

LA CULTURA ORGANIZZATIVA E DELLA SICUREZZA: NON SOLO UNA VOLGATA COMUNE, MA UNA COMPONENTE ESSENZIALE NELLA CONDUZIONE DELL'IMPRESA

Renato D'Avenia

HSE Manager – Consulente Tecnico d'Ufficio Presso il Tribunale di Milano

Purtroppo, ancora al giorno d'oggi, molti di noi d'innanzi ad un evento incidentale sono tentati di liquidare la questione con un'antica invenzione: "E' un problema di cultura della sicurezza...". Più in generale si tende a categorizzare tutto ciò che riconduce alla componente umana, a questa misteriosa dicitura, appunto la Cultura della Sicurezza.

Nel 2018 non ci potremmo più permettere di generalizzare, almeno quelli che si sforzano di cambiare le cose.

Personalmente non posso dire di essere in possesso di ricette magiche, ma per certo si può dire che le *Scienze Umane* si interrogano sulla questione da tempo e molti studiosi si sono scervellati brillantemente sviscerando molto sul famigerato *Fattore Umano*.

Se un modello organizzativo vuole avere la presunzione dell'esigenza, così come recita l'art. 30, d.lgs. 81 del 2008, la Cultura della sicurezza deve avere, a partire dal Management, un significato tangibile, misurabile e all'occorrenza dimostrabile come componente esimente del modello stesso.

Orbene, domandiamoci dunque cos'è la Cultura della Sicurezza e cerchiamo di conferirle delle inferenze, altrimenti scadiamo nella inutile e insulsa volgata sopra citata.

Tornerà utile, prima di entrare nel merito, fare una breve analisi su di alcuni gravi incidenti occorsi nella storia con una prospettiva scientifica nel senso del fattore umano e, appunto, della Cultura della Sicurezza.

La narrazione di un caso in particolare, quello della clinica pediatrica di Bristol, dimostra quali nefasti effetti possa causare una scadente Cultura della Sicurezza e più in generale Organizzativa.

INSEGNAMENTI DA FALLIMENTI DELLE COMPONENTI COGNITIVE E DELLE NON-TECHNICAL SKILL

Flin (2008)¹ sostiene che nella storia si sono verificati numerosi incidenti che non sono stati spiegati da fallimenti di natura tecnica come causa primaria. Il più famoso di questi riguarda lo scontro tra due aerei su di una pista di decollo sull'isola di Tenerife.

Questo non fu un caso isolato, sono avvenuti altri incidenti aerei che, come lo scontro di Tenerife, non facevano rilevare fallimenti tecnici particolari. La *United Airlines* fece registrare una serie di scontri alla fine degli anni 70, la cui responsabilità venne attribuita a ciò che oggi chiamiamo "errore umano" piuttosto che a problemi tecnici.

Gli incidenti determinati da fallimenti nell'ambito delle Non-Technical Skill certamente non appartengono solo al mondo dell'aviazione. La tabella 1 mostra un campione di eventi in cui si sono verificati dei fallimenti delle Non-Technical Skill del personale di *Front-line* di un'organizzazione. In due dei più gravi incidenti nucleari del mondo, Chernobyl (Reason, 1987) e Three Mile Island (NCR, 1980), ci furono errori legati alla perdita di consapevolezza situazionale (mappe mentali inadeguate rispetto al reale contesto) e a processi difettosi di Decision-Making hanno giocato un ruolo fondamentale. Per quanto riguarda il settore militare, l'attacco accidentale provocato dalla USS Winceness² nel 1988 su un aereo di linea, che determinò la morte di tutti i 290 passeggeri e dell'equipaggio a bordo, era stato causato da fallimenti comunicativi e del processo di Decision-Making (Klein, 1998).

La perdita di petrolio verificatasi sulla piattaforma *Piper Alpha* che determinò la morte di 167 persone fu causata da un'inefficace scambio di comunicazioni nella fase di passaggio di consegne tra operatori di turni differenti, a cui si aggiunsero problemi di leadership nella gestione dell'emergenza. Gli incidenti navali, come gli affondamenti e le

¹ Flin, R., O'Connor, P., Crichton, M., (2008), *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*, Ashgate, USA.

² Nave da guerra americana

collisioni sono frequentemente caratterizzati da fallimenti della leadership o della coordinazione del team di lavoro (Barnett e Colleghi, 2006; Hetherington e Colleghi, 2006)³. Negli ospedali, il tasso di eventi avversi (danni causati da trattamenti medici) sui pazienti è pari al 10% dei ricoveri - molti di essi possono essere attribuiti a fallimenti comunicativi, collassi nel coordinamento del gruppo di lavoro e da processi di Decision-Making inefficienti (Bogner, 1994; Helmreich, 2000; Vincent, 2006)⁴.

Anno	Settore industriale	Incidente	Non-Technical Skill e componenti cognitive fallite
1979	Energia nucleare	Three Mile Island Rilascio di radiazioni	Problem-solving, team work, consapevolezza situazionale
1986	Energia nucleare	Chernobyl Rilascio di radiazioni	Decision-Making, consapevolezza situazionale, limiti personali
1988	Navigazione	Herald of Free Enterprise - Navigazione con le porte di prua aperte e capovolgimento della nave	Coordinazione di gruppo, consapevolezza situazionale
1988	Produzione di petrolio e gas	Piper Alpha Esplosione della piattaforma petrolifera	Comunicazione, leadership, Decision-Making, consapevolezza situazionale
1988	Esercito	USS Vincennes Nave da guerra distrugge un aereo passeggeri	Coordinazione di gruppo, Decision-Making, consapevolezza situazionale
1989	Polizia	Hillsborough Risposta della polizia alla folla di tifosi calcistici che rimase schiacciata	Comunicazione, consapevolezza situazionale, leadership

³ Barnett, M., Gatfield, D. and Pekcan, C., (2006) *Non-technical skills: the vital ingredient in world maritime technology?* In *Proceedings of the International Conference on World Maritime Technology*. Institute of Marine Engineering, Science and Technology. London, UK.
Hetherington, C., Flin, R. and Mearns, K., (2006), *Safety at sea. Human factors in shipping*. Journal of Safety Research, 37, 401–411.

⁴ Bogner, M. (1994) *Human Error in Medicine*., Hillsdale New York, USA.
Helmreich, R., (2000) *On error management: lessons from aviation*. British Medical Journal, 320, 781–785.
Vincent, C. (2006), *Patient Safety*. Churchill Livingstone, London, UK.

1989	Aviazione	Kegworth Scontro aereo-spegnimento del motore sbagliato	Consapevolezza situazionale, Decision-Making
1990	Navigazione	Scandinavian Star Risposta a un incendio	Team work, leadership
1994	Sanità	Betsy Lehman Errato dosaggio di chemioterapia	Consapevolezza situazionale, Decision-Making
1996	Trasporti	Channel Tunnel Risposta a un incendio	Comunicazione, stress, coordinazione di gruppo
1998	Petrolchimico	Esso Longford Esplosione della raffineria	Comunicazione (passaggio di consegne), consapevolezza situazionale
2000	Sanità	Graham Reeves Rimozione del rene sbagliato	Consapevolezza situazionale, team work, leadership
2001	Sanità	Wayne Jowett Errore di sito nel trattamento chemioterapico	Decision-Making, consapevolezza situazionale, comunicazione
2005	Petrolchimico	BP Texas City Esplosione raffineria	Leadership, Decision-Making, fatica, comunicazione

Tabella 1 Incidenti determinati da fallimenti delle Non-Technical Skill e di componenti cognitive (Flin, 2008, p.15).

Un'altra, anzi, la più importante conclusione a cui siamo giunti analizzando dati rilevanti sugli incidenti è che in un sistema organizzativo di media ed alta complessità sussistono sempre cospicue componenti organizzative, sociali e psico-cognitive classificabili come errori attivi e più frequentemente condizioni latenti secondo il modello di Reason (1997). Non possiamo concludere che si tratti di veri e propri incidenti organizzativi perché questo presuppone l'esistenza di approfondimenti investigativi che sappiamo non essere applicati sistematicamente, (Dien, 2012). Tuttavia, Flin (2008), rileva componenti cognitive importanti nelle dinamiche causali di molti incidenti gravi. In particolare, questo studio (vedi tabella 1), se raffrontato con gli altri citati in precedenza (si vedano pure le cause descritte per gli stessi incidenti), espone in modo evidente quanto sia importante il "taglio" dell'analista. Le componenti psico-cognitive e sociali che, sono tra quelle fondanti di un incidente organizzativo, non emergono se non si ha la sensibilità e le competenze per studiarle.

Più in generale possiamo riassumere in due macro categorie gli elementi che costruiscono un incidente rilevante con forti connotazioni organizzative e psico-cognitive:

1. Cultura organizzativa e della sicurezza
2. Sistemi di Gestione della Sicurezza.

I due elementi sopra menzionati costituiscono le fonti principali delle specifiche condizioni latenti ed errori attivi che evidenziano elementi “forti” e sui quali vi sono solide basi scientifiche ai fini della formulazione di una prova dibattimentale.

1 CONSAPEVOLEZZA, CULTURA ORGANIZZATIVA E DELLA SICUREZZA: UNA VISIONE SCIENTIFICA

Weik (2007)⁵ sostiene che la mindfulness è molto simile a quello che segue il caos del combattimento su un campo di battaglia. Ovunque intorno vi sono delle verità che possono essere scoperte facendo domande. Questo è il momento dell'apprendimento. Appena le storie ufficiali vengono "sistematiche" e ripetute l'apprendimento ha termine.

Trattiamo la cultura organizzativa aziendale come ciò che dovrebbe tenere unito il gruppo. Questa potrebbe essere passibile di cambiamenti nel tempo proprio per perseguire la piena consapevolezza. E' vero che al massimo possiamo (forse) cambiare solo noi stessi ma, divenendo più mindful (ognuno di noi), si potrebbero sostenere adeguatamente i comportamenti, modellarli per gli altri e beneficiarne noi stessi. Le culture prevalenti modellano le nostre azioni, così come il modo in cui le nostre vengono interpretate. Ciò potrebbe significare anche che i piccoli gruppi seriamente intenzionati a promuovere la piena consapevolezza possono essere spazzati via dalla noncuranza prevalente e socialmente approvata. Vedremo un esempio di ciò discutendo il caso dell'alta mortalità riscontrata presso l'unità cardio coronarica pediatrica del Royal Infirmary di Bristol.

⁵ Weick, K.E., Sutcliffe M.K. (2007), *Governare l'inatteso*. Traduzione italiana a cura di Raffaello Cortina, Milano.

Tuttavia, se si comincia a praticare la mindfulness e le persone iniziano ad attendersi una piena consapevolezza l'una dall'altra, ad approvare coloro che la prendono sul serio e disapprovare chi non lo fa, saranno fatti dei passi in avanti verso un insieme di norme che consolideranno la mindfulness. E ciò, a sua volta, renderà molto più mindful e resiliente l'agire di ogni singolo individuo.

1.1 LA FORMA DELLA CULTURA ORGANIZZATIVA

Weik cita Barry Turner come “attivatore” della discussione sulla cultura organizzativa e riprendendone il testo prova a darne una descrizione che a tutt'oggi risulta una delle più chiare:

Parte dell'efficacia delle organizzazioni risiede nel modo in cui sono capaci di riunire un ampio numero di persone e infondere in esse, per un periodo sufficiente di tempo, una sufficiente omogeneità di approcci, punti di vista e priorità così da consentire loro di conseguire delle risposte collettive e durature che sarebbero impossibili se un gruppo di individui disorganizzati dovesse affrontare lo stesso problema⁶.

In altre parole, la cultura è fonte di un'economia potente. Una omogeneità che deriva da valori e norme condivisi e sfociano in una “omogeneità di approccio”. Quando i valori e le norme diventano bagaglio comune, le conseguenti aspettative condivise tendono ad incoraggiare i membri dei gruppi ad introdurre determinate assunzioni nel processo di decision making.

Che taluni aspetti della cultura siano condivisi può sembrare ovvio, ma in un'organizzazione complessa gli individui agiscono anche in forza della propria cultura, credenze, valori etc. In una cultura pienamente consapevole sono presenti tutte le forme di cultura. La sfida è farle coesistere in modo che non confliggano troppo.

⁶ Turner, B., Pidgeon, N., (1997). *Man-Made Disasters*, second ed. Butterworth Heinemann.

Molti studiosi trattano la cultura nelle forme più diverse e si potrebbe giungere ad una conclusione fallace se riferita al presente lavoro. Non lo faremo, ma diciamo solo che se si descrivesse la complessità del pensiero scientifico attorno al tema della cultura, tale complessità potrebbe indurre a pensare che l'idea della cultura sollevi più problemi che soluzioni. Seguendo il pensiero di Reason, in ambito organizzativo aziendale c'è bisogno di un modo coinciso di parlare "dei valori comuni ("ciò che è importante") e delle credenze condivise ("come funzionano le cose") che interagiscono con le strutture e i sistemi di controllo di un'organizzazione per produrre norme di comportamento ("il modo in cui facciamo le cose qui da noi")⁷.

Gli analisti hanno ancora opinioni divergenti riguardo alla questione se la cultura debba essere compresa nei termini di qualcosa che un'organizzazione è (le convinzioni, gli atteggiamenti e i valori che la caratterizzano) o *ha* (le pratiche e i controlli su cui si basa). Anche se in entrambi gli orientamenti vi è indubbiamente una parte di verità, James Reason e altri studiosi sostengono che è più difficile cambiare in modo diretto atteggiamenti e convinzioni di quanto lo sia modificare le azioni e i comportamenti, che a loro volta possono condurre a una trasformazione dei modi di pensare e delle convinzioni. Azioni e comportamenti sono influenzati dalle pratiche, le linee guida e norme che, nel corso del tempo e nel contesto delle affiliazioni di gruppo, modellano gli atteggiamenti e le convinzioni. Weick sostiene che la cultura sia qualcosa che un'organizzazione ha e che, alla fine, diviene qualcosa che un'organizzazione è. In questo modo le organizzazioni si aprono la strada verso ciò che diventano.

1.2 LO SVILUPPO DELLA CULTURA ORGANIZZATIVA

Tra le molte recenti descrizioni che cercano di cogliere le proprietà essenziali delle culture, quella di Edgar Schein⁸ è forse la più conosciuta. Secondo la prospettiva di Schein

⁷ Reason, J. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Ashgate, UK.

⁸ Schein, E.H., (1996), "Culture: The missing concept in organization studies". In *Administrative Science Quarterly*, 41, pp. 229-240.

la cultura è definita da sei proprietà formali: (1) assunzioni di base condivise che sono (2) inventate, scoperte e o sviluppate da un determinato gruppo mentre (3) impara ad affrontare i suoi problemi di adattamento verso l'esterno e di integrazione interna secondo modalità che (4) hanno funzionato abbastanza bene da essere ritenute valide, e che quindi (5) possono essere considerate dai vari membri del gruppo come (6) il modo giusto di percepire, pensare e sentire in relazione a tali problemi. Weick aggiunge il punto 6: la cultura riguarda tanto le pratiche e le azioni quanto le disposizioni di pensiero. Quando parliamo di cultura, dunque, parliamo di:

- assunzioni che fanno tesoro delle lezioni apprese dall'aver fatto i conti sia con l'interno sia con l'esterno;
- valori che derivano da tali assunzioni e che stabiliscono come l'organizzazione dovrebbe agire;
- pratiche o modalità di gestire gli affari;
- artefatti o marcatori visibili che incorporano e danno sostanza ai valori cui si aderisce.

Gli artefatti sono i più facili da modificare, le assunzioni le più difficili.

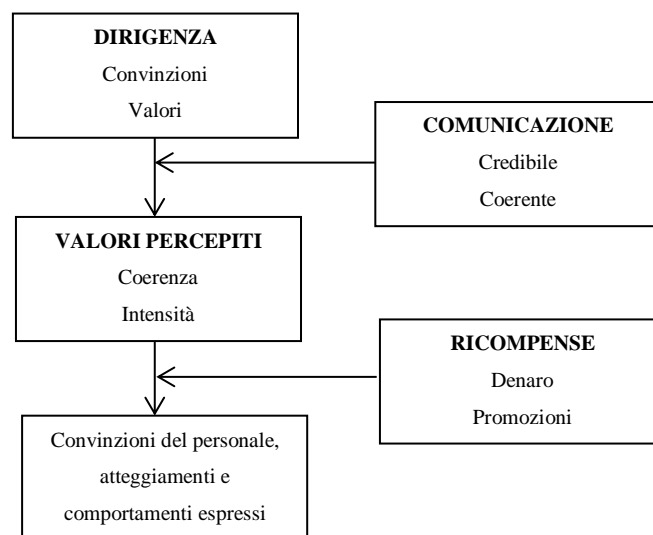
Shein riassume e sintetizza il concetto dicendo: "il modo in cui facciamo le cose qui da noi".

La cultura influenza il modo in cui le deviazioni dalle aspettative vengono scoperte (l'inatteso), interpretate, gestite e utilizzate come occasioni per apprendere. Ciò che cambia da un gruppo rispetto all'altro è il grado di ampiezza dell'accordo su ciò che è appropriato, e la rilevanza con cui l'appropriatezza dell'atteggiamento o del comportamento viene percepita. Se tutti sono convinti dell'importanza di un comportamento, c'è poco spazio per le deviazioni, e i leggeri scostamenti dalla norma vengono affrontati in modo rapido e severo.

1.3 IL CONTROLLO DELLA CULTURA

Come sostengono Peters e Waterman⁹, se in un'organizzazione si riesce a coinvolgere il personale rispetto a un massimo di tre o quattro valori essenziali che vengono fatti propri e condivisi, la dirigenza può dare ampio spazio decisionale alle persone così coinvolte, in quanto si crea una cornice di riferimento comune e prevalente riguardo a tali decisioni. Il piccolo gruppo di valori essenziali sarebbe in grado di modellare la maniera in cui le persone percepiscono una questione e agiscono. Un'organizzazione può usufruire, dunque, dei benefici sia della centralizzazione sia della decentralizzazione se i membri assumono come centrale un piccolo insieme di valori chiave, avendo poi autonomia su tutto il resto. Peters e Waterman puntualizzano l'argomento in questo modo: "l'autonomia" è un prodotto della disciplina. La disciplina instillata da alcuni valori condivisi fornisce il *frame* e rende le persone fiduciose. La disciplina basata su un piccolo numero di valori condivisi genera pratiche di autonomia e sperimentazione in tutta l'organizzazione".

Una cultura con tre o quattro valori chiave che sono stati tradotti in norme di comportamento appropriato sarà coordinata e resiliente.



⁹ Peters, T.J., Waterman, Jr. , R.H., (1982), *Alla ricerca dell'eccellenza. Lezioni dalle aziende meglio gestite*. Traduzione Italiana a cura di Sperling & Kupfer, Milano.

Figura 1 Le condizioni necessarie per costruire una cultura forte, (Peters, Waterman, 1982, p. 322).

Wieick ritiene che una cultura della piena consapevolezza, basata su norme di comportamento appropriato, può durare nel tempo solo se:

- con i propri valori, convinzioni e azioni la dirigenza esprime una chiara preferenza per la mindfulness;
- tali affermazioni e azioni della dirigenza sono comunicate in modo credibile e coerente e rimangono salienti per tutti;
- i valori comunicati lasciano trasparire un senso di coerenza anziché di ipocrisia, e la maggior parte delle persone ne è pienamente convinta;
- gratifiche, aumenti, promozioni e lodi vengono assegnati a chi agisce in modo pienamente consapevole e lesinati a chi non lo fa.

Nel suo libro *Governare L'innatteso* Weick cita un esempio pratico su come una persona possa gestire con successo certe situazioni raccontando di Herb Brown, comandante della portaerei *Kennedy*.

Lo stile di comando di Brown è stato l'argomento centrale di un documentario televisivo americano che voleva dare una visione "dietro le quinte" del funzionamento di una nave da guerra.

Le convinzioni e i valori di Brown sono centrati sulla sicurezza ("Facciamo le cose secondo i piani stabiliti"), sul tenere informate le persone ("Quando mi sono imbarcato per la prima volta, a diciannove anni, nessuno mi diceva mai niente, e mi sono ripromesso di non farlo a mia volta") e sull'aver cura delle persone della sua nave ("Voglio bene a loro"). Brown trasmette questi valori attraverso frequenti discorsi in pubblico e con comunicazioni a tu per tu, e in entrambi i contesti le persone possono vedere che egli prende sul serio questi valori, e che come comunicatore è credibile e coerente. I punti di vista di Brown sono salienti perché egli va continuamente su e giù per la nave, mettendo in pratica ciò che predica. Brown rende visibili i suoi valori, e può al tempo stesso capire se le azioni delle persone sono coerenti con i valori che sostiene. La combinazione di convinzioni

salienti e comunicazione credibile ha un impatto sulla percezione degli individui che va molto oltre la gerarchia.

Vi è, infine, un ultimo passo nel processo che il capitano Brown utilizza per dare forma alla cultura. Al di là della "percezione" dei valori e della filosofia, il capitano può esercitare un'ulteriore influenza sulla cultura attraverso chi viene premiato e ciò che viene premiato. Cose come attribuire promozioni, onorificenze, gratifiche, nomine, lodi per il lavoro svolto, intavolare una conversazione, chiamare le persone per nome e affidare incarichi temporanei rappresentano altrettanti segnali all'intera nave rispetto a ciò che è importante. Se le comunicazioni precedenti e i riconoscimenti successivi del capitano sono coerenti con le convinzioni e le azioni che ha promosso inizialmente, queste convinzioni avranno presa e persisteranno come norme istituzionalizzate. In breve, avendo Brown sostenuto diverse difficili verifiche interpersonali riguardanti la credibilità, la coerenza, la salienza, il consenso, l'intensità e gli obiettivi premianti, ne scaturisce una serie di convinzioni e valori che conferiscono alla nave una "personalità" che somiglia a quella del capitano. Questa cultura emergente è peculiare per quanto riguarda le assunzioni che generano delle aspettative, i modi in cui tali aspettative vengono controllate e modificate, il grado in cui gli elementi della cultura combaciano (ovvero si integrano) e la misura in cui la cultura rende più facile o difficile garantire performance e risultati affidabili.

In definitiva, basta rileggere sommariamente, nella descrizione delle cause degli incidenti elencati in precedenza e riconducibili all'argomento "cultura" e si conclude facilmente che in tutti casi le azioni compiute (quelle che hanno generato gli eventi) sono totalmente estranee ad un comando in stile "Brown". Sì, facile conclusione in effetti perché il comandante Brown è inserito in un contesto che gli conferisce sufficienti poteri per agire in un certo modo. Potrebbe fare lo stesso il Direttore di un impianto ad alto rischio di proprietà di una multinazionale con proprie regole e...cultura aziendale inserito in un contesto di mercato caotico come quello attuale? Questo potrebbe essere interessante investigarlo in uno studio ad hoc. Possiamo per certo affermare che, viste le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori sugli incidenti degli shuttle, la cultura militare

offre garanzie supplementari nella gestione dei rischi. Infatti Catino¹⁰ rileva che il passaggio dalla cultura militare a quella di tipo privatistico della NASA fu una consistente fonte di problemi collegati agli incidenti delle navette.

1.4 LA CULTURA DELLA SICUREZZA

La cultura organizzativa è stata anche definita come un quadro complesso di atteggiamenti nazionali, organizzativi e professionali e dei valori all'interno del quale gruppi e individui e di funzioni si muovono¹¹.

Per le industrie ad alto rischio parte di questa cultura riguarda la sicurezza, che è stata definita da Reason¹² come la "capacità di individui o organizzazioni di gestire pericoli e rischi, in modo da evitare danni o perdite, pur raggiungendo i loro obiettivi". Le credenze e i valori che si riferiscono specificamente alla salute e la sicurezza sono un sottoinsieme della cultura organizzativa denominata cultura della sicurezza.¹³

I primi importanti lavori sulla cultura della sicurezza comprendono quello di Zohar¹⁴, studio per valutare le percezioni condivise che disciplinano il comportamento di sicurezza appropriata e adattativo basate su spunti provenienti dall'ambiente e uno studio

¹⁰ Catino, M., (2009), *Miopia organizzativa*, Il Mulino, Bologna.

¹¹ Parker, D., (2006), *A framework for understanding the development of organizational safety culture*. Safety Science 44 (2006) 551–562.

¹² Reason, J., (2000). *Safety paradoxes and safety culture*. Journal of Injury Control and Safety Promotion 7, 3-14.

¹³ Clarke S., (1999). *Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture*. Journal of Organizational Behaviour, 185-198.

¹⁴ Zohar, D., (2000). *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications*. Journal of Applied Psychology 65 (1), 96-102.

successivo condotto più tardi da Cox e Cox¹⁵ sugli atteggiamenti che condividono i dipendenti in relazione alla sicurezza.

Da allora, il concetto di cultura della sicurezza ha attirato molto l'attenzione della ricerca in molte discipline accademiche. Inevitabilmente le prospettive prese e punti di enfasi variano e ci sono molti dibattiti in corso nella letteratura, per esempio circa la distinzione tra cultura e clima organizzativo¹⁶ e la portata di tali concetti¹⁷ che però non rientra nell'ambito del presente lavoro.

In termini di incidenti nel settore industriale ad alto rischio, la cultura della sicurezza, come approccio alla riduzione degli stessi, sottolinea il ruolo svolto dalle forze sociali all'interno di un'organizzazione che agiscono sui suoi membri in materia di sicurezza¹⁸. La cultura raggiunge equamente tutte le componenti del sistema organizzativo (nel bene e nel male). Per questo motivo, migliorando la cultura, i miglioramenti delle prestazioni in termini di sicurezza sono più efficaci rispetto all'incremento della supervisione o con l'introduzione di procedure più rigorose¹⁹. Secondo Reason la cultura della sicurezza di un'organizzazione assume un significato profondo al punto in cui il tasso degli incidenti può raggiungere un "plateau", cioè i risultati negativi assumono un andamento asintotico. Per andare al di là di questo "basso, ma (apparentemente) "inattaccabile" plateau e di continuare il miglioramento delle prestazioni in materia, è necessario affrontare i cuori e le menti del management e dei

¹⁵ Cox, S., Cox, T, (1991). *The structure of employee attitudes to safety: a European example*. Work and Stress 5 (2), 93-106.

¹⁶ Neal, A., GriYn, M.A., Hart, P.M., (2000). *The impact of organisational climate on safety climate and individual behaviour*. Safety Science 34, 99–109.

¹⁷ Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., Bryden, R., 2000. *Measuring safety climate: identifying the common features*. Safety Science 34, 177–192.

¹⁸ Clarke S., (1999). *Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture*. Journal of Organizational Behaviour, 185-198.

¹⁹ Reason, J., (1998). *Achieving a safe culture: theory and practice*. Work and Stress 12 (3), 293-306.

lavoratori ²⁰. Questo plateau viene spesso raggiunto dopo che i requisiti per la sicurezza "hardware e software" (cioè le barriere e le procedure) sono stati soddisfatti ²¹.

Nel descrivere il modo di progettare una cultura della sicurezza, Reason (1997) ha individuato gli elementi principali di una tale cultura, che è stata concettualizzata come il motore che spinge l'organizzazione verso l'obiettivo della massima sicurezza operativa. La potenza di questo motore si basa pesantemente sul "rispetto" dei pericoli potenziali associati alle attività dell'organizzazione: "non dimenticare di stare attento". Reason ipotizza un'organizzazione con una cultura della sicurezza efficace se essa:

- ha un sistema di informazioni di sicurezza che raccoglie, analizza e diffonde informazioni da incidenti e mancati incidenti, così come derivanti dai normali controlli proattivi sul sistema stesso;
- ha una cultura di riferimento dove vengono preparate le persone ad essere confidenti nel segnalare i loro errori e violazioni;
- ha una cultura di fiducia in cui le persone sono incoraggiate e perfino premiata per fornire le informazioni essenziali relative alla sicurezza, ma anche in cui è chiaro dov'è il confine tra comportamento accettabile ed inaccettabile;
- è flessibile, in termini di capacità di riconfigurare la struttura organizzativa in un ambiente impegnativo e dinamico;
- ha la volontà e la competenza per trarre le giuste conclusioni dal suo sistema di gestione della sicurezza ed è disposto ad attuare una revisione dello stesso, quando è necessario.

Da questa breve descrizione di alcuni studi e concetti chiave, è chiaro che una "desiderabile" cultura della sicurezza non "emerge" completamente sviluppata, all'interno di un'organizzazione. Date le dimensioni e la complessità di molte organizzazioni moderne, all'interno di una organizzazione specifica, è probabile che vi siano aree in cui la cultura della sicurezza è meno sviluppata che in altre.

²⁰ Lee, T., 1998. *Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant*. Work and Stress 12 (3), 217–237.

²¹ Cox, S., Cox, T. (1991). *The structure of employee attitudes to safety: a European example*. Work and Stress 5 (2), 93-106.

Un modo utile di concettualizzare la cultura della sicurezza è quello di riconoscere che questa è destinata a variare all'interno di una singola organizzazione. Una prima dimostrazione empirica di questo è emersa da uno studio di Zohar ²² su 53 gruppi di lavoro in una società mono prodotto, dimostrando sia a livello intra-gruppo sia a livello inter-gruppo una omogeneità tra i gruppi in termini di variazione delle percezioni relative alla sicurezza all'interno dell'organizzazione. Questi gruppi, a livello di unità di supervisione, differivano in termini di percezione della sicurezza su un intervallo di sfaccettature, o aspetti, dell'organizzazione. Inoltre, le percezioni sono risultate predittive del comportamento, in termini di infortuni sul lavoro che hanno necessitato di interventi di primo soccorso o più gravi, nel corso di un periodo di cinque mesi. Al tempo stesso, la ricerca ha indicato che la cultura sicurezza è meglio rappresentabile come un concetto multidimensionale (atteggiamenti, credenze, approcci gestionali, relazioni). Ad esempio, gli studi sulla cultura della sicurezza sempre per sottolineare l'importanza della sicurezza e relativi atteggiamenti come le azioni gestionali). Zohar, come pure, Cox e Cox, sottolineano l'importanza dell'impegno per la sicurezza del top management. E' cruciale che la forza lavoro veda che i manager hanno le attitudini per mettere in atto i comportamenti che supportano la sicurezza. La percezione degli atteggiamenti dei dirigenti in materia di sicurezza costituisce la base per il comportamento orientato alla sicurezza dei lavoratori, e quindi la performance di sicurezza dell'organizzazione. La percezione negativa dell'impegno nella gestione della sicurezza può erodere comportamenti sicuri dei dipendenti.

L'importanza della comunicazione, inclusa la segnalazione di pericoli, incidenti e inconvenienti, nello sviluppo della cultura della sicurezza è molto importante. Nel classico studio di Zohar è stato dimostrato che il contatto frequente e aperto tra dirigenti e lavoratori è legato a buone prestazioni di sicurezza. Più recentemente, Clarke, 1999 ha scoperto che il ruolo della comunicazione da parte dei supervisori riveste un'importanza fondamentale, essi fungono spesso da intermediari tra il management e la forza lavoro.

²² Zohar, D., (2000). *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications*. Journal of Applied Psychology 65 (1), 96-102.

Clarke sostiene che gli stereotipi negativi di atteggiamenti dirigenziali possono avere delle ripercussioni, non solo in termini di una mancanza di contatto diretto, ma anche in termini di una fondamentale mancanza di fiducia nell'impegno alla gestione della sicurezza.

La gestione delle informazioni sulla sicurezza in una organizzazione costituisce un elemento essenziale della “cultura informata”.

Un'altra questione rilevante per la ricerca sulla cultura della sicurezza è la misura in cui essa è suscettibile di cambiamento. Mentre alcuni aspetti della cultura possono essere relativamente statici, ci sono tuttavia alcune leve per il cambiamento e lo sviluppo della stessa. Ad esempio con un cambio ai vertici o l'introduzione di un sistema di gestione della sicurezza revisionato, ci si può aspettare di avere un effetto sulla cultura di un'organizzazione. In questo modo si può sostenere che un utile quadro di riferimento dovrebbe includere aspetti di sviluppo della cultura della sicurezza. Il sociologo Ron Westrum²³ distingue le culture organizzative in funzione della “raffinatezza” del modo con cui le informazioni relative alla sicurezza sono gestite dalle organizzazioni. Egli ha descritto tre tipologie di cultura, ognuna delle quali riflette un modo caratteristico di gestire il flusso di informazioni, e che rappresentano livelli crescenti della cultura stessa. I tre livelli individuati sono stati classificati come, patologica, burocratica e generativa (tabella 2).

²³ Westrum, R., 1993. *Cultures with requisite imagination*. In Wise, J., Stager, P., Hopkin, J. (Eds.), *Verification and Validation in Complex Man–Machine Systems*. Springer, New York.

Westrum, R., 1996. *Human factors experts beginning to focus on organizational factors in safety*. ICAO Journal(October).

Westrum, R., 2004. *A typology of organisational cultures*. Quality and Safety in Healthcare 13 (Suppl. II), 22-27.

Patologica	Burocratica	Generativa
Informazione è tenuta nascosta	Le informazioni possono essere ignorate	Le informazioni vengono attivamente ricercate
I messaggeri sono “soppressi”	I messaggeri sono “tollerati”	I messaggeri sono appositamente formati
Le responsabilità sono eluse	Le responsabilità sono compartimentate	Le responsabilità sono pienamente condivise
I fallimenti sono occultati	L'organizzazione è giusta e misericordiosa	I fallimenti innescano un processo investigativo
Le nuove idee sono schiacciate	Le nuove idee sono fonte di problemi	Le nuove idee sono le ben venute

Tabella 2 Come le organizzazioni rispondono alle diverse informazioni riguardanti la sicurezza (Westrum, 1996).

Molte delle caratteristiche dell'organizzazione generativa suggerite da Westrum sono tipiche delle *Organizzazioni ad alta Affidabilità* come descritte da Karl Weick, ad esempio il controllo del traffico aereo, portaerei etc. Queste organizzazioni possiedono tecnologie ad alto rischio che tuttavia affrontano appunto bene i rischi e hanno buone prestazioni in termini di sicurezza. La conformità è assicurata anche senza supervisione diretta, perché i membri dell'organizzazione sono intrinsecamente motivati ad avere comportamenti sicuri. Ciò può essere raggiunto solo attraverso una cultura della sicurezza molto matura. Gli autori hanno sostenuto che l'organizzazione ha raggiunto una "vera" cultura di sicurezza solo quando ha raggiunto il livello generativo della cultura presentato da Westrum.

La sua idea di diversi “livelli” di cultura della sicurezza costituisce la base per lo sviluppo di un quadro di cultura della sicurezza che tiene conto sia di una serie di ambiti in cui la cultura della sicurezza potrebbe manifestarsi, sia di una serie di livelli di sofisticazione della medesima. Parker ha presentato una teoria, basata sui principi di Westrum, per effettuare un’autovalutazione della maturità della cultura all’interno del settore petrolifero.

Basandosi sui tre livelli originariamente indicati Westrum, il modello riproposto da Parker è a cinque:

- **Patologica:** Chi se ne frega della sicurezza fintanto che non veniamo “scoperti”
- **Reattiva:** la sicurezza è importante: facciamo molto ogni volta che abbiamo un incidente.
- **Calcolatrice:** Abbiamo sistemi in per gestire tutti i pericoli.
- **Proattiva:** Cerchiamo di anticipare i problemi di sicurezza prima che questi si presentino.
- **Generativa:** HSE è come facciamo il business.

Questo modello è stato pensato per fornire una maggiore profondità al quadro di riferimento, consentendo anche una classificazione più “fine”. Il modello utilizza una terminologia tale da essere compresa facilmente da tutti e quindi chiarire l’idea attraverso la quale le organizzazioni dovrebbero progredire verso la crescente maturità culturale. Al fine di dare una concretezza a tale modello sono state effettuate 26 interviste ad altrettanti Senior Manager di importanti compagnie del settore petrolifero al fine di fornire una visione “pratica” dei cinque livelli sopra rappresentati. Un esempio dei risultati di tali interviste è rappresentato nella tabella 3.

PATOLOGICA	REATTIVA	CALCOLATIVA	PROATTIVA	GETSERATTIVA
Quali sono le cause degli incidenti dal punto di vista del Management				
I singoli sono i colpevoli e si crede che gli incidenti facciano parte del loro lavoro. Le responsabilità sono comunque delle persone direttamente coinvolte negli eventi.	Si tenta di spostare le persone dalle “fonti” degli incidenti; si pensa che gli incidenti siano causati dalla “sfortuna”. Si considera il sistema di gestione ma non si vedono nessi causali rispetto il funzionamento dello stesso.	Guasti meccanici e scarsa manutenzione sono considerati al pari degli errori umani. Si tenta di ridurre l’esposizione ai pericoli. Il Management considera meno salienti gli aspetti individuali rispetto a quelli sistemici.	Il Management guarda l'intero sistema, inclusi i processi e le procedure quando si considerano le cause degli incidenti. Essi ammettono che il management si deve prendere un po' “della colpa”.	Il Management accetta che potrebbe essere responsabile di valutare ciò che personalmente si potrebbe fare per rimuovere le cause profonde degli incidenti. Si assume una visione ampia guardando l'interazione tra sistemi e persone.

Bilancio tra HSE e Profitabilità				
La profitabilità è l'unica preoccupazione. La sicurezza è vista solo come un costo.	I costi sono importanti ma è necessario fare qualche investimento sulle attività di manutenzione.	La sicurezza e la profitabilità sono considerati in modo relativamente equilibrato. I manager di linea sanno dire cose giuste ma non sempre fanno ciò che dicono. La sicurezza è vista come spesa discrezionale. In fase di qualifica, se tutti i potenziali fornitori sono "inaccettabili" si sceglie il meno peggio.	L'azienda cerca di rendere l'HSE la priorità assoluta, e riconosce un contributo al ritorno finanziario che contribuisce alla HSE ritorno finanziario. L'azienda è disponibile ad accettare ritardi nelle operazioni in attesa che i contrattisti giungano a livelli di sicurezza adeguati. Il denaro ancora conta molto.	Il Management crede che la gestione HSE produca risultati economici.

Tabella 3 Descrizione dei livelli di cultura della sicurezza e relativi aspetti organizzativi (Parker, 2006).

1.5 COME SI PUÒ CAMBIARE LA CULTURA

Cambiare la cultura è un processo difficile, lento e soggetto a frequenti insuccessi. Edgar Schein ha pienamente ragione quando consiglia di cercare di cambiare la cultura solo quando vi è uno specifico problema da risolvere, e solo se è possibile farlo a partire dai punti di forza esistenti sul piano culturale. Dalle parole di Schein, (Schein, 1999, pp. 160-161)²⁴:

²⁴ Schein, E.H., (1999), *"Cultura d'impresa. Come affrontare con successo le transizioni e i cambiamenti organizzativi"*. Traduzione italiana a cura di Raffaello Cortina, Milano. Simonetti S., 2002, *Il Rischio Ambientale*, Flaccovio Editore, Palermo.

Non bisogna mai partire dall'idea di cambiare una cultura, ma sempre dalle questioni che l'organizzazione sta affrontando. È solo nel momento in cui queste questioni di lavoro sono chiare che ci si dovrebbe chiedere se la cultura ne facilita o ostacola la soluzione. Inizialmente bisogna sempre pensare alla cultura come al punto d'origine della propria forza, ciò che resta dei successi del passato. Anche se alcuni elementi della cultura appaiono disfunzionali, è importante ricordare che rappresentano probabilmente solo una piccola parte all'interno di un più vasto insieme di elementi che continua a essere vitale. Se occorre fare dei cambiamenti rispetto al modo in cui sta funzionando l'organizzazione, occorre sforzarsi di costruirli a partire dai punti di forza esistenti nella cultura, *anziché* tentare di cambiare gli elementi che potrebbero essere deboli.

La cultura è difficile da cambiare perché differenti modi di intenderla implicano differenti strategie per il cambiamento. La prospettiva dell'integrazione, che vede la cultura come un tutto monolitico, sollecita un cambiamento totale e rivoluzionario dell'organizzazione, controllato da coloro che sono in una posizione di leadership. La prospettiva della differenziazione postula, invece, dei cambiamenti che abbiano un impatto sulle sottostrutture locali, e considera improbabili dei mutamenti onnicomprensivi dell'organizzazione. La prospettiva della frammentazione, dal canto suo, sostiene che tutti gli individui sono in costante cambiamento, e vengono a loro volta cambiati dalle culture stesse in cui vivono. I cambiamenti frammentati tendono a focalizzarsi su specifiche tematiche, anziché sulle sottostrutture o sull'intera organizzazione. A meno che non si affrontino insieme tutti e tre i tipi di cambiamento, il mutamento culturale risulta sempre in qualche misura incompleto. Per esempio, se si desidera che le persone segnalino un errore quando lo individuano, questo cambiamento designato viene promosso inizialmente come un'intenzione da condividere da parte di tutti, dando per assodata un'organizzazione unitaria che sarà ricettiva rispetto alla iniziativa dei responsabili. Ma "segnalare" significa cose diverse nelle diverse strutture. E la questione stessa del segnalare è ambigua, in quanto non è chiaro cosa fa ritenere un incidente tale da doverlo segnalare. A causa di queste complicazioni, il cambiamento della cultura spesso ha inizio da piccole cose, da un cambiamento nei simboli o nel comportamento (Weick, 2007).

Il cambiamento attraverso i simboli. Si può dare inizio al cambiamento culturale attraverso i simboli, gli artefatti che abbiamo citato in precedenza e che citeremo ancora in seguito. Cambiare un simbolo significa lavorare all'indietro nel cambiamento culturale. Prima si cambia il simbolo, poi i valori più recenti vengono articolati intorno al simbolo e associati a

19

esso, e infine si allineano le assunzioni con i nuovi simboli e valori. Si parte fondamentalmente da cambiamenti più semplici per produrre quelli più ampi e profondi. Gordon Bethune, il CEO molto creativo che ha gestito la riconversione delle Continental Airlines, è un maestro dei simboli. Una delle sue prime innovazioni fu promettere a tutti i quattromila impiegati della compagnia una gratifica di sessantacinque dollari, che avrebbero potuto riscuotere alla fine di ogni mese in cui la Continental fosse riuscita, rispettando gli orari dei voli, a piazzarsi tra le cinque migliori linee aeree nazionali nella classifica stilata dal Ministero dei trasporti degli Stati Uniti. Sebbene questa sia già di per sé una storia interessante, c'è un altro episodio che è a mio avviso più rappresentativo. La "scena" si svolse durante uno dei *roadshow* che Bethune condusse visitando le diverse sedi della compagnia per spiegare le proprie priorità. In un incontro a Newark, nel New Jersey, mentre Bethune stava illustrando il progetto delle gratifiche un impiegato si alzò in piedi, e disse che certamente era in grado di capire che persone come gli operatori all'imbarco, i programmatori, i meccanici, gli addetti ai bagagli e gli equipaggi degli aerei avrebbero potuto ottenere la gratifica, ma non riusciva invece a comprendere in che modo altri, come gli addetti alle prenotazioni, il cui compito era rispondere alle telefonate senza però avere mai un contatto diretto con i voli, "sarebbero riusciti a ottenere una fetta della torta". Come riusciva a giustificare Bethune l'assegnazione della gratifica anche a persone che durante il loro lavoro neanche si avvicinavano a un aereo? Bethune tirò su la manica della giacca, si tolse l'orologio dal polso e mostrandolo chiese all'impiegato: "Di quale parte di questo orologio pensa che non abbiamo bisogno?". L'impiegato non seppe rispondere e si sedette; il valore del lavoro di gruppo era stato reso perfettamente palpabile. L'immagine dell'orologio riusciva a dire del lavoro di gruppo di più, e in maniera più vivida, di quanto avrebbe fatto una targa laminata con sopra incise le parole "lavoro di gruppo" con caratteri maiuscoli. Successivamente Bethune spiegò in modo più esplicito la morale dell'orologio:

Ogni parte dell'orologio è non solo necessaria, ma anche importante come qualsiasi altra. Ognuno pensa di essere la lancetta delle ore, di essere la parte più importante dell'orologio. È nella natura umana. Ma per far andare l'orologio tutte le parti devono funzionare. E quando si ha a che fare con parti umane, la maniera migliore di farle funzionare è trattarle bene.

L'artefatto dell'orologio ha suggerito il *valore* del cooperare e rendere le persone più ricettive riguardo *l'assunzione* che sono le comunità a far funzionare le cose. L'orologio di Bethune non ha cambiato la cultura. Ma il fatto di continuare a vederlo al polso di un potente CEO ha funzionato per smuovere le convinzioni prevalenti riguardo a chi ha peso e chi non ne ha nella compagnia. L'orologio rappresentava un simbolo è servito come un messaggio credibile, coerente e intenso da parte del CEO, che calzava con quanto aveva già detto in altre sedi.

Il cambiamento mediante l'azione sui valori. Un'altra piccola ma importante svolta verso il cambiamento culturale è l'adozione del principio secondo cui gli individui possono agire a modo loro, purché all'interno dei nuovi valori. Se le persone compiono alcune azioni in maniera pubblica, irrevocabile e volontaria, tendono a vedersi (e gli altri tendono a vederle) come responsabili di tali azioni. E nel momento in cui si sentono responsabili per un'azione, percepiscono una certa pressione a trovare delle motivazioni plausibili del perché hanno scelto di realizzarla, anche se al momento non sono consapevoli di tali motivazioni

Supponiamo, ad esempio, che durante una convention un CEO della portata di Gordon Bethune dicesse: “abbiamo una nuova sfida che comporterà grandi sacrifici e sofferenze”. Mi rendo conto che alcuni di voi possano non sentirsi all'altezza di questo compito e desiderino trasferirsi a lavorare in qualche altro settore della nostra organizzazione. Io approverò questi trasferimenti. Adesso andiamo a pranzare. Dopo pranzo, se volete continuare ad andare avanti ad occuparvi del cambiamento che stiamo attraversando tornate in questa sala per la riunione pomeridiana. Se invece volete trasferirvi in qualche altro settore dell'organizzazione, andate in quell'altra sala che si trova al primo piano.

Ora, è probabile che la tentazione è di tornare indietro piuttosto che andare nell'altra sala, ma abbiamo la possibilità di scegliere. E nonostante ci sia pressione, non siamo costretti a tornare indietro. Il CEO potrebbe rafforzare questa possibilità di scelta se, dicesse: "Come ho detto prima di pranzo, tornare qui nel pomeriggio è una vostra scelta". Di fronte al fatto che dopo pranzo abbiamo scelto in modo irrevocabile e in pubblico di esporci a una sofferenza e a un sacrificio maggiore, è necessario dare una spiegazione del perché l'abbiamo fatto. In tal senso siamo più sensibili a giustificazioni come "Imparerò

molto da questa esperienza", "Questo ci permette di stabilire degli ottimi contatti", "Sono idee che possono cambiare l'intera compagnia" e "Questa è un'azienda in movimento". Stiamo convincendo noi stessi utilizzando queste motivazioni nuove e culturalmente accettate, semplicemente perché a questo punto è più facile cambiare le nostre convinzioni che cambiare le nostre azioni. La nostra attività di riassetto ha già avuto inizio, dal momento in cui gli altri ci hanno visto tornare e sederci in questa sala. Pertanto sarebbe più difficile cambiare questa azione ("Scusate, devo aver sbagliato sala") di quanto sia modificare le proprie convinzioni, soprattutto quando si hanno a portata di mano delle convinzioni a sostegno.

Questo, in termini sintetici ma essenziali, è il cambiamento culturale .

Dopo questa corposa disamina sulle politiche organizzative e della sicurezza sarebbe logico porsi una domanda: **“A quali contenuti devono giungere le politiche per poter conferire atteggiamenti mindful e affidabili?”**.

Il contenuto riguarda quei particolari dettagli che vengono condivisi in modo debole: approcci, priorità, assunzioni, aspettative, valori e pratiche specifiche che legano le persone. Per esempio, quando si dice che la cultura è "il modo in cui facciamo le cose da queste parti", quali "cose" si ha in mente esattamente? Quali sono i confini di "queste parti", e cosa viene considerato, invece, come collocato "al di fuori" dell'organizzazione?

Per poter entrare meglio nel merito dei contenuti, utilizzeremo come esempio la nozione di "cultura informata". Una cultura informata fornisce una buona illustrazione di cosa sia una cultura pienamente consapevole. Una cultura informata costituisce anche una pietra miliare della cosiddetta "cultura della sicurezza", e rappresenta una cornice analitica importante che dà ordine a eventi caotici come quelli connessi al famoso caso del Royal Infirmary di Bristol.

Il filo conduttore che accomuna le culture che si sforzano di essere pienamente consapevoli, informate e sicure è che tutte quante si focalizzano sul principio di precauzione. Esse cercano di "anticipare il peggio e attrezzarsi per affrontarlo a tutti i livelli dell'organizzazione", insomma c'è "preoccupazione per gli eventi critici". Per gli individui è difficile, perfino innaturale, restare cronicamente preoccupati ed è per questo motivo che la cultura organizzativa acquista per loro un significato profondo. Gli individui

possono dimenticare di preoccuparsi, ma la cultura di un'organizzazione ad alta affidabilità fornisce loro sia i promemoria che gli strumenti per aiutarli a ricordare.

Una cultura informata è "quella in cui coloro che gestiscono e fanno funzionare il sistema hanno una conoscenza aggiornata dei fattori umani, tecnici, organizzativi e ambientali che determinano la sicurezza del sistema complessivo"²⁵.

James Reason insiste molto sugli eventi e le entità che penetrano e fanno breccia nelle difese di un'organizzazione (le condizioni latenti) e presta dunque particolare attenzione a cercare di comprendere se una cultura della sicurezza crea e sostiene la precauzione ragionata. Reason sostiene che il modo migliore di mantenere queste condizioni di cautela sia quello di raccogliere e disseminare informazioni riguardo a incidenti, mancati incidenti e segnali condizioni di funzionamento del sistema.

Il problema è che una franca segnalazione di errori richiede fiducia nell'organizzazione e attendibilità. Entrambe sono difficili da sviluppare, facili da distruggere e difficili da istituzionalizzare. Reason sostiene che ci vogliono quattro subculture per garantire una cultura informata. Assunzioni, valori e artefatti devono allinearsi in modo coerente rispetto a:

1. **La cultura della segnalazione:** cosa va segnalato quando si fanno errori o si verificano mancati incidenti;
2. **la cultura dell'imparzialità:** in che modo viene attribuita la colpa nel momento in cui qualcosa va storto;
3. **la cultura della flessibilità:** in che misura ci si adatta a un incremento radicale e improvviso della pressione, del ritmo e dell'intensità;
4. **la cultura dell'apprendimento:** come si possono tradurre adeguatamente le lezioni che si sono apprese in nuove configurazioni relative ad assunzioni, cornici e azioni.

²⁵ Reason, J., (1998). *Achieving a safe culture: theory and practice*. Work and Stress 12 (3), 293-306.

Queste quattro subculture sono tutte necessarie per garantire l'informazione e la sicurezza delle attività. Al Royal Infirmary di Bristol si verificarono problemi relativamente a tutte e quattro. Nell'analisi che segue faremo particolare attenzione ai modi in cui una cultura meno informata finisce col generare una minore cautela e un maggior numero di incidenti mortali. È importante tenere a mente che i tragici eventi che descriveremo sono il frutto di pratiche caratterizzate da una scarsa consapevolezza riguardo alle criticità, alla semplificazione, alle attività in corso, alla resilienza e alla competenza.

Il caso della Royal Infirmary di Bristol

Il caso in questione ha coinvolto dei bambini cardiopatici al di sotto dell'anno di vita che avevano un cuore delle dimensioni di una noce e venivano sottoposti a complesse operazioni a cuore aperto per correggere alcune delle tante possibili anomalie coronariche. Gli eventi accaduti al Bristol Royal Infirmary (BRI) sono degni di nota: per cinque anni, nel periodo dal 1988 al 1994, in questa struttura ospedaliera il tasso di mortalità per operazioni di cardiocirurgia su bambini al di sotto di un anno risultò praticamente doppio a confronto con quello degli altri centri inglesi (Report of Public Inquiry, 2001). Per approfondire questo dato, fu costituita una commissione di inchiesta. La commissione arrivò a concludere che il servizio di Cardiologia pediatrica:

Per tutto l'intero periodo fu meno che adeguato in rapporto ai nostri standard di riferimento e per quanto riguarda la chirurgia a cuore aperto su tutti i bambini, sia sopra che sotto l'anno di vita. Ma questa valutazione, per quanto fondata su prove fidate e attendibili, si basa fortemente sul senno di poi. All'epoca, quando il servizio di Cardiologia pediatrica era meno che adeguato, per riuscire a cogliere questo punto di vista *sarebbe stata necessaria una disposizione mentale diversa rispetto a quella prevalente* nella dirigenza e nei medici che gestivano il servizio. Sarebbe stato necessario mettere da parte i principi allora prevalenti, basati sull'ottimismo, sulla curva dell'apprendimento e sul miglioramento graduale nel corso del tempo, e adottare quello che potrebbe essere definito il principio di precauzione. Questo non accadde, ed è una delle tragedie di Bristol.

Mettere a fuoco, come ha fatto la commissione, l'importanza di una "disposizione mentale diversa" significa collegare l'esperienza del BRI con la cultura che modella e sostiene ciò che le persone fanno (la cultura informata), e come credono di saperlo (la piena consapevolezza).

Il Royal Infirmary, insieme al Royal Hospital (altrimenti noto come Ospedale Pediatrico), è una clinica universitaria collegata alla facoltà di Medicina dell'Università di Bristol, situata nel sud-ovest della Gran Bretagna (ibidem, p. 23). Nel 1984 il Servizio Sanitario Nazionale inglese designò il BRI come centro per la chirurgia a cuore aperto, mentre all'Ospedale pediatrico veniva attribuita la competenza per le operazioni a cuore chiuso. Il presupposto del Servizio Sanitario era che l'unità di cardiocirurgia pediatrica dovrebbe impegnarsi a eseguire un certo numero di casi al fine di assicurare dei buoni risultati nel suo campo specifico. L'idea di fondo era che, quanto maggiore fosse stata la pratica, tanto migliore sarebbe divenuto il centro chirurgico, e conseguentemente tanto maggiori sarebbero state le probabilità per i medici di fare esperienza, nel corso del tempo, di una gamma completa di condizioni e complicazioni rare.

Per la direzione degli ospedali e delle unità chirurgiche a Bristol, le autorità sanitarie locali e la commissione ospedaliera facevano affidamento sul CEO, il dottor John Roylance. A sua volta Roylance dette mandato in tal senso al dottor James Wisheart, uno dei due chirurghi pediatrici che operavano i neonati. Wisheart era un medico molto ammanicato, che deteneva anche altre posizioni all'interno del BRI come direttore associato della chirurgia cardiaca e presidente della commissione medica dell'ospedale. L'altro chirurgo pediatrico era il dottor Janardan Dhasmana. Wisheart e Dhasmana operavano sia bambini sia adulti, ma la cardiocirurgia pediatrica era solo una piccola parte dell'attività complessiva di chirurgia cardiaca. Gli esperti erano concordi nel ritenere che il numero minimo di casi necessari a un centro per mantenere una competenza sufficiente fosse di circa 80-100 operazioni a cuore aperto all'anno, ossia 40-50 operazioni per ognuno dei due chirurghi (ibidem, p. 104). All'epoca, al BRI il numero di casi di cardiocirurgia pediatrica riguardante i bambini al di sotto dell'anno era basso, con una media di quarantasei bambini suddivisi tra i due chirurghi.

Quando il programma di cardiocirurgia pediatrica ebbe inizio, le sue performance vennero messe direttamente a confronto con quelle degli altri undici programmi del Servizio Sanitario. Ma mentre durante i sette anni seguenti le performance degli altri centri aumentarono costantemente, quelle di Bristol non fecero registrare miglioramenti. Nel corso di questi anni la qualità delle cure somministrate dal

centro fu oggetto di almeno centouno segnalazioni formali, alcune delle quali provenivano dal dottor Stephen Bolsin, uno specialista di anestesia che aveva iniziato a lavorare al BRI nel 1988. Bolsin notò immediatamente le differenze tra la sua precedente esperienza lavorativa al Brompton Hospital e l'attività svolta al BRI. A differenza del Brompton, le operazioni al BRI duravano più a lungo, e ciò significava che i neonati dovevano restare sotto le macchine del bypass più tempo, con conseguenze negative più serie. Nel 1995 la morte di numerosi bambini portò gli eventi a un punto limite e le operazioni furono interrotte. I genitori chiesero che venisse condotta un'inchiesta. L'inchiesta ebbe inizio il 18 giugno 1998, e terminò con la pubblicazione di un rapporto nel luglio 2001. La commissione ascoltò 577 testimoni, inclusi 238 genitori; studiò 900.000 pagine di documenti; esaminò 1800 cartelle cliniche; raccolse testimonianze orali relative a 96 giornate; commissionò 180 studi che vennero discussi nel corso di 7 seminari. Con provvedimenti separati, le licenze mediche di Roylance e Wisheart vennero revocate, e al dottor Dhasmana venne proibito per tre anni di operare bambini (Weick, 2007).

La cultura entra in gioco nella vicenda del Bristol Royal Infirmary perché nel rapporto finale la commissione d'inchiesta fa variamente riferimento al BRI come a una cultura orientata a chi fornisce il servizio (anziché al paziente), una cultura che evita di attribuire le responsabilità, una cultura elitaria in cui la carriera non dipende dalle proprie performance ma dall'appartenenza a un circolo ristretto, una cultura della paura, una cultura orale, una cultura della giustificazione, una cultura del paternalismo ("i professionisti sanno cosa è meglio, quindi non fate domande"), una cultura dell'incertezza. Il fatto che in questa disamina il concetto di cultura appaia del tutto fuori controllo (nel senso che quella in vigore è responsabile degli effetti negativi registrati) suggerisce che nel caso del BRI siano presenti una differenziazione e una frammentazione culturale, e delle aspettative differenti rispetto a ciò che è appropriato. All'interno del sistema del BRI ci si aspetta, dunque, che siano soddisfatti in primo luogo i bisogni di chi fornisce il servizio, che venga distolta l'attenzione dalle colpe degli individui, che sia l'anzianità e non la competenza a determinare le decisioni, che la possibilità di parlare in modo aperto sia legata alla posizione che si occupa nella scala gerarchica, che niente venga messo per iscritto, che chi fornisce il servizio venga protetto mediante delle

giustificazioni, che fare domande sia visto in modo negativo e che l'incertezza sia ignorata anziché affrontata. Tratto comune a queste diverse "culture" è la loro chiusura rispetto all'attività di revisione e di contrasto delle criticità, e il loro focalizzarsi invece su una riduzione dell'incertezza basata sulla giustificazione dei risultati correnti. La fotografia fornita dalla commissione di inchiesta mostra delle pratiche basate sulla noncuranza, e con un interesse minimo rispetto alla possibilità di formulare domande, ottenere riscontri e approfondire i fatti. Il risultato è che i difetti del sistema passano inosservati. E, siccome non vengono osservati, rimangono in *incubazione* e si espandono, non essendo né anticipati, né contenuti. La vera questione al BRI era: le nostre pratiche sono "al di sotto dell'ideale" o sono invece "intollerabilmente scadenti".²⁶ "Al di sotto dell'ideale" implica che i professionisti all'opera hanno bisogno di maggiore apprendimento. "Intollerabilmente scadenti" significa che i chirurghi dovrebbero staccare la spina, smettere di operare e spedire i pazienti altrove. Le culture presenti al BRI favorivano la prima interpretazione e scoraggiavano la seconda.

Chiudiamo il paragrafo cercando di esplicitare nel caso di BRI le quattro subculture di Reason: segnalazione, imparzialità, flessibilità e apprendimento.

La cultura della segnalazione. Mentre la situazione stava evolvendo, il personale alla BRI avrebbe potuto essere più attento rispetto agli eventi inattesi, in modo da anticiparli, evitarli o ridurre la portata dei loro effetti. Se non si è a conoscenza di cosa sta succedendo, non si può avere un'idea di quanto sia sicuro per il paziente rimanere ricoverato, non si sa come intraprendere azioni correttive, non c'è apprendimento, e vi è un forte rischio che tutto ciò accadrà ancora.

Vi erano numerose caratteristiche, all'interno della cultura della segnalazione alla BRI, che limitavano la disseminazione di segnalazioni riguardo a errori e a possibili correzioni. Per esempio, il BRI era caratterizzato da una "cultura orale" in cui erano quasi del tutto assenti le comunicazioni scritte (per esempio, non si stilavano verbali di riunione). Ciò significa che, se si era al di fuori della ristretta cerchia al cui interno veniva discussa ogni cosa, non era possibile venire a conoscenza di ciò che gli altri colleghi avevano sperimentato e avevano imparato (ibidem, p. 202). Tale limitazione era ulteriormente

²⁶ Report of Public Inquiry, 2001, p. 163

peggiolata dal fatto che vi era un piccolo gruppo di persone ad alto livello che parlavano essenzialmente tra di loro, e costituivano quella che veniva definita "una cultura del club". Per esempio, i dottori Wisheart e Roylance, che erano stati compagni di scuola e si conoscevano da trent'anni, erano il centro del "club". Mettere in dubbio le performance di coloro che appartenevano al club significava essere sleali, e conseguentemente venir collocati al di fuori della cerchia ristretta ed essere fortemente limitati nell'accesso alle informazioni.

Vi erano, inoltre, altri problemi riguardo alle segnalazioni, uno dei quali era dovuto al modo in cui era intrinsecamente strutturato il servizio di cardiologia. Mentre le operazioni a cuore aperto erano eseguite al BRI, i cardiologi avevano la propria sede all'Ospedale Pediatrico. Quindi i neonati, subito dopo essere stati stabilizzati, dovevano essere portati al reparto dell'Ospedale Pediatrico, distante due isolati, per essere tenuti sotto osservazione dai medici nel periodo postoperatorio. In ognuna delle due sedi veniva redatto un insieme separato di annotazioni, e non sempre le annotazioni accompagnavano il bambino durante il trasferimento da un edificio all'altro. A peggiorare ulteriormente le cose, era in corso una faida territoriale tra gli staff delle infermiere dell'unità di terapia intensiva delle due sedi, e le infermiere dell'Ospedale pediatrico che, pur avendo più esperienza professionale, non erano disponibili a condividerla con le colleghe.

Da questi e altri esempi di errata cultura della segnalazione risulta in modo evidente che il BRI svolgeva la sua attività basandosi su informazioni di qualità insoddisfacente e che le scarse informazioni che possedeva venivano disseminate in modo estremamente limitato. Possiamo inoltre notare una considerevole mancanza di *mindfulness* in tali pratiche di segnalazione. I cinque principi dell'alta affidabilità risultano tutti violati: le criticità non vengono rese salienti, i decessi vengono etichettati come semplici anomalie, le procedure non sono rigorose, mancano interventi di recupero rispetto a condizioni di deterioramento e nel sistema non ci sono persone competenti a cui fare riferimento.

La cultura dell'imparzialità. La commissione d'inchiesta del BRI era pienamente consapevole dell'importanza di una cultura dell'imparzialità quando affermava che "un requisito cruciale di una cultura della sicurezza è la creazione di un ambiente aperto, libero e non punitivo in cui i professionisti della sanità possano sentirsi sicuri quando

segnalano eventi negativi o mancati incidenti" (ibidem, p. 16). Abbiamo già osservato come la cultura informata del BRI, oltre a non essere libera e aperta, fosse considerata anche propensa a punire. Ma la nozione di cultura dell'imparzialità mette in evidenza un'ulteriore caratteristica dell'essere informati.

Un'organizzazione è definita dal modo in cui gestisce rimproveri e punizioni e questo, a sua volta, può influenzare ciò che le segnalazioni portano in primo piano. Una cultura imparziale può essere definita come "un'atmosfera di fiducia in cui le persone sono incoraggiate, e financo premiate, quando forniscono informazioni essenziali per la sicurezza, ma in cui al tempo stesso c'è chiarezza riguardo a dove passa la linea tra comportamento accettabile e quello inaccettabile" (Reason, 1997, p. 195). Tale linea è cruciale perché separa il comportamento inaccettabile, che merita dei provvedimenti disciplinari, dal comportamento accettabile, che non solo non va punito, ma contiene anche un notevole potenziale per l'apprendimento. È impossibile eliminare completamente questa linea perché "una cultura in cui tutti le azioni sono immuni da punizione perderebbe credibilità agli occhi della propria forza lavoro" (Reason, 1998). Quando questa linea è chiaramente demarcata, solo il 10% circa delle azioni a rischio ricade effettivamente all'interno della categoria "inaccettabile" (Reason, 1997). Ciò significa che il restante 90% è irreprensibile e potrebbe essere segnalato senza timore di essere puniti. Ma se non è chiaro quali siano i motivi su cui si basa la punizione, se ci si vergogna ad ammettere gli errori e se il management affronta gli errori in maniera incoerente, quel 90% rimarrà nell'ombra. Di conseguenza il sistema avrà serie difficoltà a capire quanto è realmente vulnerabile.

Si nota che un punto debole nella cultura dell'imparzialità del BRI era la paura che verifiche interne informali delle pratiche e dei risultati clinici finissero nelle mani del management. "L'ansia di dissipare i timori che le informazioni potessero finire nelle mani del management (una prospettiva che, all'epoca, molti professionisti giudicavano inaccettabile) fece sì che il processo di valutazione medica venisse separato dal management e posto sotto la direzione dei medici. La valutazione non era vista come un meccanismo di controllo, ma più semplicemente come uno strumento per la "formazione".

Possiamo riscontrare ulteriori punti deboli rispetto alla cultura dell'imparzialità nel modo in cui venivano gestite le indagini sugli eventi avversi da parte del sistema sanitario

regionale. Queste indagini, che erano condotte in una "cultura dove prevaleva lo stigma e l'attribuzione di colpa", tendevano a selezionare "un individuo o un gruppo che si riteneva dovesse essere il responsabile. L'individuo veniva condannato [...] e la questione risolta, almeno fino al prossimo problema serio". La commissione d'inchiesta, inoltre, rimarcava l'errore evidente insito in questo approccio all'imparzialità :

Per quanto possa essere appropriato giudicare in modo critico alcuni individui, è spesso fin troppo facile limitarsi a questo tipo di reazione. In particolare, ciò svia l'attenzione dal contesto in cui tale individuo stava operando. L'individuo può essere sostituito, ma l'ambiente sottostante, che ha dato origine al problema, continua a sussistere. E solo questione di tempo, quindi, prima che lo stesso (o un analogo) insieme di problemi torni a manifestarsi nuovamente nello stesso luogo o altrove.

Essere pienamente consapevoli significa resistere alla tentazione potente di prendersela con gli individui. Questa pratica crea infatti un'atmosfera che tende a stigmatizzare le persone e a scoraggiarle dal far sentire il loro parere. Le persone che parlano per conto del sistema possono evitare questo stigma, ma solo se la cultura premia le pratiche che si preoccupano delle criticità del sistema. È una cosa difficile da fare, come evidenzia Diane Vaughan ²⁷:

Invariabilmente, quando le organizzazioni hanno dei problemi, le politiche rivolte ad attribuire la colpa dirigono la nostra attenzione verso certi individui e non altri. E, invariabilmente, la spiegazione accettata è qualche variante dell'"errore dell'operatore", che pone sotto il riflettore dei media qualcuno responsabile dell'attività in corso: il capitano della nave, un funzionario politico, un tecnico, un manager intermedio. In genere siamo, in larga misura, solo dei partecipanti in-volontari perché senza uno straordinario investimento di tempo e di energia non possiamo andare oltre le apparenze. Ma siamo anche complici, perché nella nostra interpretazione dei fallimenti evidenti introduciamo il desiderio di individuare il colpevole, una propensione alla spiegazione psicologica, un'incapacità di identificare le cause strutturali e culturali, e il bisogno di una risposta facile e semplicistica che può essere facilmente compresa. Ma la risposta è raramente semplice.

²⁷ Vaughan, D., (1996), *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture and Deviance at NASA*, University of Chicago Press, Chicago USA.

La cultura della flessibilità. Una cultura flessibile è quella capace di adattarsi a richieste che cambiano. James Reason mette la flessibilità sullo stesso piano del cambiamento delle strutture di autorità, che abbiamo discusso analizzando il quinto processo della *mindfulness*, il rispetto per la competenza. L'assunzione fondamentale su cui si basa la necessità di una cultura flessibile è che le informazioni tendono a fluire più liberamente quando le gerarchie vengono appiattite e hanno rispetto della competenza tecnica. Pertanto, flessibilità e rispetto procedono di pari passo. Il punto centrale, in qualunque discussione sulla flessibilità, è rappresentato da un elemento che è risultato essenziale anche per la riflessione della commissione d'inchiesta sul Bristol Royal Infirmary. I centri di chirurgia cardiaca che avevano un tasso di mortalità minore del BRI "ottenevano risultati migliori nell'intervenire rispetto alle complicazioni che sopravvenivano", cioè a parità di serietà delle complicazioni le riconoscevano prima e le trattavano con maggiore efficacia" (Report of the Public Inquiry, 2001, p. 243). Tale dato sottolinea l'importanza del principio HRO dell'impegno alla resilienza e adombra il tipo di cultura flessibile che Reason sembra avere in mente. Le aspettative diffuse presso il BRI riflettevano una cultura della rigidità piuttosto che della flessibilità. Ma al Royal Infirmary era all'opera anche una forma bizzarra di flessibilità. Si ricordi che, presso questa struttura non vi era un chirurgo pediatrico specializzato nel settore della cardiologia. Per anni erano state fatte saltuariamente delle ricerche per trovarne uno, e il punto di vista del personale medico era che ci si doveva arrangiare fino a quando non si fosse trovato qualcuno per coprire quel ruolo (cosa che avvenne infine nel 1995). Definivano questo approccio "adatta e ripara" e, per quanto nobile possa suonare, si tratta di un invito a produrre disastri. Come affermò la commissione d'inchiesta, "questo genere di approccio è definitivamente senza speranza, in quanto sacrifica la preparazione dei professionisti sfruttandola all'estremo, e risulta inutile come strategia per il futuro". Inoltre è potenzialmente inutile anche perché mette nelle mani degli individui, e non del sistema, la responsabilità della flessibilità.

Un ulteriore elemento di inflessibilità al BRI risiedeva nel modo in cui era organizzato il giro in corsia dei medici nell'unità di terapia intensiva. Nella gestione postoperatoria dei pazienti, il chirurgo e l'anestesista effettuavano dei giri separati. "Di

conseguenza le infermiere si trovavano a ricevere indicazioni che erano in conflitto: una linea d'azione indicata da un medico poteva essere cambiata da un altro nel corso del giro in corsia successivo". Questa rigida pratica dei giri separati si protraeva senza interruzioni a causa delle suddivisioni esistenti tra le specialità, spesso portando ad annullare dei complessi protocolli di trattamento già messi in opera dai sanitari che avevano visitato il bambino in precedenza. Dato che la comunicazione tra specialisti era minima, i conflitti rispetto ai protocolli di trattamento tendevano a durare più a lungo di quanto fosse ragionevole, specialmente se consideriamo che i pazienti erano neonati le cui condizioni possono cambiare in modo molto più rapido di quanto avvenga per i pazienti adulti.

La cultura dell'apprendimento. Se le informazioni prodotte in modo chiaro e per tempo da persone bene informate vengono rese disponibili e disseminate, una cultura informata può iniziare a diventare una cultura dell'apprendimento. La combinazione di segnalazioni chiare, imparzialità e flessibilità consente agli individui di osservare le *best practices* che hanno luogo all'interno del proprio contesto, e di indirizzarsi verso la loro adozione. Una cultura informata apprende attraverso discussioni continue rispetto alle discrepanze che sono in costante mutamento. Tali discussioni promuovono l'apprendimento, in quanto identificano nuove cause di rischio e pericolo e nuovi modi di affrontarle.

Al BRI l'apprendimento non era diffuso. Frasi come questa ricorre più e più volte all'interno del rapporto d'inchiesta: "Si convincevano troppo facilmente che i loro risultati scadenti erano frutto della malasorte o che le cose sarebbero migliorate". Uno dei costituenti della commissione d'inchiesta, il dottor Mare de Lavai, chiarisce quali sono gli aspetti che avrebbero consentito di sviluppare una migliore subcultura dell'apprendimento al BRI:

Nel rammaricarci per loro, dobbiamo imparare tutti a "far tesoro degli errori", per via di quello che possono insegnarci per il futuro. Ciò esige un'organizzazione estremamente matura e, allo stesso tempo, una società matura. Significa che occorre abbandonare il facile linguaggio della colpa a favore di un impegno a comprendere e apprendere. Richiede una leadership significativa, ed esige un'azione pratica equipaggiata in modo tale da essere più aperta rispetto agli sbagli e agli errori.

Al BRI le opportunità di apprendimento erano spesso trascurate. Quando i pazienti esprimevano le loro preoccupazioni, che normalmente sarebbero state un'occasione di apprendimento, tali preoccupazioni venivano classificate come "lamentele". Venivano intraprese delle azioni per NEUTRALIZZARLE o difendersi da esse, anziché cercare dei riscontri che avrebbero permesso di ottenere dei miglioramenti (ibidem, p. 300). Coerentemente con questo atteggiamento difensivo, il personale non si attivava nel cercare i possibili motivi di lamentela, ma semplicemente si aspettava che venisse fatto reclamo (ibidem, p. 297). Benché fosse esplicitamente dovere dei medici al BRI "mettere alla prova le proprie spiegazioni un po' "troppo facili", ciò non accadeva.

Nonostante il sostegno culturale fosse minimo, vi erano comunque dei momenti di apprendimento al BRI. Per esempio, le operazioni riguardanti la sostituzione dell'arteria coronarica furono sospese nel settembre del 1992 dopo la morte di cinque neonati. In dicembre il dottor Dhasmana fece visita a un cardiocirurgo pediatrico all'Ospedale Pediatrico di Birmingham, dove poté discutere della procedura, osservare un'operazione e registrare un video dell'intervento, che riportò poi con sé come strumento di consultazione (ibidem, p. 143). In luglio il dottor Dhasmana ritornò a Birmingham per un ulteriore periodo di formazione, e dopo averlo completato decise di interrompere gli interventi di sostituzione dell'arteria coronarica in quanto non si riteneva ancora in grado di operare i neonati, così come invece già faceva con gli adulti. Benché questo episodio avrebbe potuto servire da modello per il resto del personale, ciò non accadde, perché l'apprendimento e le pratiche dirette a produrlo non erano valorizzati. Non lo erano perché la convinzione prevalente era che i risultati negativi fossero dovuti a casi eccessivamente complessi, e non a inadeguatezze che avrebbero potuto essere colmate attraverso l'apprendimento e una condivisione dell'informazione.

La lezione

Vi erano così tante deroghe rispetto alla sicurezza, alla piena consapevolezza e a una cultura informata al BRI, che si potrebbe finire col giudicare l'analisi precedente un po' come "sparare sulla Croce Rossa". Il sistema del BRI era così chiaramente difettoso che sembra non valga neppure la pena soffermarsi sui suoi problemi. Ma se i difetti appaiono

così ovvi a noi, perché non lo erano per le persone che facevano parte del servizio? Avremmo saputo fare di meglio in una cultura che, se non si era parte della stretta cerchia degli eletti, preferiva lasciare che le persone lavorassero all'oscuro? Saremmo stati in grado di capire la misura della nostra incompetenza, considerato che la valutazione delle nostre performance era affidata a noi stessi? Avremmo avuto più probabilità di successo nell'esprimere chiaramente il nostro punto di vista, dal momento che nessun altro nel sistema sembrava prestare ascolto? Avremmo saputo resistere alla seducente spiegazione che i bambini erano morti perché il loro caso era complesso, e non perché non avevamo competenze sul fidenti per intervenire sui loro cuori? E, a fronte di informazioni vaghe, avremmo rifiutato la spiegazione che le cose stavano *gradualmente* migliorando e sarebbero andate ancora meglio se il personale infermieristico fosse stato più esperto? Probabilmente no.

La cultura è una mano invisibile, ma anche pesante. Le norme ci controllano "cosa facciamo qui da noi" e "cosa ci aspettiamo da queste parti" uniscono gli individui, in quanto questi ultimi desiderano appartenere a gruppi di specialisti simili a loro, ed essere stimati da tali specialisti. Se proviamo a rileggere la definizione di cultura data da Edgar Schein precedentemente, ciò che colpisce è che tale definizione è fondata sull'adattamento e l'apprendimento, ma al tempo stesso non spiega chiaramente gli elementi specifici di tale adattamento. La cultura è costruita sulla base di pratiche che funzionano. Anche se tali pratiche funzionano secondo modalità che gli estranei aborriscono, tuttavia queste pratiche riescono in qualche misura a tenere insieme i sistemi, e questo è il motivo per cui sono così difficili da cambiare. Il Bristol Royal Infirmary aveva imparato ad affrontare i suoi problemi interni ed esterni attraverso una razionalizzazione che vedeva il proprio lavoro come centrato su casi complessi e inusuali, una conclusione che del resto veniva sostenuta dalla sua debole *mindfulness*, dalla limitatezza delle informazioni e dalla concentrazione del potere.

Cambiare la cultura significa modificare le pratiche, gli artefatti, i valori e le assunzioni, in genere confrontandosi in quest'ordine con queste quattro dimensioni, partendo dal presupposto che le persone, agendo, fanno proprie le nuove convinzioni e i nuovi valori. Il cambiamento in direzione di una maggiore *mindfulness* spesso implica uno spostamento verso una cultura più informata, che si fonda sulla segnalazione,

sull'imparzialità, sulla flessibilità e sull'apprendimento. Abbiamo utilizzato le idee di James Reason riguardo alla cultura informata per mostrare come la disattenzione nei confronti della piena consapevolezza abbia contribuito a causare un alto numero di decessi al Bristol Royal Infirmary, e come una migliore disposizione verso i processi *mindful* avrebbe potuto prevenire quella tragedia.

CONCLUSIONI

Nell'ambito della formulazione di una o più prove rispetto ad un illecito amministrativo con reato presupposto, occorre essere molto ben consapevoli che l'infortunio, l'eventuale reato e le responsabilità connesse sono conseguenze di un fallimento dell'organizzazione. Per meglio dire si tratta di incidente organizzativo legato ad una fallacia del modello di governo dei rischi aziendali.

La Cultura della Sicurezza, abbiamo visto, non è un oggetto effimero ma il primo ingrediente di un'organizzazione affidabile. Si pensi agli innumerevoli disastri citati in precedenza, lo stile del Comandante Brown e la triste storia dell'ospedale di Bristol

E' importante sottolineare che esiste un approccio scientifico che fornisce una visione *pratica* su come si può valutare all'interno di un'organizzazione la cultura della sicurezza. Trattasi della più concreta espressione del famigerato Commitment che sta alla base degli standard internazionali che forniscono la presunzione di esimente ai fini del d.lgs. 231/2001. Infatti, sebbene il testo debba essere ancora aggiornato, i modelli organizzativi ritenuti esimenti, ora conformi allo Standard OHSAS 18001:2007, lo dovranno essere alla Nuova Norma emessa di recente, la ISO 45001:2017 la quale pone estrema enfasi sulla Leadership e il Commitment, i precursori delle Culture aziendali.

Si è detto dell'approccio scientifico. A tal proposito, risulta utile fare menzione della validità della prova scientifica²⁸ come strumento dirimente ai fini della validità della

²⁸ Vedasi i criteri di Daubert trattati nella Sentenza di Cassazione, Sez. IV n. 43786 (Cozzini e altri).

stessa. La Cultura della Sicurezza, trattata in questi termini, può avere un peso rilevante anche ai fini processuali poiché essa costituisce il pilastro di un Modello Organizzativo.

La cultura della sicurezza, si è dimostrato precedentemente, può essere causa di eventi tragici. E' essenziale dunque, ad esempio nella ricerca degli elementi di prova, essere attrezzati per valutare e argomentare nelle varie fasi dell'azione penale in merito a questa componente vitale di un'azienda.

Si vede dunque la componente criminologica²⁹ richiamata nella parte iniziale del testo la quale sollecita la necessità di mettere in campo, nella ricerca delle responsabilità, non solo questioni tecniche ma soprattutto gli elementi psicosociali e cognitivi che guidano le decisioni dei Manager che possono dare luogo ad un comportamento che può avere un'eziologia criminale.

In estrema sintesi, si vede anche la Cultura della Sicurezza in termini criminalistici e come elemento chiave di un Modello Organizzativo. Questo, se trattato in modo "adeguato", può costituire prova ad alta connotazione scientifica ai fini della formulazione di una prova a dimostrazione dell'esistenza, o meno, di un Modello Organizzativo come richiamato dall'art. 30 del d.lgs. 81 del 2008.

²⁹ Nel senso delle macro cause psicosociali che possono dar luogo ad incidenti e quindi profili di responsabilità penali