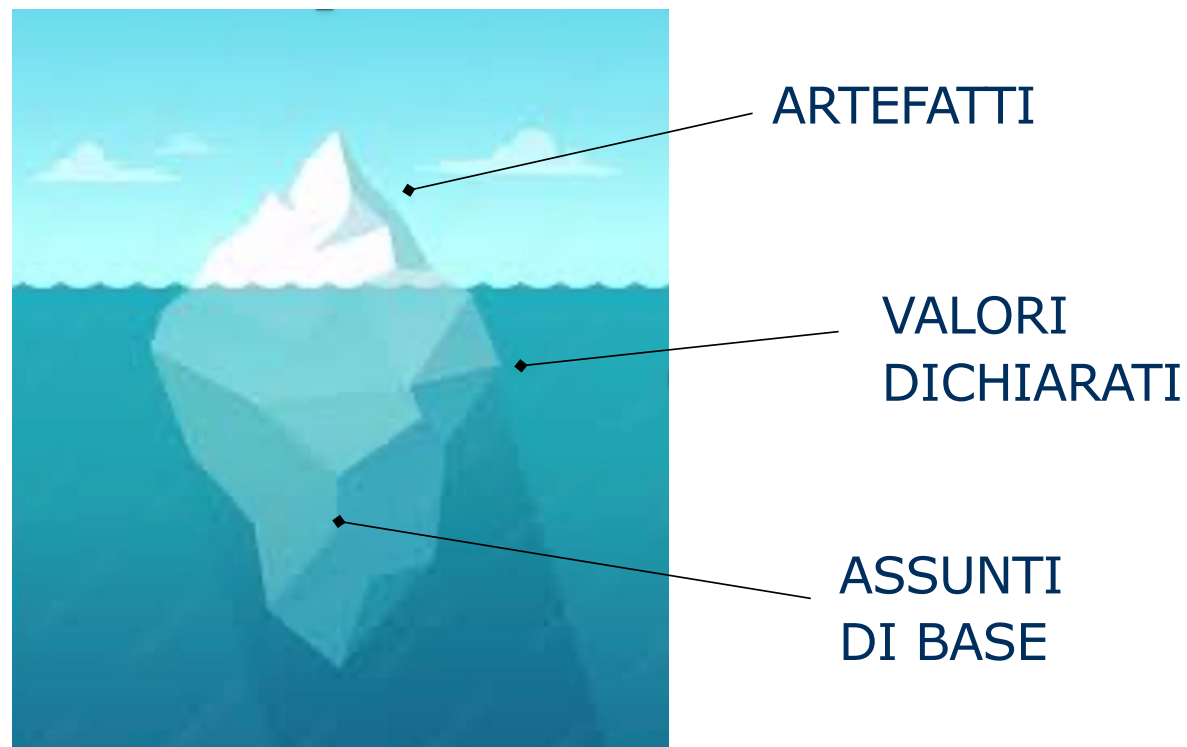
- Crea un senso di identità (coesione, stabilità)
- Facilita l'impegno comune
- Definisce schemi interpretativi (coerenza, orientamento)
- Agisce come meccanismo di controllo (funzione normativa, di regolazione)

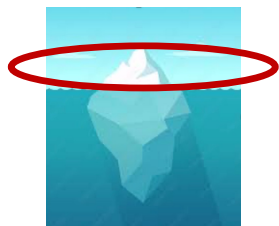
MA...

- Può inibire il cambiamento
- E' una barriera alla diversità e all'integrazione
- Può generare conflitto (tra sottoculture)
- Può ridurre l'agency individuale

CULTURA ORGANIZZATIVA: DA COSA E' COMPOSTA?

Se la cultura è *"il modo in cui facciamo le cose da queste parti", "abitudini e rituali della nostra impresa", "quello che ci caratterizza" ...* come possiamo decodificare un'organizzazione da un punto di vista culturale?





ARTEFATTI

Costituiscono il livello più immediato di osservazione: quello che si vede, si ascolta, si prova quando si va in giro. Sono i processi visibili, anche se talvolta difficili da decifrare (**indizi** dei livelli culturali più profondi).



- stili comunicativi, linguaggio, comportamenti
- divise-uniformi-abbigliamento
- ambiente fisico (edifici, design, tecnologie)
- documenti prodotti e dichiarazioni formali (mission, vision, obiettivi)
- storie, leggende, miti
- pratiche, riti, cerimonie
- e molto altro ancora...



- **CERIMONIE e RITI**

Hanno funzione di ribadire e rinforzare particolari norme o specifici valori, sottolineandone la rilevanza nella vita delle organizzazioni.



*Es. riti di iniziazione
/ingresso, di avanzamento
di carriera, di successo, di
integrazione nuovi
membri, ...*

E Samantha Cristoforetti posta il suo «battesimo» in Aeronautica: «Il giorno più bello della mia vita»

La polemica sul rito di iniziazione a cui è stata sottoposta Giulia Schiff

di Alessandro Fulloni



«Nel lontano 2001, dopo il mio primo volo da solista al 70° Stormo di Latina. Uno dei giorni più belli della mia vita. Un grande in bocca al lupo alle allieve pilote e agli allievi piloti dell'Aeronautica Militare che oggi stanno lavorando duramente per realizzare il loro sogno». Il tweet è quello di Samantha Cristoforetti che, oltre a essere celebre astronauta e la prima donna italiana negli equipaggi dell'Agenzia Spaziale Europea, è anche un ufficiale pilota dell'Aeronautica militare.

Nel «cinguetto» dell'aviatrice quarantunenne [è difficile non scorgere un riferimento alla vicenda di Giulia Jasmine Schiff, la ventenne veneziana che ha denunciato atti di nonnismo durante il rito del «battesimo del volo»](#). Parole, quelle del capitano Cristoforetti, che paiono vicine a quelle pronunciate dall'ex capo di Stato Maggiore dell'Aeronautica Vincenzo Tricarico che, a proposito della prassi iniziatica degli aviatori in Accademia, ha detto che «il bagno nella fontana è un rito al quale non sono sfuggito nemmeno io. Una consuetudine goliardica assolutamente innocua».

La famiglia Ferrari a raccolta: che festa per i dipendenti



Più di 24 mila persone nelle stanze segrete dove nascono le Rosse. Con una grande protagonista: la neonata SF90 da mille cavalli [Video](#) - [Foto](#)



Danza Maori della nazionale di rugby australiana

- **STORIE**

Hanno funzione di raccontare e diffondere eventi come esemplificativi di valori, modelli di azione e impegno.

- **MITI**

Forniscono spiegazioni (plausibili) per situazioni poco comprensibili, o mitizzano (fondatori, successo).

- **EROI**

Impersonano i valori caratterizzanti e che servono come modello per l'identificazione collettiva.



Bill Gates e Paul Allen



Adriano Olivetti



VALORI DICHIARATI

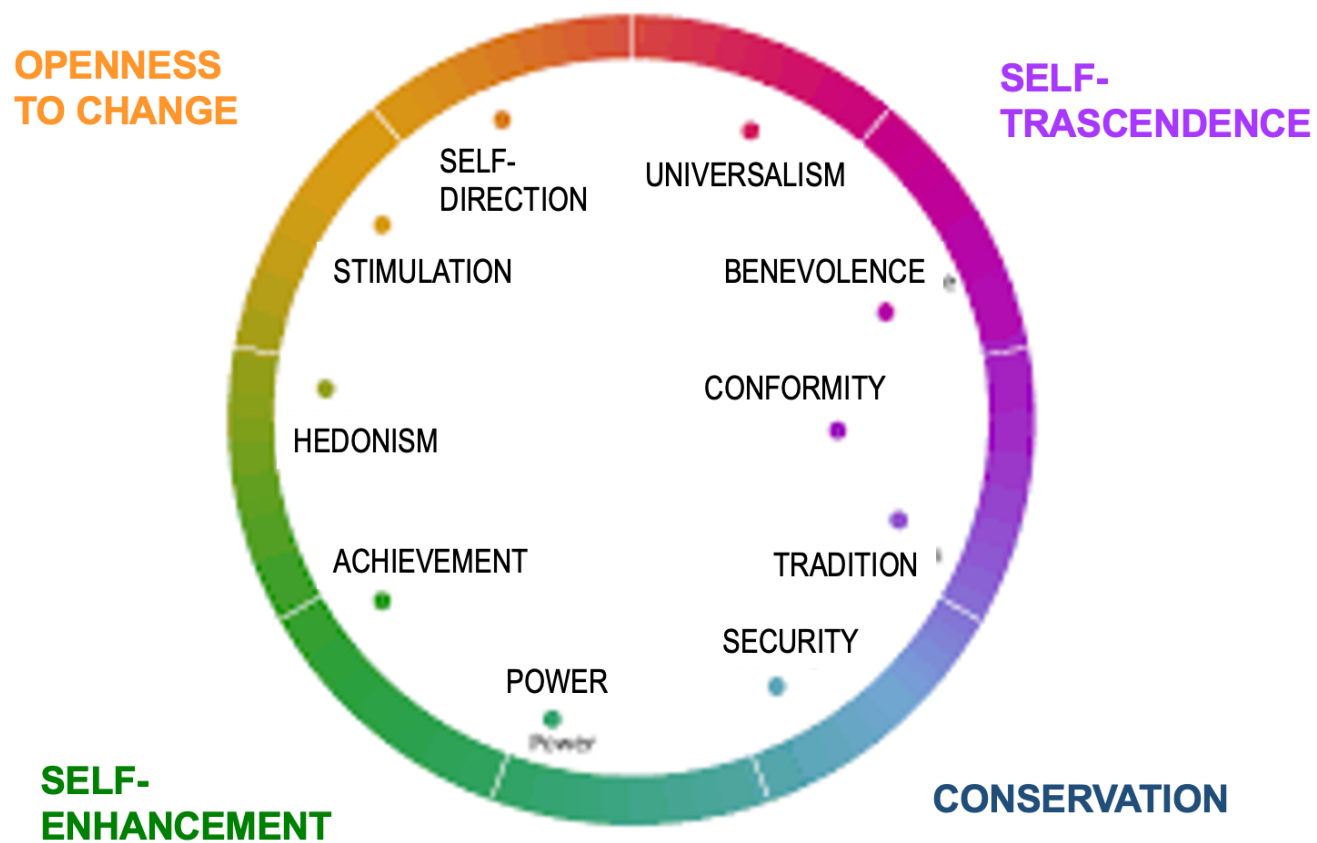
Sono le cose che hanno valore, i valori considerati (e dichiarati) **importanti** da chi lavora nell'organizzazione, le giustificazioni delle scelte e delle strategie.

- ✓ Definiscono le priorità
- ✓ Orientano scelte e comportamenti

Ad esempio:

TRADIZIONE INNOVAZIONE
RISCHIO SICUREZZA
CENTRALITA' DELLE PERSONE DELLA PRODUTTIVITA'
EFFICIENZA QUALITA'
PREVENZIONE COME COSTO COME INVESTIMENTO
COMPETIZIONE INCLUSIONE
EQUITA', SOLIDARIETA' SUCCESSO INDIVIDUALE

VALORI: IL MODELLO CIRCOMPLESSO DI SCHWARTZ



Tema

Un coffee-break con cappuccino e brioche



Testo storia

Era stata fissata una riunione per le 10 del mattino: ci siamo ritrovati tutti intorno al tavolo della sala riunioni ed era presente anche un ragazzo giovane, assunto da poco nell'ufficio relazioni esterne. Nessuno lo conosceva, era la prima occasione in cui lo incontravamo. Durante i lavori lui era molto attento e concentrato, parlava poco. Dopo un'oretta di discussione si decide di sospendere per qualche minuto per l'abituale pausa caffè: chiamiamo il bar e tutti ordinano il solito caffè, da trangugiare velocemente. Era un periodo di super-lavoro e il caffè era per tutti una risorsa importante per mantenere alta l'attenzione nonostante la stanchezza. Il giovane, al suo turno, chiede cappuccino e brioche: «Tanto costa meno di una spremuta!», ha detto. Tutti pensavamo che stesse scherzando: come si fa a pensare di mangiare cappuccino e brioche durante una riunione di lavoro? Ci siamo guardati, qualcuno ha fatto finta di niente, altri hanno riso sotto i baffi. Così il neoassunto è diventato famoso in azienda come il tipo che fa colazione come si deve, con la dovuta calma, non un caffè veloce come tutti gli altri.

Cortese C. (1999).

L'organizzazione si racconta.



(Marcelle Padovani, 1991)

Giovanni Falcone

Cose di cosa nostra

Si può sorridere all'idea di un criminale, dal volto duro come la pietra, già macchiato di numerosi delitti, che prende in mano un'immagine sacra, giura solennemente su di essa di difendere i deboli e di non desiderare la donna altrui. Si può sorriderne, come di un cerimoniale arcaico, o considerarla una vera e propria presa in giro. Si tratta invece di un fatto estremamente serio, che impegna quell'individuo per tutta la vita. Entrare a far parte della mafia equivale a convertirsi a una religione. Non si cessa mai di essere preti. Né mafiosi.

Al momento dell'iniziazione, il candidato o i candidati vengono condotti in una stanza, in un luogo appartato, alla presenza del «rappresentante» della «famiglia» e di altri semplici uomini d'onore. Spesso, questi ultimi sono schierati su un lato, mentre gli iniziandi stanno dall'altro. A volte i candidati vengono tenuti chiusi in una stanza per alcune ore e sono poi fatti uscire uno per volta. A questo punto il rappresentante della famiglia espone ai futuri uomini d'onore le norme che regolano l'organizzazione, affermando prima di tutto che quella che comunemente viene detta mafia si chiama, in realtà, Cosa Nostra. Avverte quindi i nuovi venuti che sono ancora in tempo a rinunciare all'affiliazione e ricorda loro gli ob-

blighi che comporta l'appartenenza all'organizzazione fra cui: non desiderare la donna di altri uomini d'onore; non rubare; non sfruttare la prostituzione; non uccidere altri uomini d'onore, salvo in caso di assoluta necessità; evitare la delazione alla polizia; non mettersi in contrasto con altri uomini d'onore; dimostrare sempre un comportamento serio e corretto; mantenere con gli estranei il silenzio assoluto su Cosa Nostra; non presentarsi mai ad altri uomini d'onore da soli, in quanto le regole impongono che un altro uomo d'onore, conosciuto da coloro i quali devono mettersi in contatto, garantisca la rispettiva appartenenza a Cosa Nostra, pronunciando le parole: «Quest'uomo è la stessa cosa».

Esaurita la spiegazione dei comandamenti, riaffermata dal candidato la volontà di entrare nell'organizzazione, il rappresentante invita i nuovi venuti a scegliersi un padrino tra gli uomini d'onore presenti. Ha quindi luogo la cerimonia del giuramento che consiste nel chiedere a ognuno con quale mano spara e nel praticargli una piccola incisione sul dito indice della mano indicata, per farne uscire una goccia di sangue con cui viene imbrattata una immagine sacra: molto spesso quella dell'Annunziata, la cui festa cade il 25 marzo e che è ritenuta patrona di Cosa Nostra. All'immagine viene quindi dato fuoco e l'iniziato, cercando di non spegnerlo mentre la fa passare da una mano all'altra, giura solennemente di non tradire mai le regole di Cosa Nostra, meritando in caso contrario di bruciare come l'immagine.

Mentre l'indice dell'iniziato viene punto, il rappresentante gli ingiunge in tono severo di non tradire mai, perché si entra in Cosa Nostra col sangue e se ne esce solo col sangue. Particolare curioso: in alcune

famiglie si usa per pungere l'indice una spina di arancio amaro; in altre, invece, una spilla, sempre la stessa (nella famiglia di Riesi il «rappresentante» aveva una spilla d'oro utilizzata esclusivamente per questo rituale); in altre ancora, una spilla qualsiasi.

Il rappresentante o capo della famiglia spiega quindi al neofita i livelli gerarchici della famiglia, della provincia e di Cosa Nostra nel suo insieme. Si sofferma sul «capo decina», il quale, come indica il titolo, è alla testa di dieci (o più) uomini d'onore e al quale l'iniziato farà direttamente capo. Non è ammesso alcun rapporto diretto con il rappresentante. Può tuttavia capitare, soprattutto nel Palermitano, che alcuni uomini d'onore dipendano direttamente da lui, diventando i suoi uomini di fiducia, incaricati dei compiti più delicati e segreti.

Queste sono, con piccole varianti da provincia a provincia, le regole dell'affiliazione come sono state descritte dai pentiti, anche se per necessità la cerimonia può venire abbreviata. In casi di urgenza sono sufficienti anche solo tre uomini d'onore, non importa se appartenenti a famiglie e province diverse. Antonino Madonia, secondo quanto ha raccontato il pentito Calderone, venne affiliato nella prigione dell'Ucciardone a Palermo alla presenza di tre uomini d'onore; e anche Nello Pernice ebbe una cerimonia di affiliazione molto affrettata con un padrino d'eccezione: Luciano Leggio in persona.

Non tutti possono aderire a Cosa Nostra. Quest'università del crimine impone di essere valorosi, capaci di compiere azioni violente e, quindi, di saper uccidere. Ma non è questa la qualità fondamentale. Sapere uccidere è condizione necessaria, ma non sufficiente. Molte altre devono essere soddisfatte. L'ap-

partenza a un ambiente mafioso, i legami di parentela con uomini d'onore costituiscono nella fase iniziale un grande vantaggio. Tra le qualità indispensabili richieste, il pentito Salvatore Contorno ricorda l'essere di sesso maschile, il non avere alcun parente in magistratura e nelle forze dell'ordine...

L'insulto più sanguinoso per un uomo d'onore consiste nell'affibbiargli l'appellativo di «sbirro» o di «infame». Ricordo in proposito che a Trapani negli anni Sessanta, agli inizi della mia carriera, durante un litigio tra Mariano Licari, boss di Marsala, e un altro mafioso, «Sei uno sbirro» gridò il primo. E l'altro ribatté: «Se io sono uno sbirro, tu sei un carabiniere a cavallo». Ho capito, in quel momento, quale viscerale avversione nutra il mafioso nei confronti dei rappresentanti dello Stato.

Tommaso Buscetta, nelle sue confessioni, ha parlato di un'altra regola non scritta della mafia: le decisioni della Commissione devono essere eseguite a qualsiasi costo e il capo della famiglia del territorio su cui viene consumato il crimine deve esserne assolutamente informato. Ha aggiunto poi con tono ironico: «Nessuno troverà mai un elenco degli appartenenti a Cosa Nostra né alcuna ricevuta dei versamenti delle quote. Il che non impedisce che le regole dell'organizzazione siano ferree e universalmente riconosciute».

La cellula base di Cosa Nostra è la «famiglia» con i suoi valori tradizionali: onore, rispetto dei vincoli di sangue, fedeltà, amicizia... Può contare anche duecento o trecento membri, ma la media è di circa cinquanta. Ogni famiglia controlla un suo territorio dove niente può avvenire senza il consenso preventivo del capo. Alla base vi è l'uomo d'onore, o il soldato, che ha un suo peso nella famiglia indipendentemente

dalla carica che vi può ricoprire. Personaggi leggendari in seno a Cosa Nostra come don Calò Vizzini o Giuseppe Genco Russo o Vincenzo Rimi sono rimasti per tutta la vita soldati, a dispetto della loro influenza e del loro prestigio. Lo stesso è avvenuto nel caso di Tommaso Buscetta.

I soldati eleggono il capo, che chiamano rappresentante, in quanto tutela gli interessi della famiglia nei confronti di Cosa Nostra. L'elezione si svolge a scrutinio segreto ed è preceduta da una serie di sondaggi e di contatti. Quasi sempre l'elezione conferma all'unanimità il candidato prescelto. Una volta eletto, questi nomina un vice e a volte anche uno o più consiglieri. Tra capo e soldato si situa il capo decina.

Tutto ciò pone in rilievo quanto gerarchizzata sia la mafia. Altro livello gerarchico: i capi delle diverse famiglie di una medesima provincia (Catania, Agrigento, Trapani...) nominano il capo di tutta la provincia, detto rappresentante provinciale. Questo vale per tutte le province con l'eccezione di Palermo, dove più famiglie contigue su uno stesso territorio (in genere tre) sono controllate da un «capo mandamento», una specie di capo zona, che è anche membro della famosa Commissione o Cupola provinciale. A sua volta questa Cupola nomina un rappresentante alla Commissione regionale, composta di tutti i responsabili provinciali di Cosa Nostra: è questo il vero e proprio organo di governo dell'organizzazione. Gli uomini d'onore la chiamano anche «la Regione», con riferimento all'unità amministrativa.

La Regione emana i «decreti», vota le «leggi» (come per esempio quella che proibisce i sequestri di persona in Sicilia), risolve i conflitti tra le varie province. Prende inoltre tutte le decisioni strategiche.

Attorno a Cosa Nostra



ASSUNTI DI BASE

Costituiscono il livello profondo di pensiero che guida il comportamento pubblico, sono gli aspetti gradualmente condivisi e dati per scontati, perlopiù **inconsapevoli** e talvolta inconsci.

Toccano profondamente le **emozioni** e l'**identità** delle persone.

Sono il frutto della *storia* dell'organizzazione, del processo collettivo di apprendimento.

DI COSA PARLANO GLI ASSUNTI?

- AMBIENTE ESTERNO
- NATURA UMANA
- RELAZIONI UMANE
- NATURA DELLA REALTA' E VERITA'
- TEMPO E SPAZIO

ALCUNI ESEMPI DELLA RELAZIONE TRA CULTURA ORGANIZZATIVA E SICUREZZA: MODELLI CULTURALI PER LA SAFETY



Un esempio: UNA RICERCA-INTERVENTO PER LA SAFETY, CON I FARMACISTI

FOCUS
GROUP

Sono stati coinvolti, in una discussione attiva, farmacisti con diverse competenze e ruoli e operanti in diversi contesti, al fine di

- 1) far emergere aspetti sulla natura della propria cultura sulla safety di cui erano poco consapevoli,
- 2) declinare nel contesto "farmacie" il costrutto di safety culture.

–Obiettivo: studiare il self-assessment della cultura di safety nel proprio ambiente di lavoro.
–Partecipanti: 67 community pharmacist (UK)
–Metodo: 10 focus group



Ashcroft, D.M., Morecroft, C., Parker, D., & Noyce, P.R. (2005). Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *BMJ Quality & Safety*, 14(6), 417-421.

<u>Level of org. safety culture</u>	Learning following an incident
Level 1: PATHOLOGICAL Why do we need to waste our time on risk management and safety issues?	This is not a learning organisation as no attempts are made to learn from incidents <u>unless imposed</u> by the pharmacy inspectors. The aim of the pharmacy after an incident is to “paper over the cracks” and <u>protect itself</u> . The pharmacy considers that it has been successful <u>when the inspectors do not become aware of an incident</u> . <u>No changes</u> are made after an incident apart from those directed at the individuals concerned.
Level 2: REACTIVE We take risk seriously and do something every time we have an incident.	Little if any learning occurs, and what does take place only relates to the amount of irritation that the manager/owner has experienced. All learning is specific to the particular incident. <u>Any changes made after an incident are not maintained</u> as they are knee jerk <u>reactions to individual errors</u> and are devised and imposed by the manager/owner. Consequently, similar incidents tend to recur.
Level 3: CALCULATIVE We have systems in place to manage all likely risks.	Some systems are in place to enable learning to take place but the lessons learnt are not communicated throughout the pharmacy. This learning results in some enforced <u>local changes that relate directly to the specific incident</u> . The manger/owner decides on the changes that need to be introduced and this lack of staff involvement leads to changes not being integrated into working patterns.
Level 4: PROACTIVE We are always on the alert, thinking about risks that might emerge.	The pharmacy has a learning tradition and systems exist to share learning, such as <u>reflection</u> and <u>audit</u> . Members of staff are actively involved in deciding what changes are needed and there is a real commitment to change throughout the pharmacy. Hence, changes are maintained. The pharmacy looks for learning opportunities and is keen to learn from others’ experiences. The learning that follows incidents is used in forward planning. It is an open self-confident pharmacy.
Level 5: GENERATIVE Risk management is an integral part of everything we do.	The pharmacy learns and shares information about incidents with staff and other pharmacies. It is committed to sharing this learning both within the pharmacy and with other community pharmacies. Incidents are <u>openly discussed</u> where <u>all staff feel able to contribute</u> . Incidents are <u>seen as a learning opportunity</u> ; they are inevitable but learning can occur to reduce their likelihood of occurrence. Learning within the pharmacy is evaluated. Improvements in practice occur without a trigger of an incident as the culture is one of <u>constant improvement</u> .

Un esempio: UNO STUDIO SUI FATTORI PSICOSOCIALI PER LA SAFETY

INTER-
VISTE

Sono stati coinvolti partecipanti che svolgono lavori rischiosi (es. poliziotto, sommozzatore, tecnico di una compagnia elettrica, ...).

- campionamento intenzionale al fine di indagare al meglio la questione della safety
- lasciar spazio ai partecipanti di raccontare in profondità le loro storie

Emergono fattori psicosociali usualmente non considerati dalla ricerca ma rilevanti per gli intervistati (*funzione integrativa della metodologia qualitativa*):

The results suggest that important organizational factors, in addition to job design and engineering systems, may be overlooked when identifying the causes of workplace accidents.

Such factors include early socialization, and the need to portray a positive image.

- Obiettivo: rilevare i fattori che influenzano i comportamenti per la safety
- Partecipanti: 7 lavoratori operanti in contesti low-safe
- Metodo: interviste semi-strutturate in profondità



Mullen, J. (2004). Investigating factors that influence individual safety behavior at work. *Journal of Safety Research*, 35(3), 275-285.

Un esempio: VALIDAZIONE DI UNO STRUMENTO PER L'ERROR CULTURE

INTERV.
+QUEST.

Ad esempio van Dyck et al. fanno una ricerca sull'**Error Management Culture**, con un approccio mixed methods: intervistano 16 managers di aziende operanti in diversi settori usando la **CII**, e somministrano ai dipendenti un **questionario** sull'EMC.



Malgrado attraverso il questionario i partecipanti sostengano che la loro azienda è abbastanza orientata verso l'EMC (media 3,22 likert 1/5), i risultati delle interviste sono **dissonanti**:

An interesting finding of our qualitative study was the absence of mission statements and organizational visions concerning errors. Only 1 of the 16 managers indicated that their organization had an explicit approach to errors, which, in this particular case, focused on error prevention.

Ten other managers indicated that their organization did not have a specific vision regarding errors.

The remaining 5 managers indicated that errors had never been discussed on the organizational level.

Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M., & Sonnentag, S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: A two-study replication. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1228.

Un esempio: UNO STUDIO SUI COMPORTAMENTI DI SAFETY ALLA GUIDA

OSSER-
VAZIONE

I ricercatori osservano gli automobilisti durante **comportamenti** spontanei di guida, quando sono fermi (semaforo-stop) e quando sono in movimento, scoprendo che non ci sono differenze significative nei comportamenti nelle diverse condizioni...

- Obiettivo: rilevare l'uso della cintura di sicurezza
- Partecipanti: automobilisti (conducente e passeggeri)
- Metodo: osservazione in diversi contesti: 3 città, 2 tipi di strade



Eby, D.W., Streff, F.M., & Christoff, C. (1996). A comparison of two direct-observation methods for measuring daytime safety belt use. *Accident Analysis & Prevention*, 28(3), 403-407.

OSSERVAZIONE NATURALISTICA

L'osservazione di comportamenti spontanei in ambienti naturali (es. contesto di lavoro), consente di rilevare comportamenti e pratiche in uso rispetto ad alcune tematiche specifiche.



Di solito è utile quando:

- il ricercatore conosce poco il contesto/job specifico
- bisogna contestualizzare strumenti di indagine
- il fenomeno è relativamente nuovo
- si ipotizza che i comportamenti cambino in diversi contesti
- si intende finalizzare l'indagine a possibili interventi (action-research)
- si ipotizza che gli attori abbiano bassa consapevolezza dei loro comportamenti o che siano temi ad alta desiderabilità sociale

2

APPROCCI CULTURALI ALLA GESTIONE DELL'ERRORE



ERRARE



ERRORE: dal verbo latino *erro* con il significato di vagare, errare.

- ➔ Indica etimologicamente "deviazione dalla giusta via" (*error viarum*).
- ➔ Implica l'idea di una "*reconductio ad ortum*" (la retta via...)



NORMA / SCARTO DALLA NORMA

ERRORI: DEFINIZIONE

Gli errori possono essere definiti come:

“**unintended deviations** from goals, standards, a code of behavior, the truth, or from some true value” [Merriam-Webster, 1967].

In base alla Action Theory, si può parlare di errore quando la persona ha, almeno in parte, il **controllo** sull'azione da compiere.

[Frese & Sabini, 1985; Hacker, 1986; Volpert, 1987, Zapf et al., 1992]

Possono dunque essere identificati tre elementi definitivi:

- gli errori sono tali all'interno di **azioni “goal-oriented”**
- implicano il **mancato raggiungimento dell'obiettivo**
- debbono essere **potenzialmente evitabili**

[Freese & Peters, 1988; Norman, 1984, Rasmussen, 1987; Reason, 1987, 1990].

PERCHE' ACCADONO? UNA TASSONOMIA



COMPORTAMENTI INVOLONTARI (conoscenze corrette)

- **SLIPS**: disattenzioni, sbagli involontari di esecuzione del piano d'azione, bias cognitivi
- **LAPSUS** della memoria, dimenticanze



DECISIONI ERRONEE (azione deliberata e corretta)

- Deviazioni da una pratica standard (**RULE-BASED MISTAKES**)
- Mancanza di conoscenze in una situazione nuova, applicazione di regole inadatta (**KNOWLEDGE-BASED MISTAKES**)

LE H.R.O.

Alcune organizzazioni e ambiti professionali operano quotidianamente in condizioni di alto rischio ed in condizioni complesse.



High Reliability Organizations (Organizzazioni ad Alta Affidabilità)

Ad esempio i centri di coordinamento (controllo del traffico aereo, centri d'emergenza, ecc.), i piloti, le sale operatorie e gli ospedali, i sistemi del trasporto, i gruppi che operano in condizioni estreme, ecc.



Le HRO sono organizzazioni in cui...

- a causa della complessità ambientale – e, specularmente, dei processi organizzativi e delle competenze tecnico-professionali necessarie – è più **probabile** confrontarsi con eventi critici e compiere azioni errate;
- le **conseguenze** degli eventuali errori hanno un effetto maggiormente negativo (es. producono esiti mortali, hanno un impatto sull'intera organizzazione o sull'ambiente esterno, determinano costi economici e/o sociali rilevanti o un danno di lungo periodo, ecc.).



UN ESEMPIO

'60/'70 → ASPETTI TECNICI

'70/'80 → COMPONENTE UMANA

'80/'90 → **FATTORI SOCIO-TECNICI**



Video dell'incidente:

<https://www.youtube.com/watch?v=j4JOjCDftBE>

Space Shuttle Challenger (1986)

Disastro in cui morirono i sette astronauti a bordo. Tra loro la prima insegnante presente in un programma spaziale, con gli studenti di tutto il mondo che aspettavano la sua lezione di scienze trasmessa dallo spazio.

La rottura di una guarnizione (a causa del gelo) provocò una fuoriuscita di fiamme con conseguente cedimento del serbatoio.

Le analisi successive indicarono un difetto nella progettazione degli O-ring, ma anche la concomitanza di anomale basse temperature (che ne hanno ridotto la resilienza).

Sembra inoltre che gli ingegneri che li progettaron fossero a conoscenza del problema e avvertirono la NASA di non effettuare il lancio. La commissione di inchiesta evidenziò un cedimento della "cultura della sicurezza" della NASA.

UN ESEMPIO

'60/'70 → ASPETTI TECNICI

'70/'80 → COMPONENTE UMANA

'80/'90 → **FATTORI SOCIO-TECNICI**

L'incidente di Chernobyl (1986)

Il più grave incidente nucleare mai verificatosi. Nel corso di un test definito "di sicurezza", il personale si rese responsabile della violazione di svariate norme di sicurezza, portando a un brusco e incontrollato aumento della potenza di uno dei reattori, provocando l'innalzamento della temperatura e della pressione, con la rottura delle tubazioni del sistema di raffreddamento del reattore. Questo innescò una fortissima esplosione, che provocò lo scoppiamento del reattore e di conseguenza causò un vasto incendio.



Una nuvola di materiale radioattivo fuoriuscì dal reattore e ricadde su vaste aree intorno alla centrale, contaminandole pesantemente e rendendo necessaria l'evacuazione di circa 336 000 persone. Si stimano fino a 6.000.000 di decessi su scala mondiale nel corso di 70 anni a causa dei tumori riconducibili al disastro.

Le analisi successive hanno mostrato come l'evento sia il risultato di un'impressionante catena di errori e mancanze, riguardanti sia le caratteristiche intrinseche del tipo di macchina, sia errori di progetto in alcuni particolari meccanici, sia il sistema di gestione economico e amministrativo (per cui la centrale elettrica risultava priva di personale qualificato sulle caratteristiche tecniche dell'impianto), sia per la scelta del personale direttivo di tenere all'oscuro gli operatori dei problemi tecnici del reattore, sia infine della loro decisione di effettuare un rischioso "esperimento" che portò all'incidente (effettuato con errori di coordinamento e manovre incaute e sfortunate).

Questi elementi

- rendono necessaria una concezione **socio-
tecnica** dei fattori causali degli incidenti;
- sollecitano queste organizzazioni a diventare "**learning organizations**", cioè organizzazioni orientate ad apprendere, anche dai propri errori, e a cambiare flessibilmente di conseguenza.

DUE GRANDI "SALTI" DI PROSPETTIVA PER LO STUDIO DEGLI ERRORI

Per lo studio degli errori in ambito organizzativo sono stati utilizzati, nel tempo, focus di analisi diversi rispetto:

- al LIVELLO DI ANALISI adottato (individuo vs organizzazione)



PERSON APPROACH
versus
SYSTEM APPROACH [Reason, 2000]

- alla FASE TEMPORALE del processo privilegiata (pre vs post)



ERROR PREVENTION [Reason, 1990]
versus
ERROR MANAGEMENT [Frese, 1991, 1995]

DUE GRANDI "SALTI" DI PROSPETTIVA PER LO STUDIO DEGLI ERRORI

Per lo studio degli errori in ambito organizzativo sono stati utilizzati, nel tempo, focus di analisi diversi rispetto:

- al LIVELLO DI ANALISI adottato (individuo vs organizzazione)



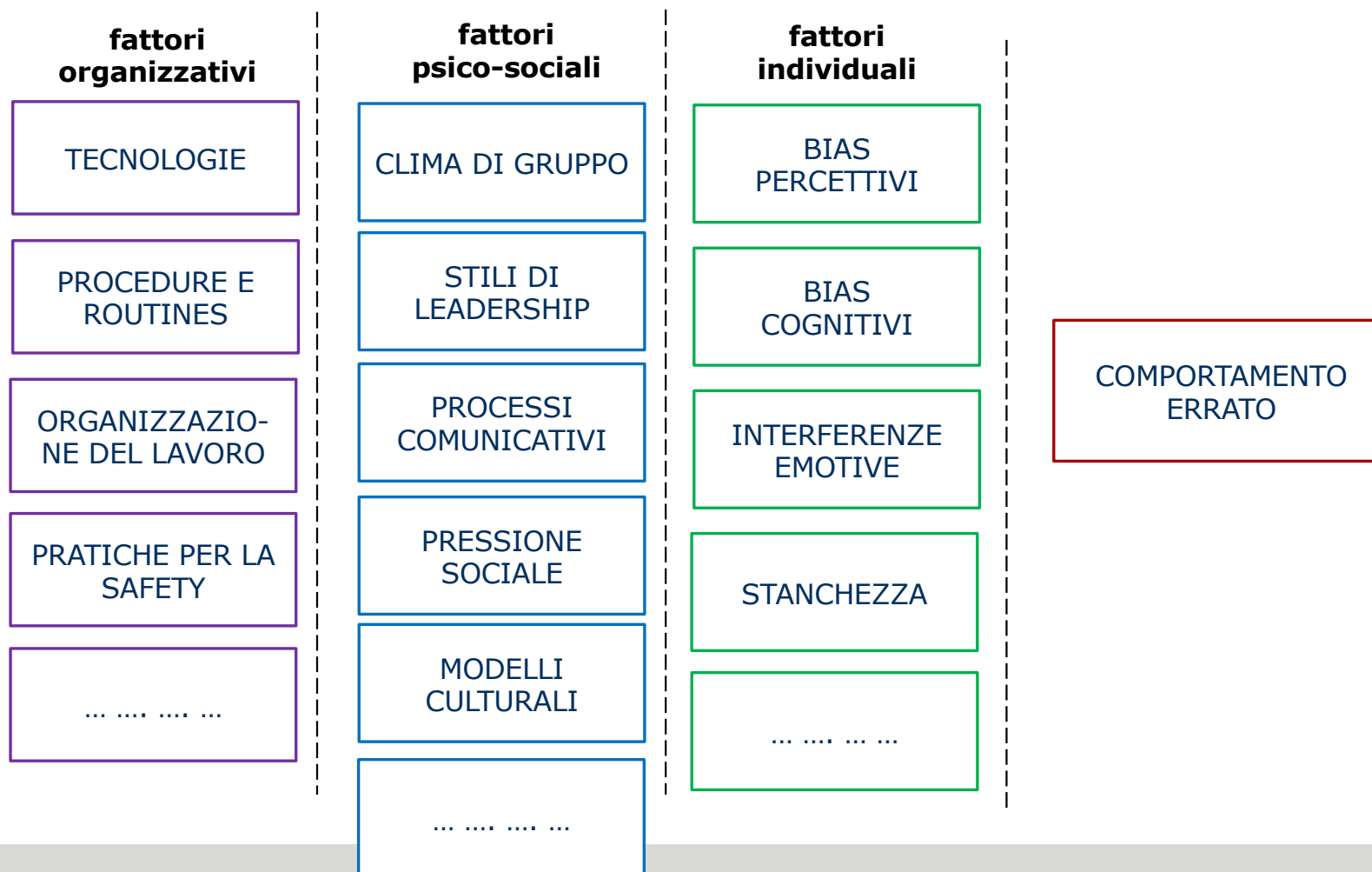
PERSON APPROACH
versus
SYSTEM APPROACH [Reason, 2000]

- alla FASE TEMPORALE del processo privilegiata (pre vs post)



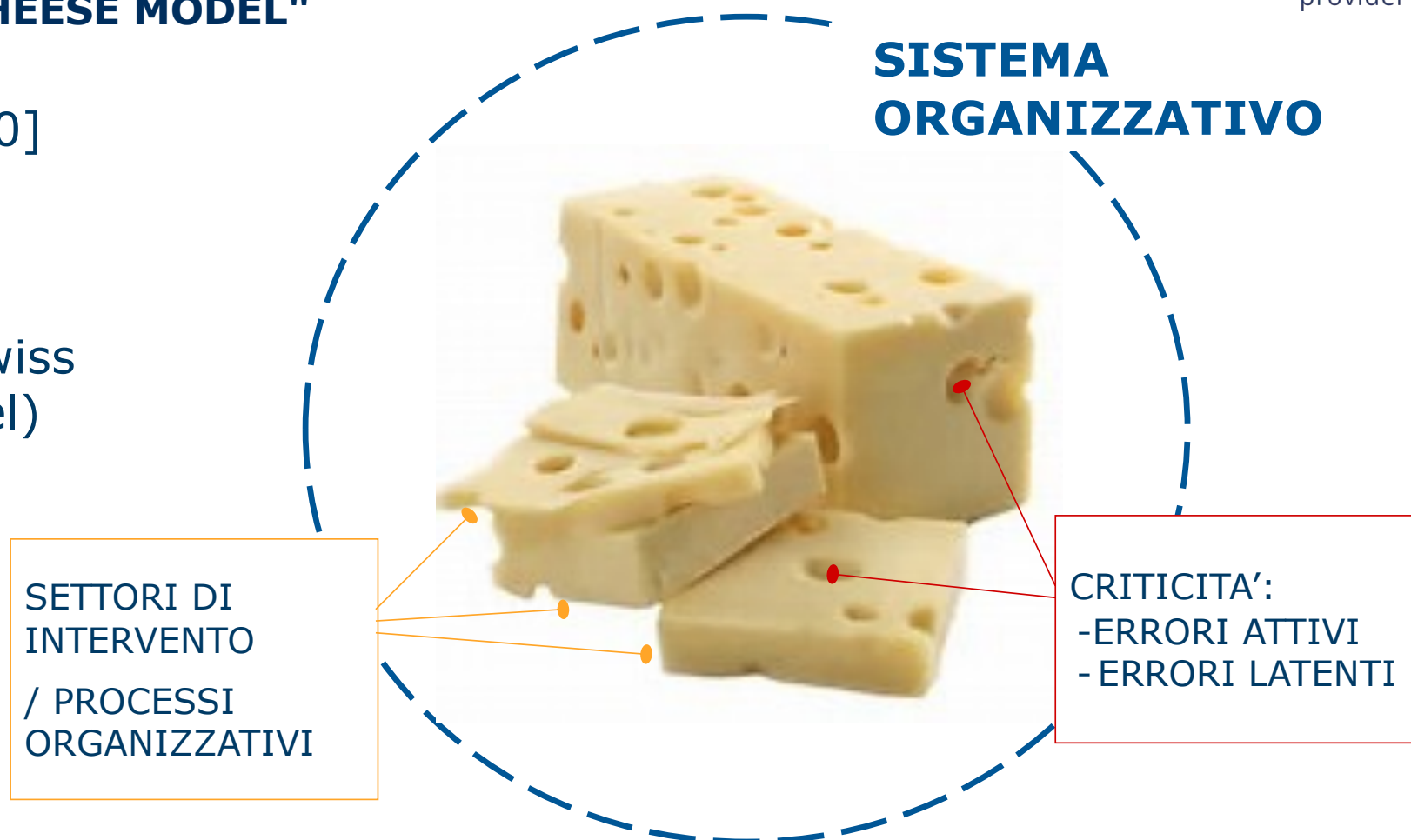
ERROR PREVENTION [Reason, 1990]
versus
ERROR MANAGEMENT [Frese, 1991, 1995]

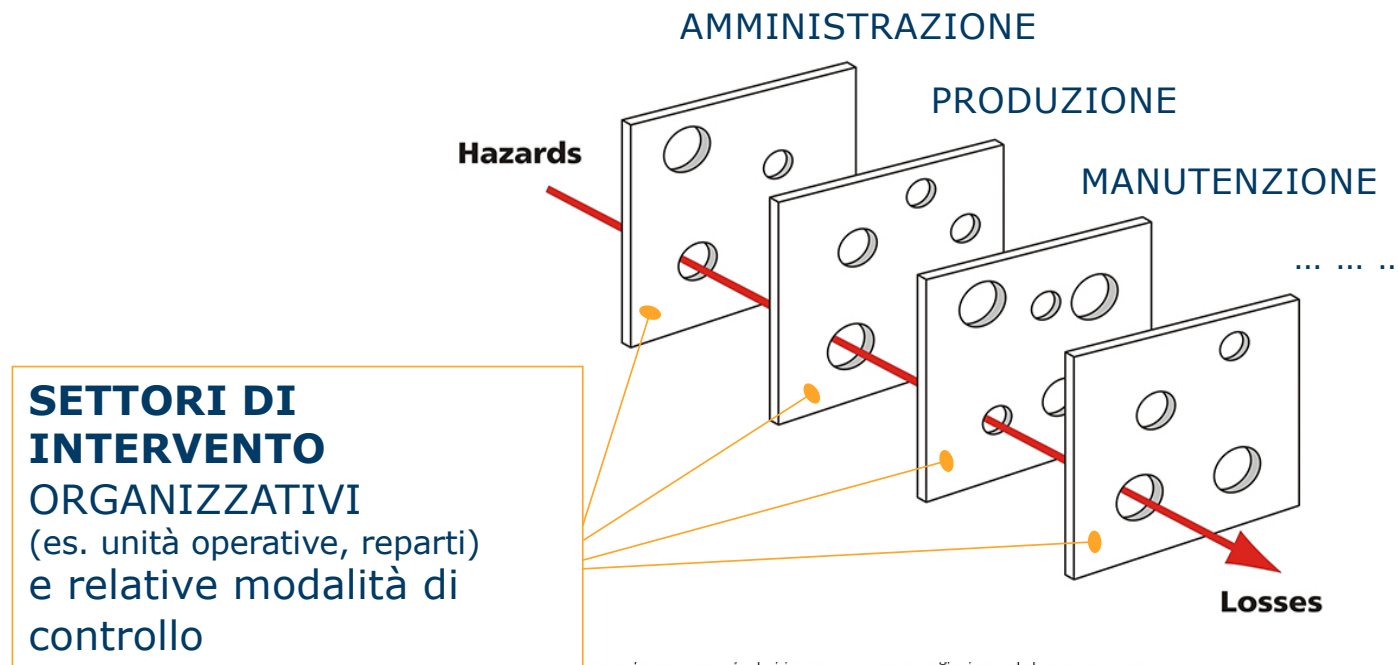
LIVELLI DI ANAUSE DI POSSIBILI CAUSE DI ERRORE

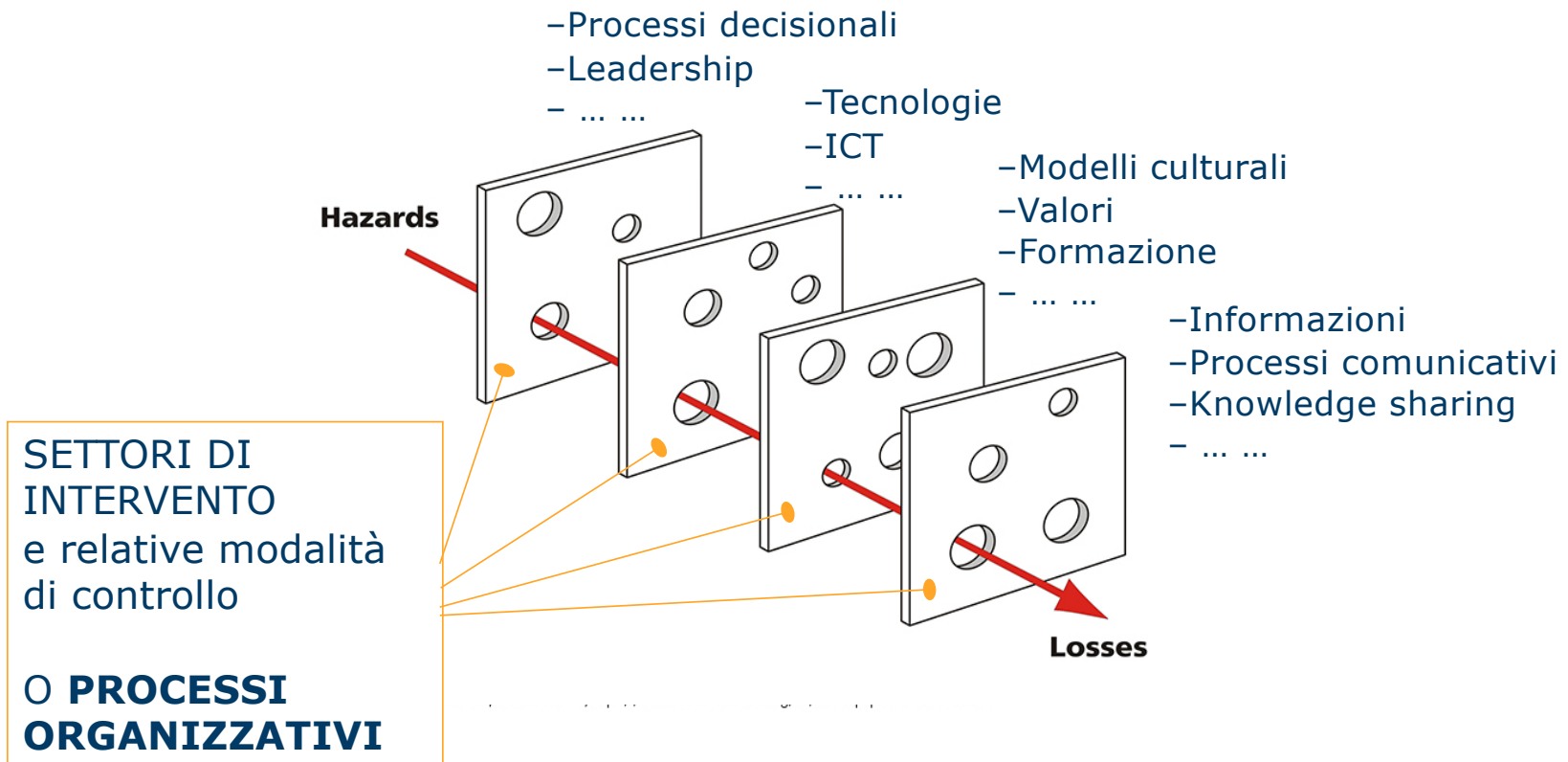


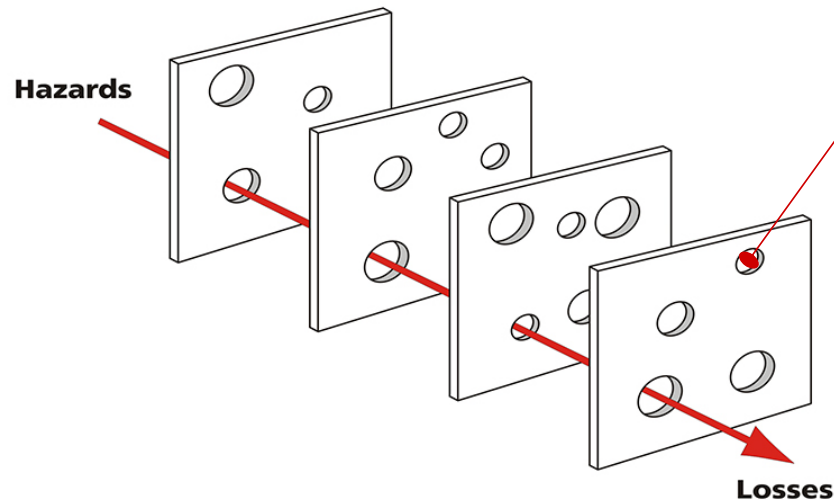
LO "SWISS CHEESE MODEL"

Reason [1990]
propone il
"modello del
formaggio
svizzero" (Swiss
Cheese Model)







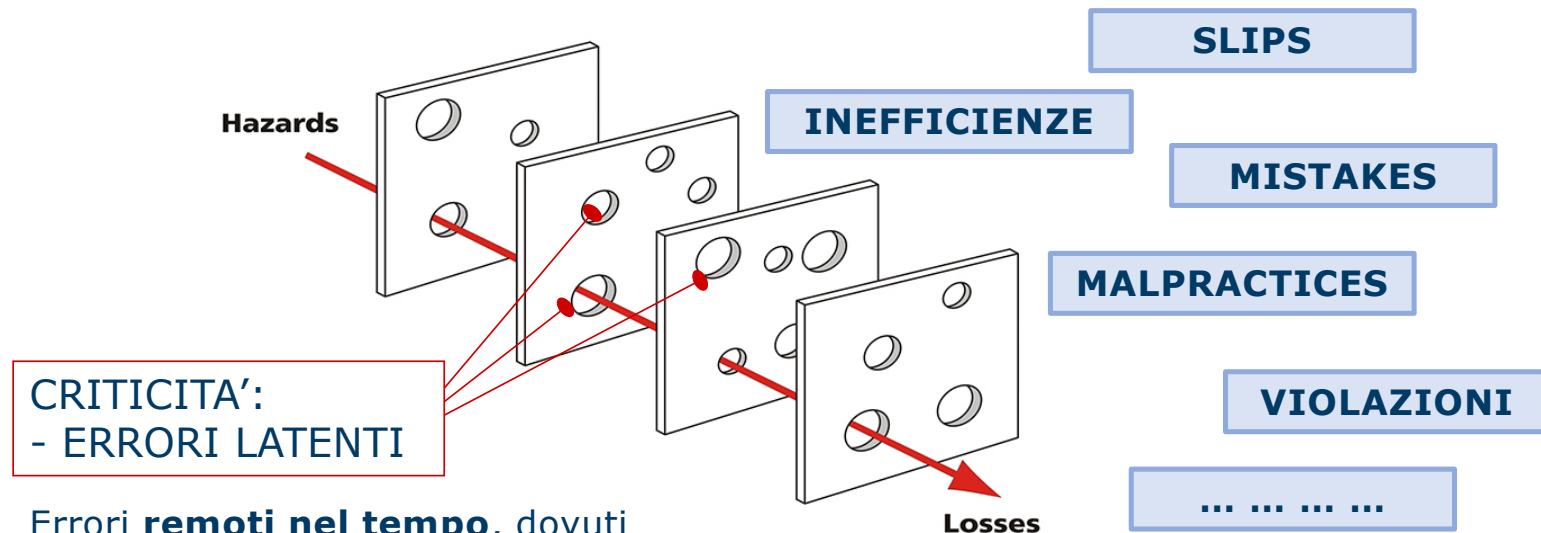


CRITICITA': - ERRORI ATTIVI

Falle generate dagli operatori nella **fase finale** del processo di lavoro (azioni errate /malpractices individuali, degli operatori del front-line).

Sono errori:

- manifesti, dagli effetti immediatamente percepibili, facili da individuare
- mobili, si aprono e si chiudono con rapidità (difficili da prevedere)
- spesso non hanno conseguenze o sono poco gravose (v. near miss).



Errori **remoti nel tempo**, dovuti a fattori decisionali, progettuali, di processo del sistema.

Determinano CONDIZIONI DI RISCHIO.

Sono errori:

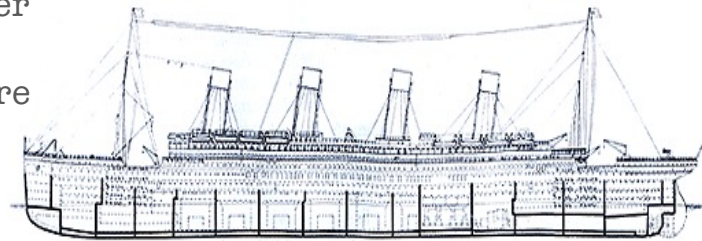
- presenti in modo diffuso nel sistema organizzativo
- in fasi lontane del processo
- a bassa consapevolezza (difficili da individuare, insiti nelle routine)
- radicati (difficili da modificare).



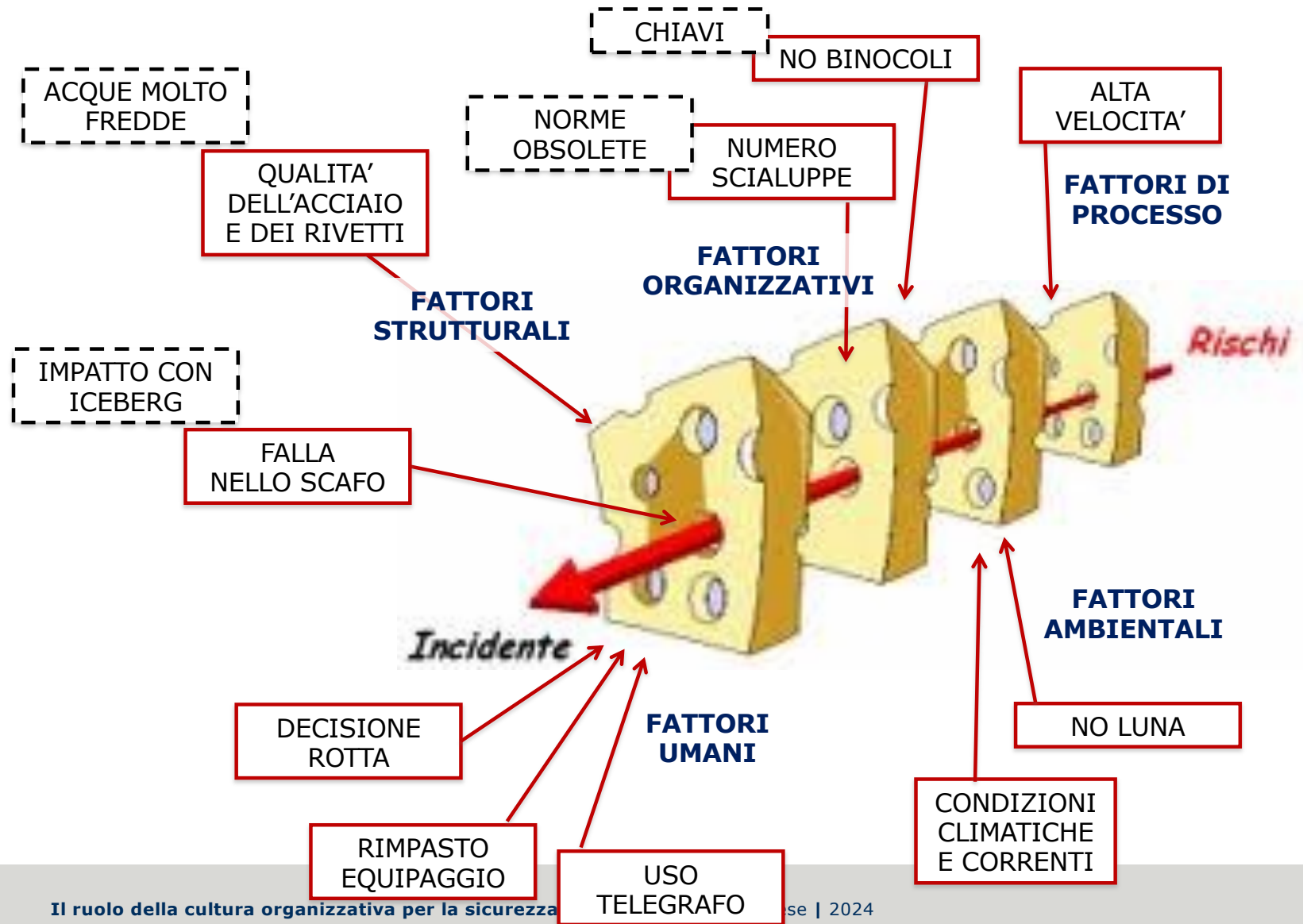
UN ESEMPIO: IL TITANIC

IL TITANIC

Chiamato l' "inaffondabile" per l'affidabilità attribuita alla progettazione (capace di stare a galla anche se alcuni compartimenti avessero imbarcato acqua).



14 aprile 1912, impatto con un iceberg. L'iceberg produce danni limitati e l'area danneggiata non è molto grande: lungo un troncone di scafo lungo 35 metri sono state rilevate sei sottili fessure che in totale coprono la superficie di un metro quadro circa. Tuttavia... **il Titanic si inabissa, causando oltre 1500 morti.**



Un ulteriore fattore:

ECCESSO DI
SICUREZZA E OTTIMISMO



L' "EFFETTO TITANIC"

In alcuni casi l'eccesso di controllo (o l'illusione di...) è la principale causa del verificarsi di errori: la gravità con la quale un sistema sbaglia è direttamente proporzionale all'intensità del credo del progettista che ciò non possa accadere.

“Nella mia esperienza non sono mai stato coinvolto in un incidente degno di questo nome.

Non ho mai visto una nave in difficoltà sulle rotte che ho percorso, non ho mai visto un naufragio né vi sono stato coinvolto io stesso, e neppure mi sono mai trovato in una situazione che minacciasse di trasformarsi in un disastro”.

(E.J. Smith,
comandante del RMS Titanic)

DUE GRANDI "SALTI" DI PROSPETTIVA PER LO STUDIO DEGLI ERRORI

Per lo studio degli errori in ambito organizzativo sono stati utilizzati, nel tempo, focus di analisi diversi rispetto:

- al LIVELLO DI ANALISI adottato (individuo vs organizzazione)



PERSON APPROACH
versus
SYSTEM APPROACH [Reason, 2000]

- alla FASE TEMPORALE del processo privilegiata (pre vs post)



ERROR PREVENTION [Reason, 1990]
versus
ERROR MANAGEMENT [Frese, 1991, 1995]

CONCEZIONE DEGLI ERRORI

ERRORI → DANNI

Gli errori hanno un costo **economico** ma anche **umano** per i lavoratori e i clienti-utenti delle organizzazioni:

"Errors have a human cost because error correction can be time consuming and frustrating, and some workplace errors have severe consequences for individuals and for organizations" [Keith & Frese, 2008].

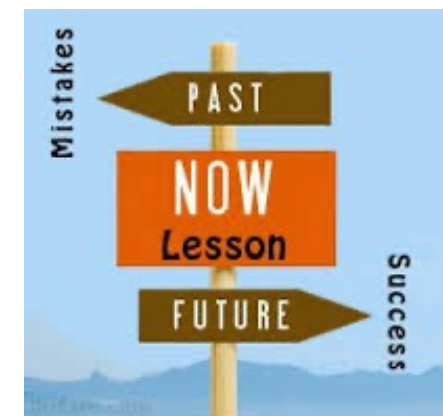
→ Controllo, protezione, prevenzione (riduz. rischi), contenimento delle conseguenze negative.

ERRORI → APPRENDIMENTO

Gli errori sono un **feedback negativo**, e dunque rappresentano una informazione preziosa per il miglioramento dei processi lavorativi:

Errors can contribute to learning in individuals [Frese, 1995; Nordstrom, Wendland, & Williams, 1998].

→ Analisi delle conseguenze e delle cause, apprendimento, innovazione.

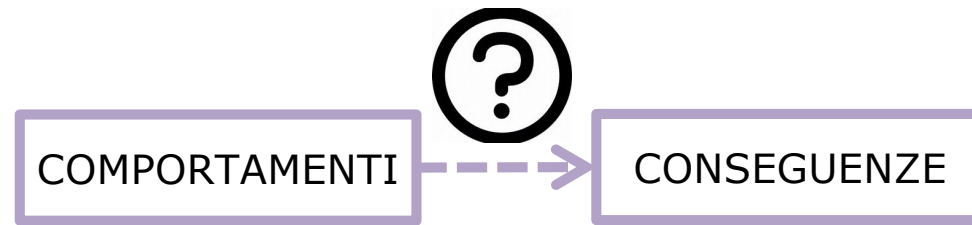


LE CONSEGUENZE DEGLI ERRORI

Gli errori hanno diverse possibili conseguenze

- su diversi "**oggetti**": es. sull'operatività e le procedure, sulla salute fisica, sui risultati e la relazione con i clienti, ...
- di diversa **entità** (a prescindere dalla gravità dell'azione errata): da **nessuna** conseguenza... a conseguenze **modeste**... a conseguenze **gravi** (incidenti, infortuni, danni economici ingenti, catastrofi, emergenze)
- di diversa **valenza**: negative, ma anche (alcune) conseguenze **positive**





➔ **NON C'E' UN NESSO DETERMINISTICO TRA AZIONI ERRATE E CONSEGUENZE DEGLI ERRORI:**

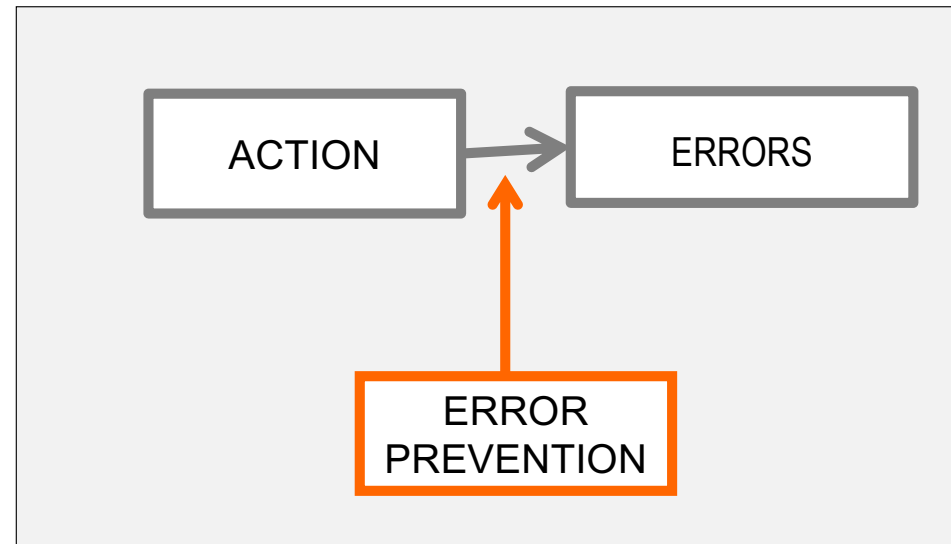
- ✓ Infatti.... **errori anche piccoli** (es. sviste) **possono determinare gravi conseguenze negative**
- ✓ e viceversa... **le azioni corrette talvolta producono conseguenze negative** (es. applicazione di un sapere obsoleto; stagnazione; inefficienze)
- ✓ **non tutte le azioni errate generano conseguenze negative** (caso)
- ✓ e perfino... **le azioni errate possono generare conseguenze positive** (es. serendipità, apprendimento, innovazione)

ALCUNI ESEMPI DI CONSEGUENZE POSITIVE DI ERRORI



PREVENZIONE DEGLI ERRORI

Le politiche per la prevenzione partono dall'assunto di **governo dell'incertezza** al fine di *impedire che si verifichino comportamenti errati* (prevedibilità di tutti gli scenari futuri, controllo su tutte le possibili cause, governo ottimale delle conseguenze, ecc.), aumentando così l'affidabilità dell'organizzazione.



TUTTAVIA....

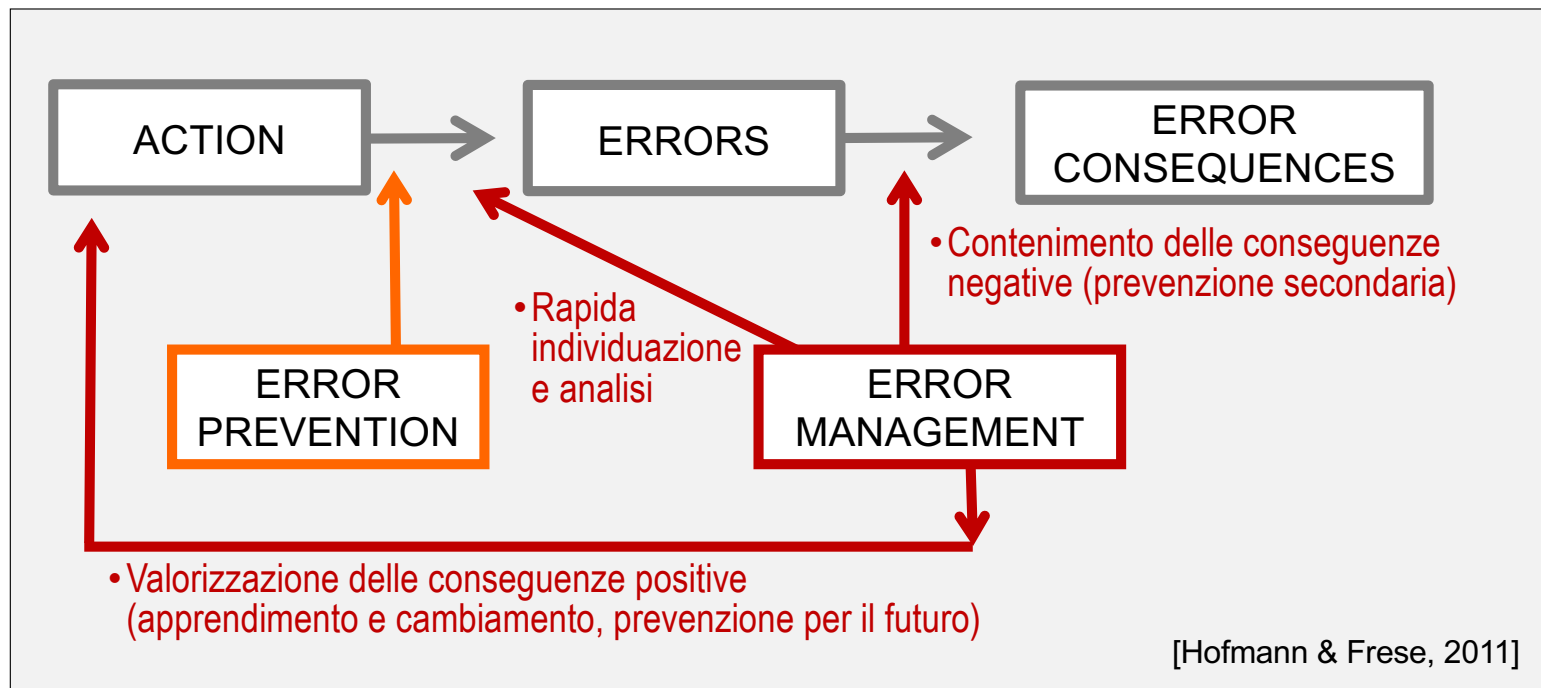
- Pur rimanendo l'obiettivo verso cui tendere, non è possibile prevenire tutti gli errori (per complessità, inerzia, bias, ecc.)
- Alla loro realizzazione concorrono molti fattori e diversi livelli sociali (individui, gruppi, sistemi organizzativi)
- Gli errori possono avere conseguenze negative ma anche positive

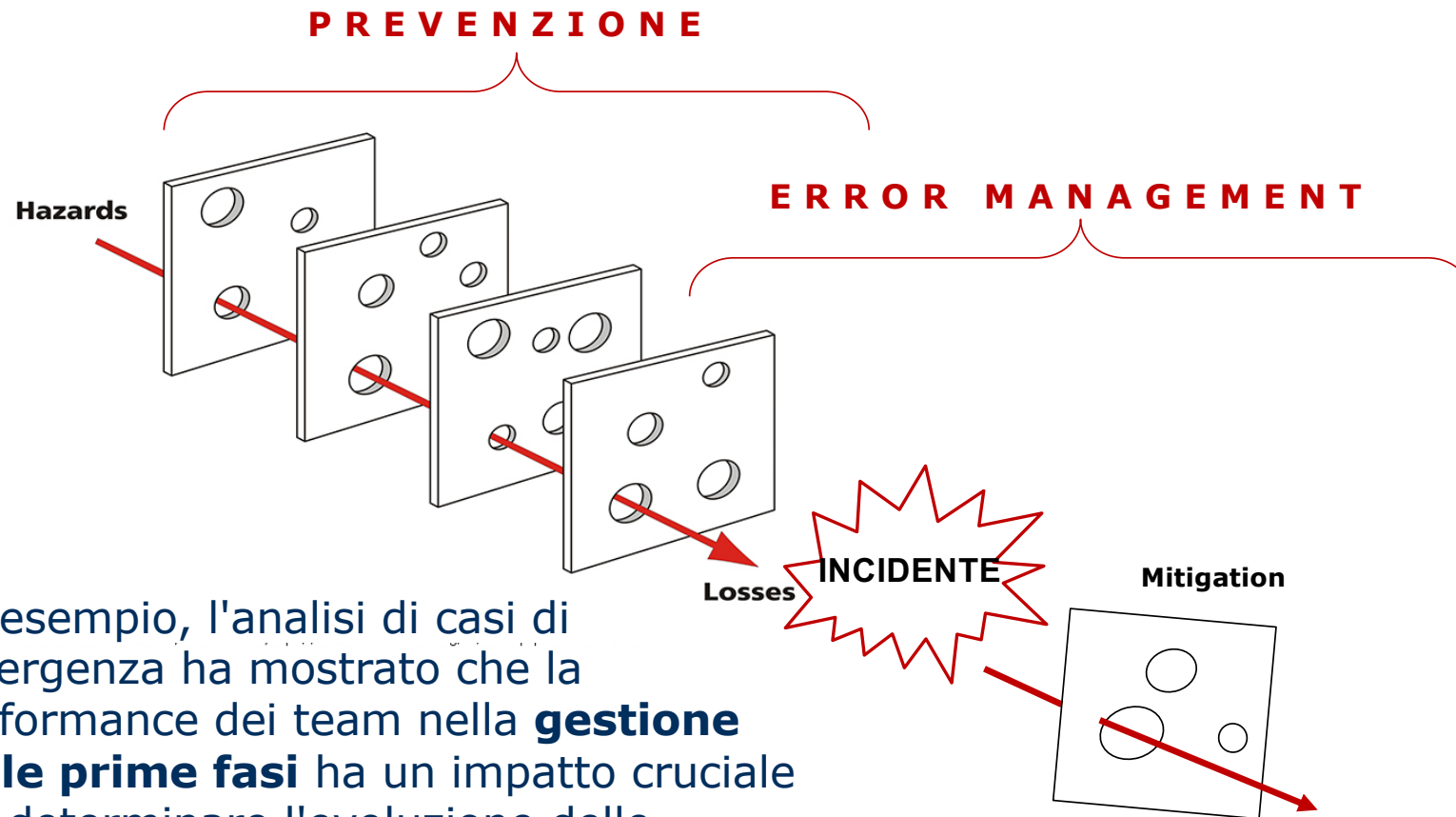


• Frese, M., & Keith, N. (2015). Action errors, error management, and learning in organizations. *Annual Review of Psychology*, 66, 661-687.

LA GESTIONE DEGLI ERRORI

La gestione degli errori distingue gli errori dalle loro conseguenze, cercando di ridurre le possibili conseguenze negative di comportamenti errati e di valorizzare le possibili conseguenze positive (apprendimento).





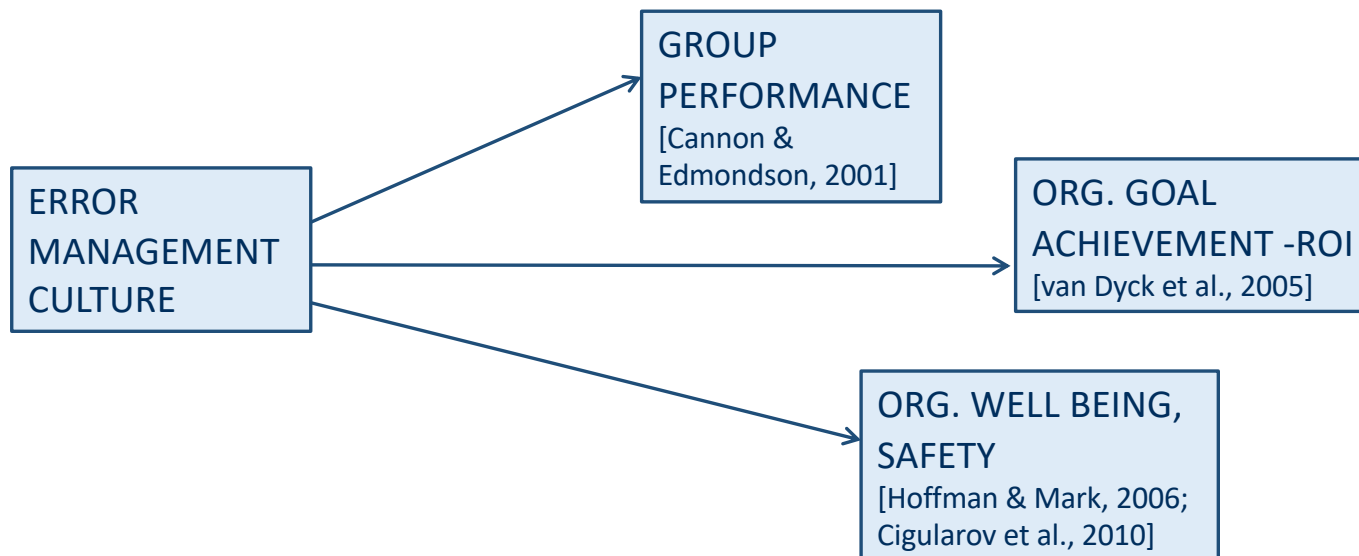
Ad esempio, l'analisi di casi di emergenza ha mostrato che la performance dei team nella **gestione delle prime fasi** ha un impatto cruciale nel determinare l'evoluzione delle conseguenze (tenendo sotto controllo il potenziale aumento esponenziale).

- Crichton, M. T., & Flin, R. (2004). Identifying and training non-technical skills of nuclear emergency response teams. *Annals of Nuclear Energy*, 31(12), 1317-1330.

EFFETTI DELL'ERROR MANAGEMENT CULTURE

Gli studiosi sostengono che organizzazioni con culture organizzative orientate all'error management abbiano nel medio-lungo termine, una migliore performance e successo [Cannon & Edmondson, 2005; Hammond & Farr, 2011; Keith & Frese, 2010].

Alcuni studi empirici mostrano come l'error management influenzi positivamente alcuni esiti di livello organizzativo e di gruppo. Ad esempio:



PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ERRORI SINERGIA O ANTAGONISMO TRA I DUE APPROCCI?



La letteratura scientifica suggerisce una **lettura integrata del processo, in cui l'approccio dell'error management è sinergico e sequenziale** rispetto a quello della prevenzione.

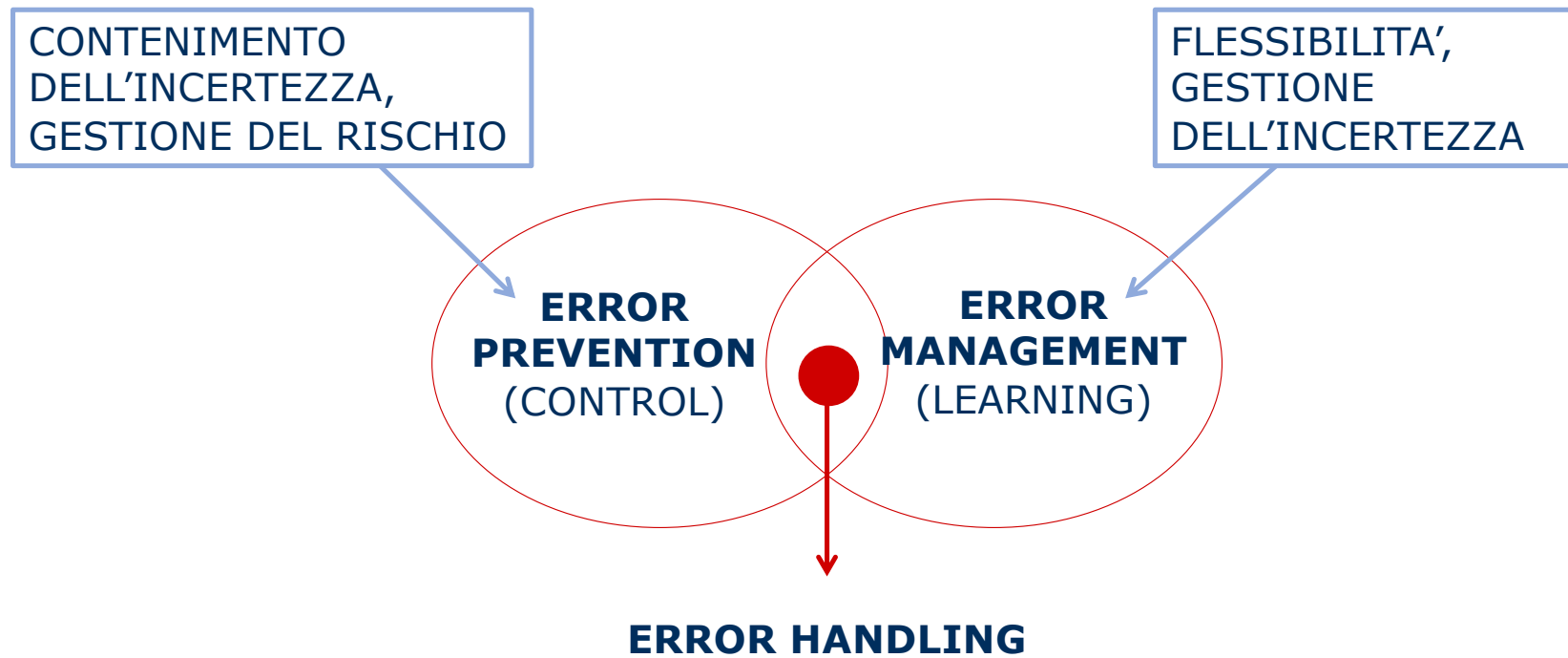
In coerenza con ciò, la legislazione e le pratiche organizzative sostengono *azioni a valle degli errori*, finalizzate ad esempio all'audit e alla riflessione su esperienze di errore, alla rilevazione dei near-miss, all'attuazione di procedure di miglioramento, ecc.

**ERRORI
→ DANNI**

✓ Concepire prevalentemente gli errori come eventi **negativi** e considerare solo gli esiti negativi che ne derivano, induce ad adottare un approccio centrato sulla **prevenzione** degli errori, ossia sul tentativo di impedire che si verifichino azioni errate *whenever possible* [Reason, 1990].

**ERRORI
→ APPRENDIMENTO**

✓ E' tuttavia possibile avere un certo grado di tolleranza verso gli errori. Questo consente:
(riducendo la preoccupazione per il blame)
→ di contenere le conseguenze negative degli errori, ad esempio aumentando la resilienza del sistema e la capacità di tollerarne gli esiti (coping problem-focused), impedendo il loro diffondersi (comunicazione, reporting) o limitando l'incidenza degli errori pericolosi (es. rapido recovery) [Reason, 2000].
(concepando gli errori anche come feedback utile)
→ di promuovere le conseguenze positive degli errori, ad esempio evitandone il ripetersi nel futuro o anche generando cambiamento (sperimentazione, apprendimento, resilienza, innovazione).



- van Dyck, C. (2009). Mastering the dual challenges of errors: Risk and uncertainty as contingencies for control and learning. *Tijdschrift voor toegepaste Arbowetenschap*, (2), 36.

Tuttavia le organizzazioni fortemente orientate alla prevenzione rischiano di avere un **atteggiamento accusatorio** verso gli errori, inibendo la possibilità di farli emergere e di avviare procedure di riflessione e miglioramento).

In questo caso i due approcci cessano di essere sinergici e diventano alternativi (*prevention vs blame*).

Atteggiamento accusatorio (*blame culture*)

- Concentrazione sulla preoccupazione più che sulla soluzione
- Focalizzazione sulle mancanze più che sulle risorse
- Centratura sulle persone più che sul processo (ricerca del "colpevole")
- Ricerca di una soluzione rapida più che della comprensione (capro espiatorio: espulsione delle "mele marce")
- Sguardo sul passato, più che sul futuro
- Appesantimento burocratico più che cambiamento funzionale

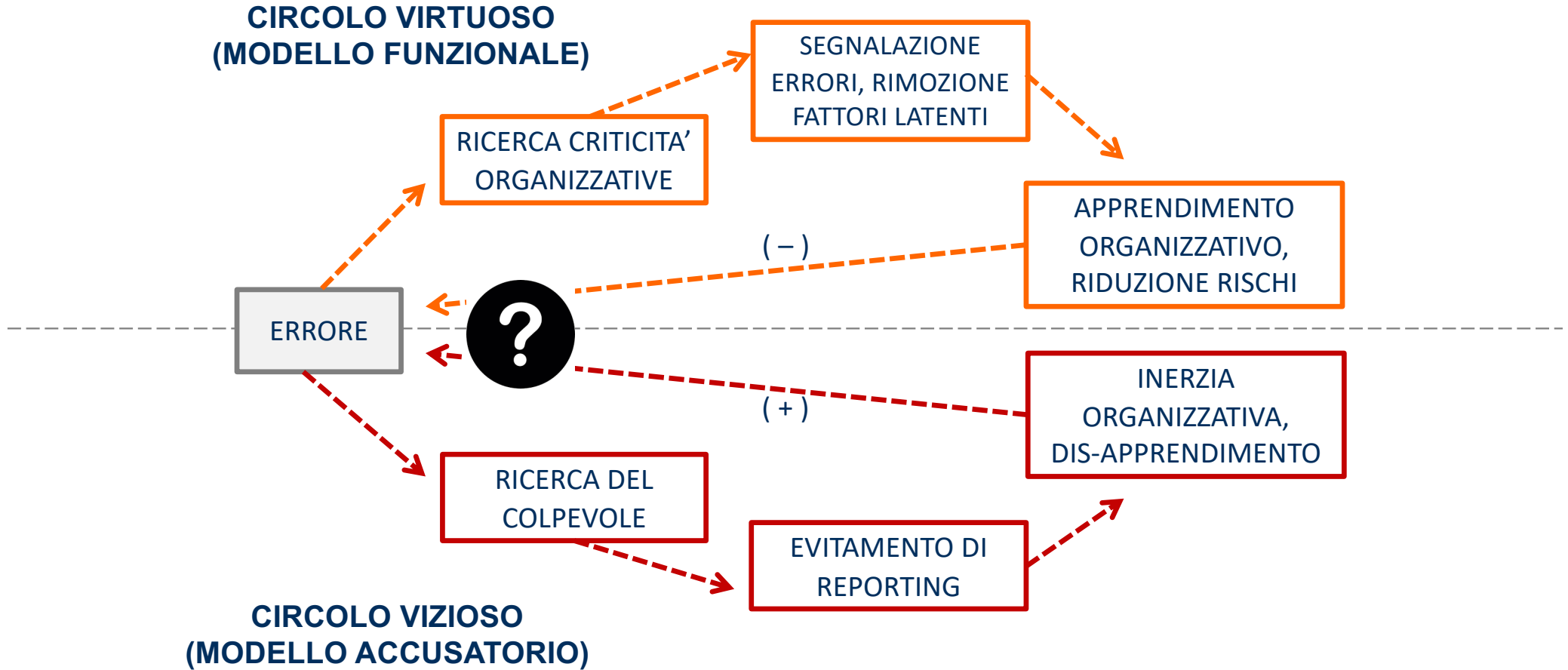


UNA DINAMICA DI GRUPPO A SOSTEGNO DEL BLAME: **IL CAPRO ESPIATORIO**



L'individuazione di un capro espiatorio in relazione ad un errore avvenuto può essere considerata espressione di un processo difensivo volto ad impedire un apprendimento /cambiamento.

- ✓ Viene attribuito ad un singolo individuo ciò che appartiene in modo diffuso ad una collettività, annulla la corresponsabilità degli altri attori del sistema, favorisce l'adozione di una logica di tipo INDIVIDUALISTICO.
- ✓ Reifica l'emozione della colpa, la "butta fuori" annullando la possibilità di "pensiero su".



[adattam. da Catino, 2009]

3

ESERCITAZIONE: **ANALISI DI UN CASO**

Proposta di lavoro in sottogruppi

Analizzare un caso reale (anche se sulla base di informazioni non ufficiali) individuando i fattori rilevanti nella gestione dell'emergenza.



*La Costa Concordia, una nave da crociera con 4.229 persone a bordo (3.216 passeggeri e 1.013 membri dell'equipaggio), **il 13 gennaio 2012** è naufragata sulle coste dell'Isola del Giglio dopo essere partita dal porto di Civitavecchia alle 19:00, ultima tappa del giro del Mar Mediterraneo prima del rientro al Savona.*

*Nel naufragio **sono morte 32 persone** e 110 sono rimaste ferite.*

Le operazioni di svuotamento dei serbatoi, portate a termine malgrado le condizioni meteo avverse, hanno contenuto i danni ambientali.

4

PROMUOVERE APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO DAGLI ERRORI



COSA FARE PER PROMUOVERE APPRENDIMENTO DAGLI ERRORI?

La ricerca nell'ambito della psicologia del lavoro sui temi della *safety* e dell'*error culture* dà alcune indicazioni.



Ad esempio:

- Adozione di una visione **sistemica**.
- Attenzione ai modelli culturali dei “**capi**”, che influenzano la cultura organizzativa e, conseguentemente, atteggiamenti e comportamenti dei lavoratori.
- Promuovere un clima di **sicurezza psicologica**, che influenza la disponibilità delle persone alla comunicazione, al reporting, al supporto reciproco, all'apprendimento.
- Adozione di una prospettiva “**mindful**” (attenzione ai segnali deboli, riluttanza alla semplificazione)

I DUE APPROCCI DELLA CULTURA DEGLI ERRORI

ERROR MANAGEMENT

- ERROR THINKING
- ERROR COMMUNICATION
- ERROR COMPETENCE (RECOVERY)
- LEARNING FROM ERRORS

ERROR AVERSION

- STRAIN FROM ERRORS
- COVERING UP WITH ERRORS



COSA FARE PER PROMUOVERE ERROR MANAGEMENT: (1) ERROR THINKING

(Anna, medico in un laboratorio di analisi)

Noi lavoriamo anche con l'ospedale XXX che ci invia i pezzi. L'ultima volta ci aveva portato dei pezzi di una colicisti, ma dentro questa colicisti c'era anche una appendice e noi a quel punto l'abbiamo smistata e messa da parte pensando fosse l'appendice dello stesso paziente. Ma secondo l'ospedale XXX loro non avevano inviato nessuna appendice.

Tre settimane prima invece, sempre dal XXX, ci arrivò un'appendice che invece non c'era, allora ci era venuto in mente che potesse essere quella che dovevano mandare settimane prima. Però di questo non siamo convinti al 100% perché dovremmo fare un esame del DNA. Questo naturalmente porta dei problemi di allungamento del tempo di analisi del pezzo oltre che la possibilità che il pezzo si perda o come in questo caso non si sappia di chi è.



COSA FARE PER PROMUOVERE ERROR MANAGEMENT: (2) **ERROR COMMUNICATION**

(Mara, infermiera)

Siccome ogni volta che finisci un turno dai la consegna del fine turno, perché ero io responsabile della terapia, facevo il turno di notte, e mentre le davo la consegna lei mi ha detto che qualche giorno prima le era successo anche a lei.

(Dario, infermiere)

Dalle voci di corridoio, il medico non ha ascoltato i suggerimenti dell'infermiere, talvolta per superficialità, errore che accade spesso tra medico e paziente.

(Michele, project officer multinazionale)

Alcune volte posso aver sbagliato io come project manager a non aver comunicato sufficientemente in tempo al manager di turno che cosa mi serviva o questo come tempistica o non sono stato chiaro sul tipo di competenze che mi serve.



COSA FARE PER PROMUOVERE ERROR MANAGEMENT: **(3) ERROR COMPETENCE (RECOVERY)**

(Chiara, operatrice in una società di produzione televisiva)

Un mio errore... un giorno iniziando il turno lavorativo mi è stato chiesto di aprire un ponte, a me è proprio passato di mente di fare la richiesta ed è solo dopo un'ora e mezza, quando mi hanno chiesto se avevo mandato le immagini, che me ne sono ricordata. Ho provveduto immediatamente ad inserirla, a telefonare al diretto interessato per agevolare il lavoro e provvedere al tempo perduto.



COSA FARE PER PROMUOVERE ERROR MANAGEMENT: (4) **LEARNING FROM ERRORS**

(Francesco, operatore in una società di produzione televisiva)

Cosa avete fatto in quel caso?

Eh... alle sei di sera ci siamo guardati in faccia noi due... Quando non stava nemmeno a noi trovare la soluzione al problema, però eravamo rimasti solo noi e quindi abbiamo noi cambiato la scaletta... ci siamo parati rispetto all'informazione che ci era stata data. Questo ha fatto sì, però, che il giorno dopo quando i colleghi sono venuti abbiamo messo come regola che il gruppo di lavoro che ha la puntata il giorno dopo non se ne vada mai prima delle 19.

(Paolo, membro di una società informatica)

Quindi l'errore è stato da parte nostra che dovevamo allertare di più il responsabile e del post-vendita, che ha affidato il compito a una persona che non era ancora in grado di affrontare quella tipologia di cliente. Un intervento c'è stato nell'organizzazione – mi correggo – che ogni contratto di clienti di una fascia superiore a un certo numero di abitanti non viene data al gruppo ma al responsabile che poi lo affida al tecnico.

COSA NON FARE PER PROMUOVERE ERROR MANAGEMENT:

STRAIN

Il **vissuto fortemente stressante** generato dagli errori produce un **carico cognitivo aggiuntivo**, assorbendo tutte le risorse personali (non lasciandone per la risoluzione del problema)

[Edmondson, 1996; Gelfand et al., 2011, van Dyck et al, 2005]



COVERING

Questo atteggiamento **impedisce processi di risoluzione del problema e di apprendimento individuale e organizzativo**, perché:

- la negazione non consente di attivare processi di **riflessione**
- la negazione e le emozioni negative rendono difficile poter chiedere **aiuto** ai colleghi (es. per timore di essere puniti o di perdere la faccia o di ricadute sulla carriera).



Questo porta a un **peggioramento della performance**, a **conseguenze più gravi** dell'azione errata, e a un tasso più elevato di **errori secondari**.

CIRCOLI VIZIOSI: IL RUOLO DELLE EMOZIONI NEGATIVE

(Antonio, membro del CdA di una Cooperativa)

Era un lavoro a cui teniamo e tenevamo molto, e che si è corso il rischio di perdere per ostilità della pubblica amministrazione per un errore di leggerezza e superficialità nelle varie procedure che c'eravamo dati. E perché quest'evento ovviamente creò qualche elemento di turbamento nel sistema di relazione interna, avevamo l'impressione di non riuscire a tenere le fila del tutto, e quindi accadde a noi quello che solitamente accade, di fronte ad un tale critico evento ciascuno tendeva a scaricare la responsabilità su un'altra funzione, il che determinò una crisi dentro la crisi, divenne quasi secondaria la causa principale.

La causa principale era che correvamo il rischio di perdere un lavoro importante, la cosa ancora più grave o per lo meno che si sommava a questo elemento di criticità è che ci sono state delle ripercussioni interne, una disarmonia che questo evento critico creò nelle nostre strutture, nelle nostre organizzazioni, che presero a non riconoscersi più e ad addossarsi reciprocamente le responsabilità, il che ci impedì di per un certo periodo di tempo di trovare la serenità per governare l'errore principale. Cioè ci trovammo più a fare i conti con gli errori che erano più l'esito dell'errore principale che non con l'errore stesso per intenderci.

CIRCOLI VIZIOSI: IL RUOLO DEL LASSEIZ-FAIRE

(Michela, operatrice in una società di produzione televisiva)

Non se ne è parlato, cioè... è come se fosse stato un errore, si è capito da dove è dovuto però poi non se ne è parlato, non ci siamo poi fermati a dire, uh è successa questa cosa, ma perché, dov'è stato l'inceppo...

Perché ovviamente quando stai in onda la cosa importante è che la cosa funzioni, non guardi gli errori; a meno che non sia una cosa frequente, e quindi disturbino in maniera forte da, non dico impedire il lavoro, ma diventa poi una cosa abitudinaria e allora lo fai presente, anche poi si parla pure del rispetto di gerarchie, e allora se c'è stato un inceppo una volta c'è stato un errore lo risolvi, non sollevi subito il problema, lo sollevi nel momento in cui... la cosa degenera.

CIRCOLI VIZIOSI: IL RUOLO DEL POTERE

(Claudia, membro di una società informatica)

Ma loro possono avere delle ripercussioni per questa cosa?

Sì, il discorso è questo, che quando stai a livelli un tantino alti è facile che ci sia “ricambio”, cioè più stai in alto nella piramide... Se caschi non ritorni mai su e più è facile che caschi e pur di non cascare, perché comunque la scelta di questo software non l'abbiamo fatta noi perché ancora non c'eravamo, chi ha fatto la scelta di questo software si sente particolarmente in bilico e ha fatto di tutto per non far emergere in maniera così palese queste anomalie.

Adesso però la situazione è diventata abbastanza insopportabile, insomma è stato detto anche ai piani alti però in maniera molta edulcorata. Adesso però non sappiamo come va a finire, noi stiamo aspettando con ansia che ci liberino da questo software malefico, che però sta ancora lì.

CIRCOLI VIZIOSI: IL RUOLO DEL BLAME

(Loredana, infermiera)

C'è stato un errore particolarmente grave? Successo a te o ad altri colleghi...

Un errore che ho sentito, che è stato veramente eclatante, di una mia collega che doveva attaccare una PEG, una nutrizione artificiale che va direttamente nell'intestino, e invece di attaccarla nell'intestino si è tipo sbagliata e l'ha attaccata al catetere vescicale... capito? Questo è stato proprio un errore impresso nella storia.

Che cosa ha comportato quest'errore?

Ha comportato che siccome in quel caso nel turno era un infermiera strutturata, quindi interna, è successo che sai che quando uno sbaglia è sempre pronto a dare le colpe ad altri; questa collega strutturata, che aveva sbagliato lei, ha scaricato la responsabilità sull'altra collega. Capito cos'è successo?

Le conseguenze per la ragazza che ha dovuto subire le colpe quali sono state?

Che alla fine si è capito come sono andate le cose e si è lasciato perdere per quieto vivere.

E per il paziente?

No per fortuna non è successo nulla però comunque tu fai un errore del genere che comunque è un errore veramente grossolano, capisci che è una di quelle cazzate che uno si può aspettare da un tirocinante, non da una che lavora da 20 anni e non ti accorgi che hai attaccato un tubo al catetere vescicale...

CIRCOLI VIZIOSI: IL RUOLO DEL BLAME

(Gianni, facchino hotel lusso)

C'è stato un errore capitato a te?

Si e mi è capitato che nella fretta, nella furia ho urtato il veicolo contro una parete. È stato piuttosto spiacevole... adesso non voglio fare la colpa a nessuno, però avevo una pressione non indifferente da parte di tutti quanti e poi la cosa particolare è che dal momento in cui è avvenuta questa cosa poi ho continuato a lavorare e ho rimosso quel fatto.

Volontariamente e poi l'ho rimosso anche involontariamente perché avevamo talmente tanto lavoro da fare che non trovavo il tempo per dirlo al mio responsabile. Quando sono arrivato a fine giornata l'avevo completamente rimosso. Cosa è successo? È successo che il giorno dopo mi ha chiamato il mio responsabile ovviamente, mi ha convocato...

Lei come ha vissuto questo errore?

L'ho vissuto male innanzitutto come sensò di colpa nei confronti del mio capo ma anche con una bassa autostima nei miei confronti, no? Perché poi io so benissimo come funziona quella realtà, nel senso che poi oltre alla paura di non esser più richiamato, perché parliamoci chiaro io ho un contratto che è molto debole (...), quindi da un punto di vista emotivo l'ho vissuta molto male questa situazione, anche perché ero a conoscenza delle ipotetiche conseguenze che poteva avvenire è che poi sono avvenute nella fattispecie. Diciamo che il mio capo mi ha "minacciato" di dover pagare la somma ma in realtà sapevo benissimo che c'è un'assicurazione che copre tutti quanti i danni. Quindi ovviamente non sono arrivato a quello punto, ma dal momento stesso in cui me l'ha detto non è stato piacevole. Poi, la conseguenza con i miei colleghi è stata di "perdere un po' la faccia" a livello lavorativo, di dovermi riconquistare la fiducia costruita a fatica in questi anni.

Grazie!

Per ulteriori domande e riflessioni...

Maria Luisa Farnese
marialuisa.farnese@uniroma1.it