

Scuola di Dottorato in Sociologia e Ricerca Sociale - XXIV ciclo
Indirizzo: Information Systems and Organizations

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale



**LA SICUREZZA COME PRATICA E NETWORK
ETEROGENEO. LA SALA OPERATORIA E
L'ALLINEAMENTO DELLA SOCIOMATERIALITÀ**

Tesi di Dottorato

Relatore: Attila Bruni

Correlatrice: Silvia Gherardi

Dottoranda: Giusi Orabona

Anno Accademico 2010/2011

Ai miei genitori

Indice

INTRODUZIONE	9
---------------------------	----------

CAPITOLO 1

La sicurezza organizzativa. Un percorso dal dibattito sociologico a quello clinico e manageriale	15
Introduzione	15
1.1. La sicurezza organizzativa in sociologia: dalle origini all'approccio culturale	16
1.1.1. La sicurezza organizzativa: primi approcci e prospettive di analisi	17
1.1.2. Sicurezza e cultura della sicurezza	19
1.1.3. La sicurezza come pratica e come cultura	22
1.1.4. La sicurezza organizzativa come sapere situato	24
1.1.5. Le dinamiche comunicative: tra negoziazione e condivisione della sicurezza	27
1.1.6. Processi di sensemaking: le costruzioni di senso che 'fanno' la sicurezza	30
1.1.7. Oggetti tecnici e artefatti tecnologici: i non-umani che fanno la sicurezza	33
1.2. La sicurezza: dinamiche e processi a confronto nel dibattito medico e manageriale	36
1.2.1. La dimensione interprofessionale e i processi di apprendimento	38
1.2.2. Le dinamiche comunicative e gli stili di leadership: fattori di rischio o garanzia di sicurezza?	41
1.2.3. Artefatti tecnologici e oggetti tecnici: tra ottimismo e scetticismo	46
Conclusioni	50

CAPITOLO 2

La sicurezza nella pratica medica	53
Introduzione.....	53
2.1. Azione situata, Practice Based Studies e tecnologia-in-uso	55
2.2. Pratica medica e sociomaterialità	59
2.3. Pratica medica e corpi.....	63
Conclusioni.....	67

CAPITOLO 3

Il contesto e la metodologia della ricerca.....	71
Introduzione.....	71
3.1. La sicurezza in sala operatoria: una questione internazionale nel quadro normativo italiano.....	72
3.2. La metodologia della ricerca e i casi di studio: uno sguardo d'insieme	75
3.2.1. L'etnografia organizzativa: immergersi nel contesto	77
3.2.2. I due volti del lavoro sul campo: l'Ospedale Santa Flavia e l'Ospedale Francesca Serio.....	78
3.3. L'accesso al campo: istruzioni per l'uso	82
3.3.1. Gli accessi al campo: l'Ospedale Santa Flavia e l'Ospedale Francesca Serio	83
3.3.2. Fare etnografia in sala operatoria: gli attori organizzativi e l'attenzione alla sicurezza	86
3.4. Raccontare l'etnografia: brevi istruzioni per il lettore.....	89
Conclusioni.....	90

SEZIONE PRIMA.

L'ospedale Santa Flavia e gli spazi multipli	93
---	-----------

CAPITOLO 4

Sala operatoria e non umani: quando le pratiche tecnologiche fanno la pratica medica	101
Introduzione.....	101
4.1. Pratica medica e non umani al lavoro: gli “oggetti operatori” e gli oggetti di uso comune.....	102
4.2. Pratica medica e non umani al lavoro: gli “oggetti protettivi”	113

Conclusioni.....	121
 CAPITOLO 5	
Le competenze esperte e le conoscenze sensibili che “fanno” la sicurezza	125
Introduzione.....	125
5.1. La sicurezza in sala operatoria: tra esperienza, sensibilità e contesto d’azione	127
Conclusioni.....	144
 CAPITOLO 6	
Dinamiche comunicative e pratica medica: un binomio eterogeneo.....	147
Introduzione.....	147
6.1. Il volto istituzionale: dinamiche comunicative tra spazi e tempi delle pratiche mediche	148
6.2. Quando comunicare è istruire.....	155
6.3. Il volto ordinario: quando parlare fa il clima.....	165
Conclusioni.....	168
 SEZIONE SECONDA. L’Ospedale Francesca Serio e le equipe allargate	
171	
 CAPITOLO 7	
Sicurezza operatoria e non umani in pratica.....	179
Introduzione.....	179
7.1. La sicurezza operatoria: gli “oggetti operatori” e gli oggetti di uso comune al lavoro	180
7.2. Gli “oggetti protettivi” e la sicurezza che si indossa	188
Conclusioni.....	194
 CAPITOLO 8	
Competenze esperte e conoscenze sensibili nelle equipe allargate	197
Introduzione.....	197

8.1. La sicurezza in pratica tra competenze esperte e conoscenze sensibili: facendo s'impara	198
Conclusioni.....	211

CAPITOLO 9

Sicurezza e pratiche comunicative in sala operatoria	215
Introduzione.....	215
9.1. Le dinamiche comunicative in sala e la scansione delle pratiche mediche.....	216
9.2. Comunicare la sicurezza in pratica: istruzioni per l'uso.....	223
9.3. Dinamiche comunicative ordinarie e clima operatorio.....	231
Conclusioni.....	236

CONCLUSIONI: LA SICUREZZA COME PRATICA E NETWORK ETEROGENEO..... 239

Riferimenti bibliografici	245
Ringraziamenti.....	259

INTRODUZIONE

A luglio del 2008, quando ho iniziato la ricerca che ha dato vita a questa tesi, avevo appena ultimato la stesura di una bibliografia ragionata sul tema della sicurezza organizzativa. La questione della sicurezza operatoria, fino a qualche mese prima, mi era assolutamente sconosciuta. Le uniche cose che sapevo erano quelle legate ai casi di cronaca che sono frequentemente sotto gli occhi di tutti: avevo sentito parlare di malasanità, di errore medico, di morti sospette, ma non mi ero mai interrogata sulla sicurezza operatoria come oggetto di analisi sociologica. Finché non ho iniziato il lavoro sul campo prendendo parte ad un progetto di ricerca. Da quel momento, mi sono appassionata all'argomento, scegliendolo come oggetto di studio della tesi di dottorato.

L'obiettivo che mi sono posta in questa tesi mira all'analisi della sicurezza all'interno delle sale operatorie quale pratica situata, vale a dire non come mera "assenza di errori", ma piuttosto come capacità emergente di un contesto organizzativo di funzionare in maniera affidabile, ri-configurando le pratiche mediche quando si verifica un breakdown.

L'intento di questa ricerca è fornire risposte ai seguenti interrogativi: come si costruisce la sicurezza all'interno delle sale operatorie? Quali sono le dinamiche organizzative e lavorative che permettono agli attori organizzativi di performare pratiche mediche sicure? In che modo le diverse dinamiche che entrano in gioco nel corso delle attività quotidiane in sala operatoria favoriscono/ostacolano la creazione e la stabilizzazione della sicurezza?

A partire da questi quesiti ho iniziato la conduzione della mia ricerca e ho elaborato le pagine che seguono.

Qualunque sia la lente attraverso cui si guarda alla sicurezza organizzativa, essa appare comunque una questione assai complessa e, soprattutto, che cattura l'attenzione dell'opinione pubblica e degli "addetti ai lavori" per via delle conseguenze che anche minime disattenzioni possono avere in termini di vite

umane e di costi a livello individuale, organizzativo e sociale. L'attenzione degli studiosi in campo sociologico ed in campo clinico-manageriale si è concentrata negli ultimi anni sulla questione della sicurezza all'interno degli ospedali guardandola come qualcosa che non dipende da responsabilità di carattere individuale (Catino, 2006) o da fattori di tipo psicologico (Reason, 2000), ma piuttosto da dinamiche di tipo organizzativo.

Già da diversi anni si parla di “cultura della sicurezza” e di “clima della sicurezza” all'interno delle organizzazioni ospedaliere (Turner, 1978; 1991), a voler enfatizzare come la sicurezza dipenda dalla quotidianità lavorativa e dalle dinamiche che prendono forma all'interno del contesto di riferimento. Focalizzare l'attenzione sugli aspetti del lavorare e dell'organizzare nel quotidiano, permette di analizzare le condizioni che possono favorire o ostacolare il verificarsi di incidenti o situazioni a rischio (Catino, 2006). La sicurezza in quest'ottica diviene essa stessa una pratica, qualcosa che si realizza a partire dalle performance degli attori organizzativi coinvolti nelle attività quotidiane. La lente attraverso cui ho deciso dunque di indagare la sicurezza operatoria è quella dei *practice-based studies*. La sicurezza diviene così l'esito dell'allineamento di elementi differenti (Middleton e Brown, 2002), una competenza che si realizza in pratica, socialmente costruita e trasmessa collettivamente (Gherardi e Nicolini, 2000; Gherardi, 2006a). La sicurezza, proprio in quanto pratica e non mero attributo di tecnologie, oggetti, norme o attori, è una capacità che viene realizzata e performata continuamente a partire dalla maniera in cui molteplici dinamiche si relazionano e si allineano tra loro. Tali relazioni non sono definite una volta per tutte, ma piuttosto vengono intrecciate, allineate e dis-allineate di continuo.

A partire da questa illustrazione preliminare del filo rosso che mi ha guidato nel lavoro sul campo e nella stesura della tesi, descriverò ora come ho deciso di strutturare le pagine che seguono.

Ho dedicato il primo capitolo ad approfondire le differenti interpretazioni e letture che, in sociologia e in campo clinico-manageriale, sono state date della sicurezza organizzativa. Il percorso intrapreso ha voluto fornire spunti di riflessione sul modo in cui due letterature differenti hanno mutato concezioni e

modalità di studio di questa complessa tematica. In particolare, all'interno di ciascun dibattito ho voluto porre l'accento sul percorso intrapreso dagli studiosi e sui punti di contatto che accomunano due letterature per certi versi opposte e per altri strettamente vicine. Dalla rassegna della letteratura fornita, infatti, ciò che emerge è che in entrambi gli ambiti di studio le dinamiche e i processi che risultano fortemente implicati nella costruzione della sicurezza fanno spesso capo a identici processi lavorativi e dinamiche organizzative e, più in generale, alle attività quotidiane che si realizzano all'interno dei tessuti organizzativi in questione.

Anche alla luce della letteratura analizzata nel primo capitolo, nel secondo ho scelto di fornire spunti di riflessione per guardare alla sicurezza organizzativa come un fare che coinvolge umani, non-umani, forme simboliche e testuali (Gherardi e Nicolini, 2000). In virtù di questo "fare", la sicurezza va analizzata alla luce del paradigma dell'azione situata (Suchman, 1987), nonché attraverso i *Practice-Based Studies* (Gherardi, 2000; 2006). Il capitolo in questione è dunque dedicato ad illustrare nel dettaglio questa lente di analisi, centrando in un primo momento il focus sulle questioni nodali che studi e ricerche *Practice-Based* hanno portato alla ribalta all'interno degli studi organizzativi:

- il contesto quale situazione e costruzione in divenire e non come mero contenitore di eventi ed attività;
- la tecnologia-in-uso e dunque la materialità considerata imbrigliata al contesto ed alle relazioni che in esso hanno luogo;
- la conoscenza come attività situata, creata e trasmessa "in pratica".

In un secondo momento, invece, a partire dal ruolo di primo piano che la tecnologia riveste nelle ricerche di stampo *Practice-Based*, focalizzerò l'attenzione sul concetto di sociomaterialità. Più nello specifico, la pratica medica verrà analizzata guardando agli studi ed alle ricerche che, puntando l'accento su ciò che accade all'interno dei contesti ospedalieri, individuano nella materialità un elemento indissolubilmente intrecciato alla socialità. Infine, un ultimo sguardo verrà rivolto al ruolo che in ottica *practice-based* i corpi "al lavoro" e "in cura" rivestono nella costruzione e ricostruzione delle pratiche mediche. La pratica

medica si realizza sui corpi e per mezzo dei corpi e ciò fa sì che questi ultimi rappresentino un anello di congiunzione di diverse pratiche che hanno luogo in contesti medici.

Il terzo capitolo sarà interamente dedicato ad approfondire il contesto empirico di riferimento e la metodologia di ricerca adottata. Illustrerò anzitutto la questione della sicurezza all'interno delle organizzazioni ospedaliere, facendo riferimento alla portata del fenomeno in termini di statistiche nazionali ed internazionali, di interventi e programmi specifici per la riduzione degli errori, nonché di procedure e protocolli adottati nel nostro Paese e a livello internazionale. Mi concentrerò poi sulla metodologia di ricerca, descrivendo la strategia empirica messa in atto e il modo in cui ho scelto di analizzare la sicurezza operatoria. Nello specifico, seguendo la logica del *theoretical sampling* (Glaser e Strauss, 1967), ho scelto due realtà ospedaliere e dunque i blocchi operatori di due strutture differenti, l'Ospedale Santa Flavia e l'Ospedale Francesca Serio. La scelta è ricaduta su queste due realtà organizzative per via della differente attenzione che ciascuna di esse ha dedicato all'implementazione di strategie finalizzate al miglioramento della sicurezza all'interno della struttura. Ho ritenuto questo aspetto fondamentale al fine di riuscire a cogliere le modalità con cui la sicurezza viene costruita attraverso la quotidianità operatoria anche in relazione alle eventuali specifiche misure che i vertici organizzativi decidono di attuare. Illustrando nel dettaglio i due setting di ricerca, focalizzerò l'attenzione sulle modalità di accesso, nonché sulle caratteristiche strutturali delle due realtà organizzative. In particolare, descriverò in un primo momento le peculiarità di ciascuno dei due setting in relazione all'attenzione dedicata alla questione della sicurezza operatoria, per poi proporre una riflessione relativa alle differenze architettoniche e strutturali delle due realtà organizzative. Concluderò il capitolo con una descrizione delle modalità con cui le diverse caratteristiche strutturali hanno influito sulla mia permanenza sul campo, nonché con una breve riflessione circa l'etnografia quale racconto e la modalità di presentazione dei risultati da me prescelta.

Dopo aver così esposto nella prima parte della tesi il framework teorico e metodologico di riferimento, entrerà nel vivo della ricerca empirica, presentando l'analisi del materiale raccolto in ciascuno dei due contesti di riferimento. Questa sarà suddivisa in due sezioni (ciascuna delle quali relativa ad un setting di ricerca), identiche tra loro per struttura. In particolare, introdurrò in un primo momento il lettore nella realtà di riferimento illustrando la routine operatoria attraverso la descrizione di un intervento tipo, in modo da cogliere preliminarmente le sfaccettature dell'attività chirurgica e dunque delle pratiche di lavoro quotidiano che hanno luogo all'interno delle sale operatorie. Solo dopo questa illustrazione, procederò con l'analisi del materiale empirico attraverso tre capitoli, ciascuno dei quali finalizzato ad indagare e comprendere una specifica dinamica organizzativa che contribuisce alla costruzione della sicurezza quale pratica situata. Nello specifico, per ciascuna sezione, i tre capitoli avranno rispettivamente come oggetto l'analisi di:

- dinamiche connesse all'utilizzo di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici che accompagnano le attività operatorie (DPI, macchinari per il monitoraggio dei parametri vitali dei/le pazienti, oggetti operatori quali bisturi, aspirafumi, ecc.). Come si vedrà, la sicurezza dipenderà non solo dal loro utilizzo e dal loro funzionamento, ma anche dalla maniera in cui questi vengono utilizzati e tradotti in pratica;

- dinamiche che fanno riferimento alle competenze esperte ed alle conoscenze sensibili degli attori organizzativi. Le differenti visioni professionali fanno sì che i membri dell'equipe orientino le proprie conoscenze sensibili e expertise su alcuni aspetti del processo operatorio; dal modo in cui tali visioni si intersecano tra loro dipenderà una maggiore o minore sicurezza all'interno delle sale operatorie;

- dinamiche comunicative tra operatori (nonché tra operatori/trici e pazienti) che accompagnano lo svolgersi delle attività in sala e che contribuiscono alla creazione ed alla stabilizzazione della sicurezza, scandendo le fasi del processo operatorio, istruendo operatori/trici e pazienti circa il da farsi o, semplicemente, permettendo la creazione di un clima organizzativo positivo.

Le conclusioni, infine, forniranno spunti di riflessione sulla ricerca condotta, focalizzando l'attenzione sul modo in cui la sicurezza operatoria quale pratica situata si costruisce e si stabilizza a partire dall'intreccio e dall'allineamento di dinamiche differenti. Più nello specifico, dopo aver analizzato nel dettaglio nel corso dei capitoli empirici la maniera in cui le dinamiche organizzative creano e stabilizzano la sicurezza in sala, l'attenzione sarà incentrata sull'individuazione, la descrizione e l'analisi dei processi che consentono alla sicurezza di stabilizzarsi e dunque alle dinamiche organizzative di annodarsi le une alle altre.

CAPITOLO 1

La sicurezza organizzativa. Un percorso dal dibattito sociologico a quello clinico e manageriale

Introduzione

Illustrare cosa si intende per sicurezza organizzativa e in che modo essa sia stata analizzata è oggetto di questo capitolo. Analizzare differenti modi di guardare alla sicurezza a partire dallo studio dei medesimi processi, consente non solo di elaborare molteplici spunti di riflessione, ma anche di comprendere quanto il tema della sicurezza organizzativa sia sfaccettato.

Il capitolo è strutturato come segue. La prima parte sarà dedicata all'illustrazione degli studi che hanno analizzato la sicurezza ed il rischio secondo una prospettiva tipicamente sociologica. In particolare, in un primo momento si farà riferimento (brevemente) al cammino intrapreso dagli studi sociologici su questo tema dagli anni '50 fino ad oggi; successivamente, invece, l'attenzione sarà rivolta all'approccio culturale alla sicurezza ed ai diversi processi e dinamiche considerati rilevanti nella definizione e nello studio della sicurezza all'interno dei contesti organizzativi. Nella seconda parte verranno invece presentati i principali studi e ricerche di matrice clinica e manageriale che si sono occupati di sicurezza all'interno delle organizzazioni complesse (con specifico riferimento alle organizzazioni ospedaliere), puntando l'attenzione sulle dinamiche considerate maggiormente rilevanti nella definizione e nell'analisi della sicurezza organizzativa.

1.1. La sicurezza organizzativa in sociologia: dalle origini all'approccio culturale

In ambito sociologico il tema del rischio e della sicurezza è stato oggetto di grande attenzione soprattutto nel corso degli ultimi trent'anni. Per via di una concomitanza curiosa, nel 1986, ossia nell'anno passato alla storia per la catastrofe di Chernobyl, Ulrich Beck pubblicò un libro destinato ad avere grande risonanza nel campo degli studi sociologici su questo tema: *Risk society*. Beck sostiene che nella seconda metà del Novecento la natura dei rischi tecnologici ha subito una trasformazione radicale: in tutte le società (anche in quelle primitive) l'attività umana è sempre stata accompagnata da rischi, ma a cominciare dagli anni Settanta del secolo scorso la loro natura è cambiata e da locale è diventata globale, con conseguenze di gravità incommensurabile (Beck, 1986). In passato un incidente nei processi produttivi poteva provocare vittime su scala ridotta, e comunque sempre tra gli "addetti ai lavori"; oggi invece, la minaccia riguarda sempre più un numero elevato di persone, che in gran parte non hanno nulla a che fare con il processo di produzione del rischio e/o dell'errore (Beck, 1986). Beck sostiene che ci troviamo in una fase della modernità che non è caratterizzata dalla distribuzione di merci, ma da rischi socialmente generati, che emergono come effetti collaterali indesiderati della modernità stessa. I rischi sarebbero dunque ormai incontrollabili, così come incalcolabili sarebbero, stando alla visione di Beck, le insicurezze e le incertezze (Beck e Holzer, 2007) ad essi correlate. Una questione fondamentale nella società contemporanea è, quindi, la "lotta" ai rischi creati dalla società; gli individui devono continuamente affrontare le insicurezze e le incertezze che sono socialmente, organizzativamente e istituzionalmente create e il rischio diviene così la possibilità di danni futuri derivante dalle decisioni prese da un'organizzazione o piuttosto da un'istituzione. Se è vero però che la visione di Beck ha avuto una grande influenza sullo studio e l'analisi del rischio e della sicurezza, è altrettanto vero che numerosi sono gli studi e le ricerche che trattano di rischio e sicurezza all'interno delle organizzazioni che si sono sviluppate già a partire dagli anni '50. La necessità di studiare il rischio all'interno dei contesti

organizzativi sembra essere maturata a partire da alcune caratteristiche tipiche del concetto di rischio stesso (Gephart, Van Maanen e Oberlechner, 2009):

1. i rischi sono spesso prodotti dalle organizzazioni e, altrettanto spesso, sono proprio le organizzazioni ad essere colpite da rischi;

2. la logica della produzione della ricchezza nella società moderna si è trasformata in una logica della società del rischio, in cui i rischi emergenti dalla produzione di ricchezza da parte delle organizzazioni e delle istituzioni hanno cominciato a dominare l'opinione pubblica (Beck, 1986)

A partire da questa riflessione introduttiva, di seguito verrà fornita una panoramica generale dei principali approcci alla sicurezza organizzativa elaborati in ambito sociologico, puntando poi l'attenzione sulle tematiche più rilevanti emerse nel corso degli studi e delle ricerche più recenti.

1.1.1. La sicurezza organizzativa: primi approcci e prospettive di analisi

La nascita del primo filone di studi sul rischio e la sicurezza si può fare risalire intorno agli anni '50, quando si è iniziato ad assistere a rapidi e importanti sviluppi tecnologici. Gli studi e le ricerche in questo periodo si sono focalizzati sul rischio come legato al malfunzionamento delle tecnologie e, più nello specifico, sulla progettazione, la costruzione e l'affidabilità degli artefatti tecnologici (Wiegmann e Shappell, 2001). Tale fase di studi è spesso definita come periodo tecnico (Wiegmann e Shappell, 2001) e fa riferimento alla fase in cui gli sviluppi di nuovi sistemi tecnici e tecnologici sono stati rapidi e la maggior parte degli incidenti sono stati analizzati come causati da guasti meccanici (in particolare legati a progettazione, costruzione, e affidabilità degli artefatti stessi).

Secondo tale prospettiva, gli attori organizzativi sarebbero meri eredi dei difetti tecnologici: quando un evento avverso o un incidente si manifestano, le cause sarebbero dunque rintracciabili nella tecnologia stessa. A partire da tale lettura del rischio, il miglioramento del sistema è considerato possibile solo attraverso un miglioramento dei macchinari e delle tecnologie.

A partire dagli anni '70, invece, ha inizio una nuova fase, un nuovo filone di studi, che Wiegmann e Shappell (2001), hanno definito “periodo dell'errore umano”. La prospettiva alla base di questa concezione, sulla scia di alcuni incidenti passati alla storia (come il disastro di Chernobyl e quello di Three Miles Island) ha spostato il focus dell'attenzione dai guasti meccanici ai fallimenti umani: secondo tale prospettiva, sarebbe l'operatore umano a determinare gli incidenti e per migliorare la sicurezza sarebbe dunque necessario intervenire su aspetti connessi agli attori organizzativi, come la formazione degli operatori e la gestione dei processi decisionali.

Dalla letteratura emerge come, a partire dall'incidente di Three Miles Island del 1979, sia aumentata la consapevolezza che l'errore umano e le carenze cognitive degli operatori giocano un ruolo di primo piano sulla sicurezza organizzativa (Perrow, 1984). Tale slittamento di prospettiva sembra essere stato favorito dall'idea per cui solo partendo dalle cause individuali, si può giungere alla comprensione dei fattori che hanno generato l'incidente “a monte” (Winch e Maytorena, 2009).

Questo approccio si fonda sull'*individual blame logic*, vale a dire su una prospettiva basata sulla persona e di tipo accusatorio, che si focalizza sugli errori e sulle mancanze degli individui, con la convinzione che gli attori esperti non dovrebbero commettere errori. Gli sforzi per rimediare sono diretti alle persone “in prima linea”, con l'attribuzione della colpa, e la conseguente rimozione delle “mele marce”.

Il *person approach*, seguendo una logica di tipo sanzionatorio, non comporta però alcun intervento a livello di sistema, innescando così una cultura della colpa che non favorisce il *reporting* degli incidenti, impedendo al sistema di monitorare le proprie criticità e di apprendere dagli errori. Alla base dell'*Individual Blame Logic* sta infatti la logica dell'indagine giudiziaria, che è volta ad individuare una o più persone che hanno commesso l'errore e che avevano “potere di controllo sulle loro azioni” (Catino, 2006) e che per questo devono essere sanzionate. L'indagine per accertare le responsabilità condivide molti assiomi con la concezione tradizionale della sicurezza, che vede chi sbaglia

come negligente o come colui che non rispetta le norme previste. Anche per questo, la logica dell'indagine giudiziaria secondo Catino (2006) comporta effetti perversi: una volta rimosse le persone considerate responsabili dell'incidente, è infatti probabile che il sistema organizzativo ricominci a funzionare con le stesse logiche e con gli stessi condizionamenti che hanno portato all'errore, creando così un circolo vizioso.

1.1.2. Sicurezza e cultura della sicurezza

È a partire dagli anni '80, con i lavori pionieristici di Barry Turner (1978) e di Charles Perrow (1984), nonché sulla base di nuove evidenze empiriche a seguito di alcuni incidenti passati alla storia (come quello dello Shuttle) che viene finalmente riconosciuta l'importanza dei fattori sociotecnici nei fallimenti organizzativi. Da questo momento in poi, si apre una nuova epoca negli studi organizzativi, un nuovo modo di guardare al rischio ed alla sicurezza. Questa nuova prospettiva considera l'interazione dei fattori umani e tecnici (Hendrick, 1991; Rasmussen, 1986) e ha alla base l'idea che gli incidenti derivino da mancanze e difetti nei controlli e nelle misure attuate dall'organizzazione per arginare eventi a rischio (Turner e Pidgeon, 2001; Vaughan, 1996, 1999). Secondo quest'approccio, gli attori individuali sono, di frequente, gli eredi dei difetti del sistema; ne consegue che gli sforzi per rimediare sono diretti al sistema organizzativo nel suo complesso, allo scopo di migliorare le difese e rimuovere le "trappole dell'errore" e non più le "mele marce". Tale prospettiva di analisi ha raccolto i suggerimenti teorici e metodologici derivanti da diverse teorie e ricerche sociologiche succedutesi nel corso degli ultimi trent'anni, vale a dire:

- la Man Made Disaster Theory di Barry Turner (1976, 1978), che analizza gli incidenti a partire dall'agire organizzativo. Il testo di Barry Turner Man Made Disaster, pubblicato nel 1978, analizza gli 84 maggiori incidenti avvenuti in Gran Bretagna nel decennio 1965-1975. Mentre la maggior parte degli studi sino ad allora esistenti nelle scienze sociali prendeva in considerazione come punto di partenza il verificarsi di un disastro, Turner punta all'individuazione ed all'analisi

dei presupposti che hanno dato luogo ad esso. L'importanza della dimensione organizzativa emerge dalle parole dello stesso autore quando sottolinea che “ogni disastro ha sempre un coinvolgimento organizzativo” (Turner, 1978: 199). Turner ha evidenziato come i disastri non possono essere considerati né frutto di eventi casuali, né determinati da fallimenti tecnologici, bensì frutto dell'interazione tra attori umani ed organizzativi;

- la Normal Accident Theory (NAT) di Charles Perrow (1984). La NAT è stata elaborata da Charles Perrow a seguito dell'incidente avvenuto nella centrale nucleare di Three Mile Island nel 1979 ed ha avuto il merito di introdurre l'idea secondo cui alcuni incidenti siano inevitabili o “normali”. I lavori di Charles Perrow (1984; 2007) approfondiscono gli aspetti legati al modo in cui la produzione di ricchezza da parte delle organizzazioni si è progressivamente trasformata in incidenti e catastrofi naturali nella società contemporanea. Perrow parla di incidenti che avvengono in contesti organizzativi caratterizzati da “elevata complessità interattiva” (Perrow, 1984), evidenziando come gli operatori, lungi dall'esercitare le proprie funzioni in maniera isolata, interagiscono piuttosto con la tecnologia; gli incidenti “normali” sarebbero determinati da situazioni in cui si verificano interazioni inattese tra queste due componenti, vale a dire umana e non-umana. Stando all'analisi di Perrow (1984), due sarebbero, in particolare, le dimensioni determinanti nel generare una suscettibilità del sistema in caso di incidenti, vale a dire complessità interattiva e accoppiamento stretto. La prima dimensione si riferisce alla presenza di sequenze di eventi non pianificati o inattesi che non sono immediatamente visibili o comprensibili. La seconda dimensione, invece, indica che ogni parte del sistema è strettamente legata ad altre e dunque che un cambiamento di una parte può incidere sullo status delle altre parti. I sistemi debolmente accoppiati hanno legami meno stretti tra le parti e quindi sono in grado di gestire imprevisti senza “destabilizzazioni totali” (Perrow, 1984). Recentemente, Perrow (2007) ha esteso la sua analisi su rischio e sicurezza delle industrie ad alto rischio, analizzando non solo i fattori organizzativi e sociologici che ne sarebbero alla base, ma anche le decisioni politiche che possono prevenire o ridurre i futuri eventi catastrofici;

- la High Reliability Organizations Theory (Reason, 1997; Rochlin, 1991; Roberts, 1990; La Porte e Consolini, 1991). Tale prospettiva afferma che quando uno stesso set di condizioni provoca ripetutamente lo stesso tipo di errori in differenti persone, è evidente che si ha a che fare con una situazione prona all'errore, piuttosto che con un individuo disattento o incompetente. Gli incidenti organizzativi deriverebbero dunque dalla concatenazione di diversi fattori latenti che contribuiscono all'evento e che sono originati ai diversi livelli del sistema. Sarebbe l'organizzazione stessa, dunque, a generare errori e a dare vita a situazioni a rischio e non i singoli attori organizzativi;

- le ricerche che studiano le organizzazioni ad alto rischio che operano con basso tasso di errori mettendo in primo piano i processi sia cognitivi che organizzativi che favoriscono l'affidabilità delle organizzazioni, riducendo gli errori e migliorando le condizioni di sicurezza (Weick, Sutcliffe e Obstfeld, 2005). Karl Weick ha esplorato il *sensemaking* (Weick, 1995), un processo di attribuzione di senso soggettivo e inter-soggettivo, che si verifica in atti linguistici e più in generale nelle interazioni (Gephart, Van Maanen e Oberlechner, 2009; Weick, 1995). Più nello specifico, il *sensemaking* organizzativo rappresenta una forma importante di *sensemaking* che emerge quando gli attori organizzativi utilizzano le risorse a loro disposizione per la costruzione di interpretazioni e per la spiegazione di eventi e di fenomeni organizzativi (Gephart, Van Maanen e Oberlechner, 2009);

- le teorie che più di recente hanno iniziato a pensare a un nuovo approccio sistemico alla sicurezza, dove quest'ultima è considerata come una proprietà del sistema nella sua interezza e non soltanto dei suoi singoli componenti. Tale prospettiva considera gli incidenti come derivanti dalle interazioni tra le componenti tecniche e sociali di un'organizzazione (Hollnagel, 2004; Hollnagel, Woods e Leveson, 2006). Secondo questo approccio (Resilient Engineering), i sistemi organizzativi sarebbero dei processi dinamici che devono continuamente adattarsi per raggiungere i propri obiettivi, reagire ai cambiamenti nell'ambiente di riferimento e gestire gli eventi inaspettati. La sicurezza, in tal senso, è concepita come una proprietà emergente del sistema.

Da quanto sinora esposto emerge come, a partire dagli anni '80 l'analisi della dimensione organizzativa ha guadagnato un'importanza sempre maggiore nell'analisi del rischio e della sicurezza. Andando oltre la cultura della colpa e considerando gli incidenti come derivanti da carenze o criticità di barriere e controlli creati per proteggere il sistema da eventi rischiosi, tutte queste diverse teorie suggeriscono come la sicurezza organizzativa non dipenda semplicemente dalla formalizzazione di norme e procedure, ma anche dal modo in cui queste vengono apprese e fatte circolare nell'organizzazione. Non a caso, nella letteratura sociologica, già a partire dalla fine degli anni '70, si è iniziato a parlare di “clima” e “cultura” della sicurezza (Turner, 1978), per sottolineare come la sicurezza dipenda dalla socializzazione degli attori organizzativi ad un insieme complesso di routine, azioni quotidiane e abitudini di lavoro che prendono forma in uno specifico ambiente. Ciò spiega come mai sempre più ricerche abbiano spostato il loro centro d'interesse dall'analisi del rischio alla progettazione della sicurezza. L'analisi della dimensione organizzativa consente infatti di enucleare i fattori che, all'origine, hanno creato le condizioni per il verificarsi dell'errore e l'errore stesso diviene un'opportunità di apprendimento organizzativo.

1.1.3. La sicurezza come pratica e come cultura

Nella letteratura recente, specie in quella attenta alle dinamiche sociali che hanno luogo nei contesti organizzativi, la cultura della sicurezza si configura come l'esito di un processo che coinvolge tutte le componenti e gli attori di un'organizzazione. In questo quadro, la sicurezza acquisisce le sembianze di una competenza sociale ed organizzativa (Gherardi et al., 1997; Gherardi e Nicolini, 2000, 2002), legata alla capacità di dar luogo a processi di apprendimento e pratiche lavorative che tutelino il benessere sia individuale che collettivo.

Ciascun contesto organizzativo sviluppa una specifica idea di rischio e di sicurezza e, sulla base di tale idea, adotta un differente atteggiamento, nonché diverse pratiche organizzative e lavorative, dando vita ad una vera e propria cultura nei confronti delle dinamiche connesse alla sicurezza stessa (Gherardi et

al., 1997). Molte sono le definizioni della cultura della sicurezza che sono state utilizzate nelle ricerche e negli studi più recenti sul tema. Sebbene alcune di esse divergano in più punti, è possibile fare riferimento ad una serie di caratteristiche che sembrano essere presenti in tutte le definizioni di cultura della sicurezza presenti in letteratura, ossia:

- è un concetto che si riferisce ai valori comuni tra tutti membri dell'organizzazione, sebbene all'interno di ciascuna organizzazione sia possibile parlare di molteplici culture della sicurezza e ciò perché all'interno di ciascun contesto organizzativo co-esistono una molteplicità di punti di vista, idee e valori (Gherardi et al., 1997);

- è un processo che ha un impatto sui comportamenti di tutti i membri dell'organizzazione; poiché la sicurezza viene vista quale competenza sociale, essa non può essere considerata come elemento asettico e se vogliamo “liminale” delle pratiche organizzative che ciascun attore svolge all'interno dell'organizzazione;

- da un punto di vista organizzativo, è un concetto che si traduce nella possibilità dell'organizzazione di imparare dagli errori e ciò perché gli sforzi per rimediare sono diretti al sistema organizzativo nel suo complesso e non ai singoli attori organizzativi.

Poiché la cultura della sicurezza è considerata come l'esito delle stesse pratiche lavorative, sarà a partire dall'analisi di queste ultime che si riusciranno a cogliere le peculiarità della sicurezza all'interno del contesto organizzazione.

Più specificamente, quattro sono le aree di studio maggiormente indagate (tre delle quali coincidono peraltro con le aree maggiormente indagate nella letteratura clinica e manageriale), ossia:

- processi di apprendimento, considerati come determinanti per la comprensione e l'analisi della sicurezza quale sapere che si fa in pratica; la sicurezza stessa all'interno delle organizzazioni sarebbe dunque oggettivata e codificata in un sapere circolare, in ecologie di relazioni materiali e sociali (Gherardi et al., 1997; Clegg et al., 2005; Ron et al., 2006);

- processi comunicativi, considerati in letteratura come il principale dei fattori umani che incidono sulla sicurezza organizzativa, rappresentano una

complessa rete di dinamiche che consente non solo l'individuazione di eventi a rischio e la prevenzione di incidenti e quasi incidenti, ma anche che può mettere maggiormente a rischio le pratiche lavorative e organizzative (Alby e Zucchermaglio, 2006; Lingard et al., 2002; Lingard et al., 2006);

- processi tecnologici, considerati come elementi fondamentali non solo nella gestione delle situazioni a rischio, ma anche nell'individuazione di potenziali pericoli (Nolan, 2000; Heath et al., 2003; Mort et al., 2003);

- dinamiche legate ai processi di *sensemaking*, ovvero alle diverse costruzioni di senso che i membri delle organizzazioni elaborano sono determinanti non solo per la gestione di situazioni a rischio, ma anche per la prevenzione di potenziali eventi avversi (Helmreich, 2000; Albolino e Cook, 2005; Owen et al., 2009).

Di seguito verranno illustrati i principali studi e ricerche in materia di sicurezza organizzativa che hanno sullo sfondo queste grandi aree tematiche.

1.1.4. La sicurezza organizzativa come sapere situato

La letteratura sociologica più recente considera la sicurezza organizzativa come strettamente intrecciata alle dinamiche di apprendimento e ciò perché l'apprendimento non è scisso dalle attività organizzative e dalle pratiche organizzative, ma è piuttosto parte integrante di esse. Emblematico può risultare a tal proposito il lavoro di Gherardi e colleghi (1997) circa la sicurezza in un cantiere edile. In particolare, può risultare interessante ripensare all'analisi che gli autori elaborano dei meccanismi di apprendimento di un novizio come elementi che entrano in gioco nel complesso processo di apprendimento della cultura della sicurezza. Per comprendere ciò occorre innanzitutto sottolineare come la cultura della sicurezza e dunque la sicurezza in pratica, venga appresa dal novizio mediante la partecipazione dello stesso alle pratiche della comunità; tuttavia, il novizio, lungi dall'essere un attore passivo che assorbe le informazioni ed i saperi che circolano nel cantiere, porta a sua volta un contributo, divenendo parte attiva nel processo di costruzione della stessa (Gherardi et al., 1997).

Più recentemente, Clegg e colleghi (2005), hanno sottolineato come l'apprendimento, lungi dall'essere qualcosa che viene fatto per le organizzazioni, o come qualcosa che un'organizzazione possiede, è piuttosto un processo instabile, in continua evoluzione e costruzione, il risultato collettivo di una serie di pratiche spazialmente e temporalmente situate. La stessa lettura dell'apprendimento organizzativo viene elaborata da Ron e colleghi (2006), nell'analizzare le fasi del post-volo di un team dell'Israel Defence Force Air Force (IDFAF). Lo studio si basa sul multi-facet model elaborato da Lipshitz e altri (2002). Tale modello, lungi dal considerare l'apprendimento come un elemento dell'organizzazione statico o immutabile, lo analizza piuttosto come condizionato da un insieme variegato di dinamiche e processi. Ognuna delle “facce” del modello sarebbe strettamente interconnessa alle altre, dando vita al complesso fenomeno dell'*Organizational Learning Mechanisms*. Sarebbe poi tale meccanismo ad influire più o meno positivamente sulla sicurezza e sul rischio dell'intera organizzazione. L'apprendimento in questione verrebbe favorito dall'organizzazione mostrando ai membri dell'equipaggio il volo effettuato e dando vita a dei commenti da parte di tutti i membri del team: la visione del volo permetterebbe ai membri del team di elaborare interpretazioni e significati differenti circa l'attività appena effettuata e, al contempo, permetterebbe a tutta l'equipe di condividere i significati emergenti e di confrontarsi circa il modo migliore di apprendere dagli eventuali errori commessi.

Una ricerca condotta all'interno di sei dei più grandi ospedali di Israele (Drach-Zahavy e Somech, 2006) mostra invece come i MAEs (Medication Administration Errors) compiuti dagli infermieri, possano essere ridotti grazie all'attivazione di dinamiche di apprendimento organizzativo. Più nello specifico, secondo Drach-Zahavy e Somech (2006), tre sono gli aspetti dell'apprendimento organizzativo che gli infermieri dovrebbero sviluppare:

- aspetto strutturale: apprendere i meccanismi in cui sono istituzionalizzati aggiustamenti strutturali e procedurali, ma anche le pratiche informali che spingono le organizzazioni a raccogliere e diffondere informazioni rilevanti per le performance dell'organizzazione e dei suoi membri;

- aspetto culturale: apprendere un insieme di quattro norme che possono produrre coinvolgimento dei membri dell'organizzazione nelle azioni correttive, vale a dire la richiesta di informazioni valide agli altri membri del team (ma anche ai manager), la trasparenza delle operazioni compiute, la richiesta del ri-orientamento di alcune questioni laddove queste possano risultare utili alla comprensione di meccanismi organizzativi complessi e, infine, la responsabilità;

- aspetto psicologico: riguarda il fronteggiare apertamente potenziali disturbi, abbracciare ed incrementare la trasparenza e dunque riportare gli errori compiuti, senza celarli.

Stando ai risultati della ricerca, gli autori affermano che strutturare il lavoro burocraticamente non è vantaggioso per prevenire errori: l'aderenza a norme e protocolli senza tener conto dell'incertezza e dell'imprevedibilità che spesso domina i contesti ospedalieri (e più nello specifico le sale operatorie), potrebbe infatti promuovere pratiche che possono finire per distogliere l'attenzione degli infermieri dal "prevenire gli errori".

Ancora una volta emerge come la questione della gestione della sicurezza debba essere letta come l'esito di complesse dinamiche di apprendimento organizzativo che consentono non solo l'identificazione di ciò che si è sbagliato, ma anche del modo in cui in futuro si potrà prevenire l'errore (Ron et al., 2006). Questi complessi meccanismi sono i tre volti dell'organizational learning sopra descritti.

Volgendo lo sguardo all'analisi ed allo studio dell'apprendimento quale processo che entra in gioco nella definizione, nell'analisi e nella costruzione delle dinamiche connesse alla sicurezza all'interno delle organizzazioni, vuol dire dunque considerare l'apprendimento organizzativo come performance e dunque come processo inseparabile dalle pratiche organizzative. Al centro della nozione di apprendimento come pratica vi è l'idea di comunità di pratiche, concetto elaborato da vari autori come aggregazione informale definita non solo dai membri che la costituiscono, ma anche e soprattutto dal modo (più o meno condiviso) in cui essi svolgono le loro attività e interpretano gli eventi (Lave e

Wenger, 1991; Brown e Duguid, 1991; Zucchermaglio, 1996). Tale definizione implica che nei processi di apprendimento organizzativo (Gherardi et al., 1997):

- la conoscenza sia relazionale;
- il significato sia negoziato;
- l'apprendimento sia soggettivamente significativo;
- l'apprendimento sia situato nelle pratiche sociali;
- l'apprendimento non sia un'attività separata dal lavorare e dall'innovare.

Considerare l'apprendimento come pratica vuol dire considerarlo come una dinamica che deriva dalla partecipazione degli individui alle pratiche situate all'interno di uno specifico contesto di interazione. Per tale ragione la conoscenza e l'azione sono situate in ecologie di relazioni sociali e materiali; in tale processo la sicurezza acquista le sembianze di un insieme di traiettorie e processi di apprendimento organizzativo.

1.1.5. Le dinamiche comunicative: tra negoziazione e condivisione della sicurezza

La letteratura sociologica in materia di sicurezza mostra come le dinamiche comunicative giochino un ruolo di primo piano non solo nella costruzione della sicurezza quale processo che consente di prevenire errori ed eventi avversi, ma anche nelle pratiche che consentono di risolvere situazioni a rischio quando queste si verificano. Emblematica risulta la riflessione di Alby e Zucchermaglio (2006), le quali sottolineano come l'organizzazione rappresenti una proprietà emergente delle interazioni discorsive che hanno luogo tra i membri della stessa: è infatti attraverso i discorsi che le organizzazioni agiscono, decidono e pianificano. Le autrici propongono un approccio etnometodologico allo studio dei processi decisionali all'interno di una società che si occupa di comunicazioni internet. Analizzando le pratiche di progettazione, le autrici evidenziano come oltre al “design professionale” dei sistemi tecnologici, i progettisti sono continuamente coinvolti in un'attività di manutenzione e di ripianificazione di questi stessi sistemi (design-in-uso). Attraverso una analisi basata sulle interazioni

discorsive, viene descritta una situazione di grave emergenza nell'utilizzo della tecnologia. I risultati mostrano il carattere situato del processo decisionale, sottolineando che il modo in cui vengono prese le decisioni influisce inevitabilmente sul modo in cui le pratiche lavorative si formano. Sarebbero le dinamiche comunicative che entrano in gioco nei processi decisionali ad influire sulla sicurezza delle pratiche organizzative e ciò perché sarebbero le medesime interazioni tra gli attori organizzativi a dare vita alla negoziazione ed alla condivisione di risorse utili alla messa in atto di pratiche lavorative sicure, nonché a generare le linee guida per la progettazione di dispositivi tecnologici, che tutelino la sicurezza degli utilizzatori.

Se si guarda nello specifico ai contesti ospedalieri, poi, emerge come essi siano contesti all'interno dei quali l'incertezza è sempre presente, contesti in cui le traiettorie che i/le pazienti incontrano sono tutt'altro che definite o definibili a priori. Come dimostra lo studio condotto da Owen e colleghi (2009) ad esempio, se è vero che esistono dei protocolli da seguire a seconda delle emergenze che si presentano all'interno delle NICUs (Neonatal Intensive Care Units), è altrettanto vero che, proprio per via del carattere altamente delicato ed imprevedibile delle situazioni in cui i (piccoli) pazienti si trovano al momento del loro ingresso, è difficile stabilire a priori se un protocollo previsto per un determinato caso potrà essere applicato alla lettera. Uno dei casi analizzati nel corso della ricerca (Owen et al., 2009) riguarda un neonato affetto da una malformazione cardiaca, del quale devono quindi occuparsi non solo i neonatologi, ma anche i cardiologi. In tal caso, il protocollo da seguire viene considerato come “negoziabile” e solo così lo staff medico riesce a costruire una base di partenza per la definizione delle attività da svolgere e per la gestione del/la paziente, riuscendo a ridurre al minimo le probabilità di incorrere in errori. A partire da quanto appena esposto emerge dunque come le dinamiche comunicative rappresentino non solo un elemento onnipresente nelle pratiche lavorative e organizzative, ma anche un elemento dell'organizzazione che va ad intersecarsi con altri aspetti, quali le specifiche competenze e le expertise professionali di operatori differenti.

Un altro esempio di come le dinamiche comunicative entrino in gioco nella definizione e nella messa in atto di pratiche lavorative ed organizzative sicure, è rappresentato da uno studio condotto da Bechky (2003). L'autrice prende a riferimento una situazione in cui il disegnatore ed il realizzatore di un medesimo prototipo si trovano ad interagire: essi sono portatori di expertise e competenze differenti e, danno vita a linguaggi diversi per definire la medesima parte del prototipo in questione. Tali “incongruenze” si riflettono necessariamente sulla possibilità di interagire senza creare “attriti” nel corso delle comunicazioni stesse. Se si immagina la medesima situazione all'interno di una sala chirurgica, si comprende come e quanto ciò possa influire sull'intera attività lavorativa del team e dunque sulla sicurezza di tutti gli attori coinvolti. Sembra dunque che, nell'analizzare la sicurezza ed il rischio organizzativo, le dinamiche comunicative possano essere viste come strettamente intrecciate ai processi tecnologici. Ciò emerge anche da un altro studio, condotto da Prout (1996), nel corso del quale viene evidenziato come affinché un dispositivo biomedico progettato per pazienti affetti da asma funzioni correttamente, è necessario che gli attori organizzativi (in tal caso i medici e gli infermieri) si preoccupino di descrivere dettagliatamente come deve essere utilizzato ai destinatari (pazienti o familiari dei/lle pazienti). Un utilizzo scorretto dell'apparecchio, infatti, potrebbe non solo ostacolare l'efficacia della cura, ma anche causare danni ai/lle pazienti stessi/e.

Nell'analizzare le ragioni per cui alcuni medici inglesi si sono rifiutati di utilizzare un registro medico computerizzato anziché i registri cartacei per la stesura dell'anamnesi, della diagnosi e del trattamento dei/lle pazienti, Heath e Luff (2000), hanno rilevato alcuni aspetti interessanti che legano le dinamiche comunicative ad altri processi organizzativi e dinamiche tecnologiche. La ricerca compiuta dagli autori mostra come, secondo i medici, il nuovo sistema informatizzato impedisca di individuare una serie di dettagli considerati fondamentali e che solitamente, con le comunicazioni faccia a faccia, risultano “visibili a colpo d'occhio” (ad esempio se il paziente è o no mentalmente instabile). La sicurezza dei/lle pazienti sembra dunque essere maggiormente tutelata a partire da interazioni faccia a faccia, onde evitare (ad esempio) la

somministrazione di farmaci errati, piuttosto che la definizione di anamnesi non corrette.

Le dinamiche comunicative influiscono dunque non solo sulla sicurezza nel momento in cui le comunicazioni stesse hanno luogo, ma anche sulla gestione della sicurezza e di potenziali eventi avversi “invisibili”, che si intersecano con altre dinamiche, tempi, spazi e processi organizzativi.

1.1.6. Processi di sensemaking: le costruzioni di senso che ‘fanno’ la sicurezza

Per comprendere il ruolo che i processi di *sensemaking* rivestono nel determinare la sicurezza all'interno di un ambiente medico, è sufficiente riflettere su quanto sia importante, per le organizzazioni ad elevata affidabilità, una comprensione accurata, precisa e condivisa delle condizioni in cui l'organizzazione opera e della relazione tra queste condizioni ed i possibili incidenti. Ebbene, il *sensemaking* è il processo che al contempo rende possibile ed alimenta questa comprensione fra gli operatori. Albolino e Cook (2005) individuano tre diversi tipi di *sensemaking*:

- *sensemaking* ordinario: riguarda tutti quegli “sforzi cognitivi” dedicati alla costruzione ed alla condivisione di senso; *sensemaking* ordinario, secondo Albolino e Cook (2005), consentendo agli attori di mantenere un'azione coordinata e finalizzata al raggiungimento di un risultato;

- *sensemaking* a intervalli: i medici creano e condividono significati con i membri del team di lavoro grazie a momenti di discussione e confronto, come il cosiddetto “giro della mattina”, nel corso del quale i medici sviluppano una interpretazione comune della realtà e dunque delle condizioni dei/le pazienti presenti all'interno del reparto. In tal caso il *sensemaking* ha come fine principale quello di creare coerenza nelle aspettative dei componenti del team. Questo tipo di *sensemaking* è di grande importanza per la gestione della sicurezza all'interno delle organizzazioni perché costituisce un processo fondamentale per assicurare una corretta assistenza ai/le pazienti da parte dell'intero team, ma anche per garantire il corretto svolgimento delle attività all'interno dell'intera struttura;

- *sensemaking* in tempo reale: si sviluppa parallelamente allo svolgimento di tutte le attività quotidiane, nel corso del lavoro frenetico e pieno di incertezze che caratterizza gli ambienti ospedalieri. In questo caso, l'attenzione del gruppo di lavoro non solo verso i singoli casi clinici, ma anche nei confronti del lavoro dei colleghi (quello che gli autori chiamano “condizionamento cooperativo”), fa sì che il significato delle pratiche lavorative debba essere continuamente definito e negoziato tra gli attori coinvolti, a partire dall'analisi del proprio lavoro e del lavoro altrui e al contempo mantenendo ferma l'attenzione anche sulle criticità dei singoli casi clinici.

Albolino e Cook (2005), nell'analizzare i processi di *sensemaking* che si vengono a creare all'interno della terapia intensiva del reparto di cardiocirurgia di un ospedale di Chicago, pongono dunque in evidenza come la costruzione di senso si strutturi in base agli obiettivi ed ai processi principali che caratterizzano il lavoro d'equipe.

Un altro studio interessante dei processi di costruzione di senso all'interno di team lavorativi è quello condotto da Owen et al., (2009). Gli autori mostrano come i soggetti che lavorano ed operano all'interno di organizzazioni ad alto rischio (come ad esempio un comando di vigili del fuoco), dopo un certo numero di anni e dopo aver acquisito una certa esperienza all'interno della struttura, finirebbero per sviluppare un'abilità molto importante: riconoscere il tipo di incidente di fronte al quale si trovano, ma anche le risposte più appropriate da fornire in situazioni di emergenza. Questo processo (che gli autori chiamano *recognition primed decision making*), fa sì che i soggetti più anziani, quelli con maggiore esperienza, riescano a sviluppare processi di *sensemaking* “solidi”, ai quali possono ‘appoggiarsi’ i soggetti meno esperti, più giovani (Yule et al., 2006).

Tale dinamica corrisponde ad una delle fasi che Helmreich (2000) individua nel “programma di gestione degli errori”, vale a dire lo sviluppo ed il rinforzo di feedback, per far in modo che le performance del team di lavoro prevenivano l'avvento di rischi ed incidenti. È quindi attraverso un'attenta analisi degli eventi passati, e dunque delle dinamiche e delle pratiche che hanno causato

eventi avversi, che il team può riuscire a gestire la sicurezza e a sviluppare le capacità di intercettare un errore prima che questo si manifesti.

Secondo Owen e colleghi (2009), invece, al fine di prevenire eventi avversi ed errori, i team di lavoro potrebbero invece adottare il *pragmatical* e il *theoretical model*. Il primo può essere adottato non solo dai manager, ma da tutti gli attori implicati nei processi di costruzione e gestione del rischio; il *pragmatical model*, invece, è definibile come un modello di sicurezza giornaliera, usato dagli attori nel corso delle loro attività, uno “strumento psicologico” (Owen et al., 2009) che aiuta a trovare il senso nella complessità dei dati e a capire quale evento è un incidente ed in che modo catturarlo. Il *pragmatical model* è dunque connesso ai processi di *sensemaking*, ma anche al paradigma del *recognition primed decision making*.

Ciò risulta ancora più evidente se si riflette sui due tipi di *pragmatical model* elaborati da Owen e colleghi (2009), ovvero il *confirmed risk model* e *potential risk model*. Lo scopo del *confirmed risk model* è quello di identificare il rischio e le misure per prevenirlo. Centrale è in questo caso il concetto di *experience feedback* perché è proprio dall'analisi degli eventi passati che si possono analizzare quelli presenti e prevenirne altri in futuro. Questo modello si manifesta quando un attore cerca le cause degli eventi avversi (che dunque si sono già verificati e che sono stati registrati in un database), le verifica e giunge ad una individuazione, una conferma dei fattori che hanno generato l'evento.

Ben diverso è invece il *potential risk model*, che ha a che fare con errori che non sono presenti in alcun database e che non sono stati misurati in quanto ancora non si sono manifestati. Si potrebbe dunque affermare che questo modello riguarda i fattori latenti, tutti quegli eventi avversi che si annidano all'interno dell'organizzazione e che possono non manifestarsi anche per molto tempo.

Il *sensemaking* è dunque un processo fondamentale per la gestione di situazioni a rischio, ma anche per la prevenzione di incidenti o quasi-incidenti all'interno delle strutture ospedaliere, a patto però che la costruzione di senso avvenga da parte di tutti gli attori coinvolti dai processi e, in particolare, sulla base del supporto dei membri più “anziani” del team.

1.1.7. Oggetti tecnici e artefatti tecnologici: i non-umani che fanno la sicurezza

Gli artefatti tecnologici e gli oggetti tecnici contribuiscono non solo allo svolgimento del lavoro quotidiano, ma anche all'individuazione di eventi avversi ed alla prevenzione di errori o incidenti in futuro. La sicurezza dipenderà dunque dal modo in cui attori e strumenti interagiscono, dalla relazione tra umani e non-umani e dalle dinamiche organizzative legate all'utilizzo di oggetti e tecnologie all'interno di specifici ambienti organizzativi e pratiche situate. Non a caso, si può rintracciare una delle caratteristiche proprie degli ambienti di lavoro contemporanei nell'inseparabilità tra pratiche lavorative e tecnologie in uso, ovvero nella densità tecnologica che sembra contraddistinguere alcuni ambienti organizzativi (Bruni e Gherardi, 2007). In tali ambienti, tecnologie e oggetti vengono appresi come elementi di appartenenza al gruppo di attori organizzativi di riferimento (Gherardi e Nicolini, 2002) e, agganciati alle pratiche di lavoro, supportano in modo quasi invisibile lo svolgimento del lavoro stesso. Nelle organizzazioni ospedaliere (e, più nello specifico, all'interno delle sale operatorie) l'elevata densità tecnologica fa sì che le pratiche lavorative pongano in stretta relazione attori umani, oggetti e tecnologie. A tale proposito, si può fare riferimento al lavoro di Heath e colleghi (2003) sui sistemi di monitoraggio di allarme. Dalla ricerca emerge come, se da un lato è vero che l'allarme rappresenti il segnale inequivocabile di un problema, è altrettanto vero che nella gestione delle pratiche e delle attività che seguono il segnale di allarme sono coinvolti uno o più membri del team. Sono infatti gli operatori presenti in sala operatoria a dover "risolvere" il problema, a comprendere le cause dell'allarme e a "tradurre l'allarme in pratica", ossia ad agire affinché la situazione di allerta cessi. Riconoscere le varie forme di lavoro che permettono la produzione e l'uso di sistemi tecnologici può essere una traiettoria da seguire per cogliere ciò che la sociologia dell'organizzazione definisce come "materialità dell'organizzare" (Law, 1994) e dunque per comprendere in che modo la materialità influisce sulla

sicurezza come un “fare” che si realizza in pratica anche grazie ad oggetti ed artefatti.

Oggetti e tecnologie smettono così di rappresentare uno sfondo per lo svolgimento delle pratiche organizzative (come accade invece nella letteratura di matrice clinica e manageriale) e divengono elementi importanti che contribuiscono al ‘materializzarsi’ dell’attività dell’organizzare (Orlikowski, 2007).

Nell’analisi condotta da Sims (2005) all’interno del Los Alamos National Laboratory, l’autore mostra come la sicurezza all’interno di un laboratorio rappresenti un oggetto epistemico, un principio organizzativo centrale della cultura di gruppo. Ciò che emerge dall’osservazione etnografica condotta è che, nel corso delle ricerche, gli scienziati cercano di creare ordine, attraverso la comprensione, la previsione e la modifica del “comportamento” degli oggetti di studio, ma anche attraverso le macchine e gli strumenti utilizzati per gli esperimenti. In particolare, Sims si concentra sul concetto di disordine inteso come non-ordine materiale, vale a dire come dislocazione di oggetti tecnici ed artefatti in “zone sbagliate” (Sims, 2005). Il disordine sarebbe infatti causa di insicurezza e ciò non solo per l’ovvia ragione secondo cui quando c’è disordine è più difficile gestire lo spazio di lavoro, ma anche perché oggetti tecnici ed artefatti tecnologici potrebbero trovarsi in una parte del laboratorio ‘sbagliata’ e aumentare così i rischi per la sicurezza dell’esperimento e degli operatori stessi. Un altro studio interessante per comprendere il ruolo giocato dalla materialità nell’analisi della sicurezza organizzativa è quello svolto da Prout (1996). A partire dalla definizione di alcuni concetti chiave dell’ANT, l’autore elabora un’interessante analisi circa l’intreccio tra materialità e sicurezza, individuando tre processi attraverso i quali esaminare le reti di materiali eterogenei che compongono un contesto organizzativo:

- *punctualisation*: nel flusso della vita quotidiana si tende a considerare le entità circostanti come punti singoli, ma in realtà, al di là di ogni singolo punto, sono presenti complessi reti di persone e cose, reti che solo raramente si rendono visibili;

- *delegation*: un dispositivo può essere visto come entità che funge da delegato di un'altra entità o di una rete, ripetendo e performando il suo lavoro nel tempo e nello spazio;

- *translation*: ogni entità “registra” le altre attraverso processi di interpretazione, configurazione e riconfigurazione.

L'MDI (*Metered Dose Inhaler*) è un dispositivo biomedico che consente il controllo ed il dosaggio delle sostanze mediche da somministrare a soggetti affetti da asma. Questo dispositivo viene letto all'interno del quadro teorico sopra delineato, come sostituto, delegato del lavoro medico. Ma affinché l'MDI funzioni correttamente, è necessario che gli utilizzatori abbiano le competenze e le abilità necessarie. Analizzare la tecnologia in sé, senza considerare il modo in cui umani e non umani interagiscono, non permetterebbe di comprendere appieno le dinamiche che ruotano intorno al concetto di sicurezza organizzativa come processo legato alle dinamiche tecnologiche. L'MDI viene dunque letto come insieme di potenzialità al momento del suo utilizzo da parte degli utilizzatori, ma anche in relazione ad altri strumenti ed oggetti (come ad esempio il farmaco da somministrare), tecniche e pratiche (ad esempio le capacità e le competenze di chi fa funzionare lo strumento). L'MDI può dunque essere considerato non come mero oggetto, ma piuttosto un processo, un'attività incastonata all'interno del contesto organizzativo in relazione alle pratiche lavorative e organizzative (Suchman et al., 1999); in tale quadro tecnologie ed oggetti non solo sono elementi di appartenenza al gruppo di attori organizzativi di riferimento (Gherardi e Nicolini, 2000), ma sono anche “agganciati” alle pratiche sostenendo il lavoro e l'organizzazione nel suo complesso.

Da quanto esposto emerge come, al pari delle dinamiche comunicative, la tecnologia nella letteratura sociologica, pur essendo considerata come elemento fondamentale per la sicurezza dei contesti organizzativi, venga considerata come parte di un network assai complesso, in cui le interazioni umano-non umano giocano un ruolo di primo piano. A differenza dunque della lettura ottimista che la letteratura clinica e manageriale dà della tecnologia, quella di stampo sociologico considera impossibile analizzare il ruolo degli oggetti tecnici e degli artefatti

tecnologici se non in relazione ai ruoli ricoperti sia dagli utilizzatori sia dagli altri oggetti tecnici, a partire dall'analisi delle interconnessioni con le altre dinamiche organizzative.

Peraltro, da tempo, in sociologia, autori facenti capo a tradizioni teoriche tra loro anche diverse, sottolineano come le relazioni sociali e organizzative si svolgano grazie a una serie di elementi non umani, il cui compito è permettere, rafforzare e testimoniare l'esistenza delle relazioni stesse (Latour, 1991; Knorr Cetina, 1997; Orlikowski, 2007). Oggetti e tecnologie smettono così di rappresentare uno sfondo per lo svolgimento delle pratiche organizzative e divengono elementi importanti che contribuiscono non solo alle relazioni che materializzano l'attività dell'organizzare (Mort e Smith, 2009; Orlikowski, 2007), ma anche all'allineamento degli elementi eterogenei che costruiscono la sicurezza (Prout, 1996).

1.2. La sicurezza: dinamiche e processi a confronto nel dibattito medico e manageriale

L'obiettivo di questa seconda parte del capitolo è analizzare il modo in cui la sicurezza all'interno delle organizzazioni è stata indagata, illustrando i principali studi di stampo medico e manageriale su questo tema. A tale proposito, può essere utile anticipare come nelle riflessioni teoriche che hanno caratterizzato lo studio e l'analisi della sicurezza all'interno delle organizzazioni sanitarie, negli ultimi anni, l'iniziale attenzione ai fattori psicologici, quelli che Reason (2000) chiama "processi mentali aberranti", sembra aver lasciato spazio agli aspetti relazionali e alle dinamiche che sottostanno all'intero gruppo che opera nell'organizzazione (Healey et al., 2006). Il rapporto dell'Institute of Medicine "*To err is human*", attraverso due ricerche (condotte rispettivamente nel Colorado e nello Utah nel 1992 e nello Stato di New York nel 1984) rese pubblici i dati inerenti gli eventi avversi in ambito ospedaliero. Questo documento ha rappresentato una svolta interessante nel campo degli studi medici sul tema della sicurezza non solo perché ha portato alla luce i dati di un fenomeno

apparentemente nascosto, ma anche perché ha dato vita ad una nuova prospettiva e ad un nuovo modo di guardare all'errore (Brennan, 2000). A differenza dell'approccio basato sull'*individual blame logic* (Catino, 2006), che attribuiva il verificarsi di errori e eventi avversi a responsabilità individuali, il rapporto ha proposto un approccio cognitivo ed organizzativo, con l'obiettivo di comprendere sia i processi mentali alla base dell'errore, sia le disfunzioni organizzative che lo favoriscono. L'attenzione alla dimensione organizzativa ha fatto sì che negli ultimi anni la letteratura di stampo medico e manageriale sulla sicurezza si occupasse di diversi aspetti e dinamiche legate alle pratiche lavorative che si svolgono all'interno del contesto organizzativo. Più nello specifico, tre sono le grandi aree tematiche emerse nel corso dell'analisi della letteratura clinica e manageriale in tema di sicurezza all'interno di ambienti ospedalieri:

1. interprofessionalità e processi di apprendimento organizzativo: l'interprofessionalità che caratterizza i team all'interno delle strutture ospedaliere fa sì che ciascun membro del gruppo di lavoro si trovi ad attuare pratiche lavorative relazionandosi con altri attori che possiedono competenze, abilità e conoscenze diverse; il modo in cui queste competenze ed i diversi ruoli ricoperti dagli attori vengono negoziate sembrano influire sulla sicurezza dell'intero sistema organizzativo (Anderson e McDaniel, 2000). L'apprendimento delle dinamiche che sottostanno al funzionamento dell'organizzazione in cui si opera può a sua volta determinare una maggiore sicurezza all'interno della stessa, in quanto può contribuire alla comprensione di proprietà e condizioni del sistema che possono influenzare la sicurezza (Greenberg et al., 2006; Smith e Elliot, 2007);

2. dinamiche comunicative e stili di leadership: costituiscono due elementi determinanti non solo per il clima di gruppo, ma anche per la costruzione del clima di sicurezza all'interno delle organizzazioni complesse. Deficit comunicativi e stili di leadership che non stimolano lo scambio di informazioni tra gli attori organizzativi possono infatti rendere difficili non solo la comunicazione di eventuali eventi avversi, ma anche la discussione in merito ad eventuali strategie

da attuare per una loro corretta risoluzione o per un loro corretto superamento (Sexton, Thomas e Helmreich, 2000; Sevdalis et al., 2007);

3. ruolo della tecnologia e degli artefatti: gli strumenti tecnologici e materiali contribuiscono non solo allo svolgimento del lavoro quotidiano, ma anche all'individuazione di eventi avversi ed alla prevenzione di errori o incidenti in futuro (Wears e Berg, 2005). Se è vero infatti che artefatti e strumenti tecnologici sono molto importanti per la gestione e la prevenzione di incidenti e di situazioni a rischio, è altrettanto vero che essi giocano un ruolo di primo piano anche nel supportare le stesse pratiche lavorative (Ball, et al., 2003).

Queste tre aree verranno analizzate nelle pagine che seguono a partire dagli studi e dalle ricerche più recenti sul tema.

1.2.1. La dimensione interprofessionale e i processi di apprendimento

L'equipe che lavora all'interno delle strutture ospedaliere risulta composta da soggetti con professionalità differenti; se si pensa al solo contesto della sala operatoria, dove i chirurghi sono affiancati da anestesisti, strumentisti, infermieri ed operatori socio-sanitari, si comprende come l'interprofessionalità sia la parola chiave delle pratiche lavorative che si svolgono all'interno della sala operatoria (Healey et al., 2006).

Interprofessionalità vuol dire non solo che il team è composto da soggetti con ruoli differenti, ma anche che ciascuno dei membri coinvolto nelle pratiche lavorative si trova a dover collaborare con soggetti che, per la risoluzione di problemi e dunque anche per la gestione di questioni connesse alla sicurezza, mettono in atto competenze e logiche differenti (Anderson e McDaniel, 2000).

Se ci si domanda quale sia il rapporto che lega l'interprofessionalità alla sicurezza, è possibile rispondere facendo riferimento al Complex Adaptive System, un sistema dinamico di connessioni e relazioni tra agenti, elaborato da Anderson e McDaniel (2000), secondo cui i membri di una organizzazione (come una struttura ospedaliera), operano in base ad un set di ruoli che cambia nel tempo e nello spazio, anche e soprattutto in relazione ai ruoli ricoperti dagli altri membri

del team. Così, tanto le conoscenze teoriche, quanto le abilità specifiche vengono continuamente negoziate all'interno di un contesto in cui la gestione dei rischi costituisce una delle priorità del gruppo di lavoro (Finn, 2008).

Un esempio del modo in cui incidenti ed eventi avversi possono trasformarsi in apprendimento, o del modo in cui errori ed apprendimento possono favorire una maggiore sicurezza all'interno di contesti organizzativi complessi viene fornito da Smith e Elliot (2007). I due autori, nel definire il modo in cui solitamente gli eventi avversi e gli incidenti hanno luogo, utilizzano il concetto di “crisi”, un processo dinamico che consta di tre fasi:

1. incubazione: fase nel corso della quale fattori umani ed organizzativi contribuiscono alla creazione di una cultura che genera crisi;

2. escalation: gli incidenti degenerano inevitabilmente in eventi maggiori che comportano una maggiore richiesta di compiti nei confronti di operatori e manager;

3. legittimazione: fase nel corso della quale il principale bisogno dell'organizzazione è assicurare agli *stakeholder* una vera e propria legittimazione, individuando colpe e dunque capri espiatori.

Ma tre sono anche le relazioni che possono sussistere tra la crisi e l'apprendimento, ovvero (Smith e Elliot, 2007):

- apprendimento per la crisi: scopo dell'apprendimento è quello di sviluppare capacità di risposta alla crisi;

- apprendimento come crisi: il processo di apprendimento genera cambiamenti nelle credenze e nelle assunzioni di manager e *stakeholder*, divenendo potenzialmente generatore di una seconda crisi;

- apprendimento dalla crisi: processo che aiuta a trovare precauzioni per generare “elasticità” nell'organizzazione.

Smith e Elliot (2007) si preoccupano dunque di considerare le dinamiche connesse ai processi decisionali e di gestione della sicurezza da parte del management come elementi che possono generare fessure nel sistema di controllo e dunque incidenti che possono degenerare in vere e proprie crisi. È qui che entra in gioco l'apprendimento: esso è tale se genera un cambiamento nei

comportamenti degli operatori e dunque nella cultura organizzativa. Solo favorendo processi di apprendimento delle crisi si potranno attivare dinamiche e meccanismi in grado di evitarle o comunque di attenuarle in futuro. Ciò che conta, secondo gli autori, è dunque che l'apprendimento riguardi l'intero team. Un ulteriore modello che consente di analizzare la dimensione interprofessionale come fattore chiave per la sicurezza in ambienti complessi è poi il *Team Model* elaborato da Helmreich e Schaefer (1994), finalizzato all'individuazione degli incidenti in termini di fallimenti attivi (errori umani) e condizioni latenti (sicurezza del sistema organizzativo).

Due degli aspetti sui quali Helmreich e Schaefer (1994) pongono l'accento nel definire il *Team Model* riguardano :

- i fattori introdotti dal team: la composizione del team ad esempio, con la divisione tra medici ed infermieri, ma anche la familiarità di ciascun membro del team con gli altri e lo stato emotivo nel quale il team si trova a lavorare;

- le funzioni delle performance del team: il primo tipo di funzioni riguarda le interazioni tra specialisti della stessa disciplina, ovvero tra anestesisti, ma anche le interazioni tra anestesisti e medici; il secondo tipo, invece, concerne questioni cognitive ed interpersonali, aspetti tecnici e gestione di casi.

Ciò che emerge, dunque, è che in contesti in cui professionalità differenti si trovano ad interagire nel corso delle pratiche lavorative, è auspicabile, al fine di garantire una maggiore sicurezza all'interno dell'organizzazione, non solo che i ruoli vengano di volta in volta negoziati a seconda delle situazioni in cui ci imbatte, ma anche che le stesse pratiche lavorative vengano de-strutturate per favorire l'individuazione di eventi avversi o di fattori di rischio. L'apprendimento della sicurezza diviene così un processo dinamico che coinvolge le abilità e le competenze messe in atto da tutti gli attori organizzativi.

1.2.2. Le dinamiche comunicative e gli stili di leadership: fattori di rischio o garanzia di sicurezza?

La comunicazione viene considerata uno dei fattori umani che maggiormente sulla sicurezza di una organizzazione complessa. Sexton, Thomas e Helmreich (2000), nel corso di una ricerca longitudinale nel settore dell'aviazione ed in quello medico, pongono in evidenza come le dinamiche comunicative possano costituire un importante fattore per l'individuazione e la gestione degli errori organizzativi. Dallo studio emerge che nell'aviazione la percezione di stress e fatica è argomento degli addestramenti e i piloti che riconoscono i loro limiti tendono a gestire la propria stanchezza domandando agli altri membri dell'equipaggio di “tenerli d'occhio” o chiedendo di cambiare la divisione dei compiti nel corso dei voli. In tal modo non soltanto si viene a creare quella che Sexton, Thomas e Helmreich (2000) definiscono una vera e propria “strategia comportamentale a monte” (vale a dire nel corso degli addestramenti) ma anche nel corso delle stesse pratiche lavorative, ciascun membro del team sembra spronato a comunicare eventuali difficoltà o disagi agli altri. Così facendo, pare che non solo gli errori e gli incidenti possano essere evitati (soprattutto quelli connessi a fattori umani), ma anche che la loro individuazione sia più “semplice” (Sexton, Thomas e Helmreich, 2000). Per ciò che attiene invece il settore medico, dalla ricerca emerge che gli staff medici, pur riconoscendo l'importanza di discutere degli errori all'interno del gruppo di lavoro, evidenziano grandi difficoltà nello scambio di opinioni circa pericoli e situazioni a rischio, difficoltà legate soprattutto alla tendenza a negare gli effetti di stress e fatica sulle performance lavorative.

Un aspetto molto importante connesso alle dinamiche comunicative tra membri di uno stesso team ospedaliero, è stato evidenziato da Sevdalis e colleghi (2007): non solo il modo in cui le comunicazioni avvengono all'interno delle sale operatorie, ma anche il contenuto degli stessi scambi comunicativi, può influire sull'attenzione dei membri del team impegnato nell'intervento. Lo studio ha evidenziato che solamente il 50% degli scambi verbali che hanno luogo in sala

operatoria riguardano le pratiche lavorative (ad esempio l'organizzazione e la gestione della lista dei pazienti, la gestione delle sale operatorie e l'addestramento dei membri più giovani dello staff), mentre il rimanente 50% ha come oggetto commenti e domande irrilevanti ai fini dello svolgimento del lavoro d'equipe.

Volgendo lo sguardo agli studi condotti all'interno della sala operatoria, è possibile fare riferimento soprattutto ai lavori svolti da Lingard (Lingard et al., 2002; Lingard et al., 2004; Lingard, et al., 2006). In uno dei suoi lavori, Lingard (Lingard et al., 2004) sottolinea non solo come i fallimenti comunicativi in sala operatoria siano frequenti, ma anche come intervenire sulle pratiche comunicative che si svolgono all'interno di questi contesti organizzativi sia complesso perché molto spesso i deficit comunicativi rappresentano segnali di un problema o di una carenza che ha la sua origine altrove. Tale aspetto viene analizzato più nel dettaglio in un altro lavoro (Lingard et al., 2006), una ricerca in cui vengono analizzate le dinamiche comunicative che hanno luogo non solo all'interno delle sale operatorie nel corso degli interventi chirurgici, ma anche e soprattutto nella fase che precede la pratica sul campo, in sala, prima delle sedute operatorie. In particolare, i principali temi emersi nel corso della ricerca riguardano:

- il tempo: cancellazione di interventi, preparazione del paziente successivo;
- le risorse: fornitura e distribuzione del materiale necessario al personale in sala e distribuzione del personale nelle diverse sale;
- i ruoli: responsabilità e negoziazione di compiti;
- la sicurezza: messa in atto di regole e procedure per garantire sterilità e pratiche di lavoro asettiche.

Le tensioni comunicative più frequenti sembrano ruotare intorno a questi temi e gli eventi più ad “alta tensione” sembrano verificarsi nel corso delle comunicazioni chirurgo-infermiere (Lingard, et al., 2006). Un altro aspetto particolarmente rilevante è che a dispetto del mito autocratico che sino a qualche anno fa sembrava emergere dalle ricerche condotte in ambito ospedaliero, dai lavori citati emerge come all'interno delle sale operatorie hanno luogo dinamiche comunicative che danno vita ad una “complessa danza tra giocatori discorsivi”

(Lingard et al., 2002): la gerarchia definita dai ruoli in sala operatoria non sempre definisce i termini in cui una conversazione ha luogo all'interno della stessa e così, ad esempio, non sempre è il chirurgo a dare indicazioni all'infermiera circa il lavoro che quest'ultima deve svolgere, ma spesso accade il contrario.

Lingard e colleghi (2004) hanno individuato i tipi di fallimenti comunicativi più comuni all'interno della sala operatoria attraverso un'analisi condotta in chirurgia generale ed in chirurgia vascolare, in:

- *occasion failures*: i problemi derivano dalla situazione o dal contesto in cui si svolge l'evento comunicativo;

- *content failures*: l'informazione trasferita è insufficiente o non sufficientemente accurata;

- *audience failures*: il gruppo coinvolto nella comunicazione manca di uno o più membri centrali per la dinamica comunicativa;

- *purpose failures*: l'evento comunicativo ha per oggetto un fine non chiaro o inappropriato.

Gli autori (Lingard et al., 2004), sottolineano la “pericolosità” di questi fallimenti affermando come solamente il 36,4% dei fallimenti comunicativi si risolve in conseguenze immediatamente visibili agli occhi dei membri. È proprio un senso di sicurezza “falso” quello che si sviluppa nel momento in cui i fallimenti comunicativi non producono effetti immediatamente visibili, momento che va a coincidere con quello durante il quale si verifica la “migrazione” delle pratiche da una zona sicura ad una zona potenzialmente pericolosa (Sesti et al., 2007).

Le dinamiche comunicative che si svolgono nel corso della fase pre-operatoria costituiscono un aspetto molto delicato dal punto di vista della sicurezza organizzativa e ciò perché la fase che precede gli interventi chirurgici rappresenta un momento importante non solo per la definizione dell'intervento vero e proprio, ma anche per la gestione e la prevenzione di situazioni a rischio. Lo scambio di informazioni che avviene nel corso di questi tipi di incontri di briefing ha un impatto visibile sulla conoscenza e sulla consapevolezza dei membri del team, impatto che Lingard e colleghi (2006) hanno chiamato

informational utility. Più nello specifico, quattro sono i tipi di *informational utility* che gli autori hanno registrato nel corso delle osservazioni:

- fornire nuove informazioni: si tratta soprattutto di dettagli inerenti il piano operatorio e la storia del paziente;

- conferme esplicite: in tal caso sono gli infermieri ad avere un ruolo di primo piano, soprattutto ponendo in evidenza questioni inerenti allergie, somministrazioni di farmaci e disponibilità di sangue;

- promemoria: la discussione serve spesso ai membri del team per ricordare loro di dettagli critici;

- istruzioni: i membri più anziani provvedono a fornire informazioni ai membri più giovani.

Ma gli incontri in fase pre-operatoria svolgono un altro ruolo assai importante: non solo offrono la *informational utility*, ma contribuiscono anche alla *functional utility* (Lingard et al., 2006), che si manifesta in tre forme diverse, vale a dire: identificazione del problema e delle ambiguità, *decision making* e pianificazione di azioni successive. L'analisi dei processi comunicativi che si sviluppano nel corso della fase pre-operatoria costituiscono dunque un'importante occasione per stimolare la diffusione delle informazioni e per aumentare la coesione di gruppo (Lingard, et al., 2006).

Ma altre questioni sembrano legate alle dinamiche comunicative, come ad esempio le differenti percezioni del gruppo di lavoro circa il gruppo stesso o la riluttanza dei membri più anziani dello staff ad accettare input da membri più giovani. I deficit comunicativi che ne derivano finiscono per ripercuotersi anche sulla comunicazione di eventuali eventi avversi o sulla discussione in merito ad eventuali strategie da attuare per una loro corretta risoluzione e superamento (Sevdalis et al., 2007).

La letteratura di stampo clinico e manageriale sottolinea come il tema della comunicazione sia strettamente connesso alla questione della leadership. La leadership sembra svolgere un ruolo fondamentale nella definizione del clima di sicurezza all'interno delle organizzazioni complesse in quanto è la leadership stessa che può promuovere stili comunicativi aperti e/o collaborativi. Se si pensa

alle modalità attraverso cui una équipe medica produce informazioni quando si trova in situazioni di disaccordo e/o di conflitto (o a rischio), risulta evidente che la gestione da parte della leadership diviene un fattore chiave.

Riprendendo uno studio condotto da Helmreich (2000), è possibile individuare un metodo per ridurre la probabilità che accadano errori o eventi avversi. Questo consta di sei fasi che dovrebbero essere attivate e programmate proprio dalla leadership, ovvero (Helmreich, 2000):

- storia ed esame: conoscere dettagliatamente l'organizzazione, le sue norme e il suo staff;
- diagnosi: analizzare i dati derivanti da registrazioni confidenziali di incidenti o da osservazioni sistematiche del lavoro del team;
- modificare la cultura organizzativa e professionale quando gli errori latenti vengono individuati, in modo da consentire un cambiamento all'interno dell'organizzazione;
- organizzare e promuovere addestramenti formali;
- utilizzare feedback e rinforzi su performance tecniche ed interpersonali;
- sviluppare il coinvolgimento organizzativo attraverso addestramenti periodici e raccolte di dati.

La prima di questa fase, “storia ed esame”, pone in evidenza un'altra questione assai importante per la sicurezza all'interno delle organizzazioni, vale a dire la conoscenza dettagliata dell'organizzazione e delle sue norme, cosa che implica, a sua volta, la comprensione del modo in cui gli operatori possono o devono svolgere le loro attività.

La ricerca condotta da De La Garza, Maggi e Weill-Fassina (1999) che analizza le attività di manutenzione delle linee ferroviarie ha permesso l'individuazione di due categorie analitiche interessanti in termini di sicurezza, vale a dire:

- gestione del tempo: essa è la programmazione delle attività secondo efficacia ed efficienza e può evolvere in anticipazione del danno. L'anticipazione del danno risponde alla necessità di annunciare il treno in tempo per permettere agli addetti ai lavori lungo la linea ferroviaria di sgomberare la strada ferrata

prima dell'arrivo del treno; si parla invece di precipitazione quando vi è assenza di istruzioni precise circa il da farsi (ad esempio in caso di riparazioni) e si mettono in atto una serie di strategie riparatorie finalizzate a limitare il danno (arrivare sul posto, cercare l'origine del guasto, ripararlo e controllare la riparazione);

- margine di manovra: si tratta dell'insieme dello spazio di iniziativa e dello spazio di tolleranza di cui dispone l'operatore per assicurare la regolazione del funzionamento del sistema e dipende da regole, prescrizioni, mezzi, caratteristiche della situazione e competenze. Due sono le modalità con cui il margine di manovra può realizzarsi, ovvero l'autonomia (caratterizzata da libertà decisionale) e la discrezionalità, caratterizzata invece da spazi d'azione in cui l'operatore è obbligato a decidere e scegliere in un quadro più ristretto di alternative, Sull'affidabilità del sistema incidono profondamente le interazioni tra le due possibilità di gestione del tempo e dei margini di manovra, ma anche in questo caso, un ruolo chiave sembra essere svolto dalla leadership e dalle modalità con le quali si opera per gestire la sicurezza organizzativa (De La Garza, Maggi e Weill-Fassina, 1999). A seconda delle possibilità che i leader offrono ai membri dell'organizzazione nella gestione delle situazioni e dell'autonomia che garantiscono loro, si avranno infatti programmi di gestione della sicurezza differenti.

1.2.3. Artefatti tecnologici e oggetti tecnici: tra ottimismo e scetticismo

I supporti materiali e tecnologici di cui un ospedale dispone possono essere di tipo diverso e adempiere a funzioni differenti: ad esempio, si potrà disporre di una lavagna per indicare il tipo di cure di cui un soggetto necessita, oppure di un database in cui inserire l'anamnesi dei/le pazienti, o ancora di un dispositivo per effettuare la risonanza magnetica.

Carthey e colleghi, (2001), sottolineano come la sicurezza organizzativa dipenda da misure reattive e proattive: per misure reattive si intendono quelle derivanti dai dati sugli incidenti e sui quasi incidenti, mentre le misure proattive sono quelle che hanno lo scopo di individuare le condizioni latenti presenti

all'interno dei sistemi tecnologici (Carthey, et al., 2001). Queste condizioni latenti proprie degli artefatti tecnologici assumono una rilevanza ancora maggiore se gli stessi artefatti rappresentano dei supporti per la conoscenza. Se si considera, ad esempio, una lavagna sulla quale i medici annotano le cure da apportare ad un paziente, è evidente che la lavagna diviene non solo fonte di conoscenza per l'equipe, ma anche strumento attraverso il quale gestire la sicurezza ed eventuali fattori di rischio. Non a caso, nel corso di una recente ricerca condotta all'interno di un dipartimento d'emergenza psichiatrica (Cohen et al., 2006) è stato evidenziato come le strutture che sottostanno ai processi cognitivi possono essere interne, quando esistono nella memoria individuale, oppure esterne, laddove risiedono invece in strumenti o in supporti di vario genere (note cliniche o lavagna). Se le rappresentazioni "interne", ovvero cognitive, sono scarse, si può attingere da quelle "esterne", come (ad esempio) la lavagna che contiene le informazioni cliniche del paziente. Le ricerche mostrano anche come, soprattutto all'interno di ambienti complessi come le strutture ospedaliere, sembra esistere un ostacolo ben specifico alla sicurezza ed alla prevenzione dei rischi: la separazione tra due attività fondamentali, vale a dire il coordinamento e l'archiviazione, determinata a sua volta dalla separazione tra l'ambiente operativo nel quale si trovano i/le pazienti e il contesto amministrativo, in cui invece si trovano solamente le informazioni circa i/le pazienti.

Secondo Cabitza e Simone (2006) è possibile sviluppare un dispositivo che consenta di tenere insieme i principi del CSCW (*Computer Supported Cooperative Work*) e dell'IS (*Information System*), in modo da garantire standard di qualità in ambienti complessi, come le istituzioni sanitarie. Per ciò che attiene la nozione di coordinamento dei compiti, i due autori sostengono che all'interno delle strutture ospedaliere esistono tre diversi livelli di coordinamento:

- quello elaborato dai medici, quando essi pianificano la *illness trajectory* dei pazienti;
- quello elaborato dagli infermieri, quando questi organizzano le attività dei medici;

- quello portato a termine da tutta l'equipe, quando vengono eseguiti i compiti all'interno di un medesimo spazio organizzativo (ad esempio una sala operatoria).

Per ciò che riguarda invece le attività di archiviazione, viene sottolineata l'importanza dei registri clinici nell'assicurare i diritti legali di pazienti e medici, ma anche nel fornire importanti informazioni per ricerche di carattere scientifico (Cabitza e Simone, 2006).

Stando al lavoro di Cabitza e Simone (2006), esiste un artefatto tecnologico capace di “tenere insieme” queste due attività: l'EPR. L'EPR (*Electronic Patient Record*) è un tipo di supporto in grado di creare un legame a “due vie” tra il settore medico e quello amministrativo e dunque una connessione tra le attività di coordinamento e quelle di archiviazione. Il primo flusso di informazioni, la prima “via” fa sì che lo scopo dell'artefatto sia quello di rendere esplicita la qualità delle previsioni che gli utilizzatori secondari fanno circa le stesse informazioni cliniche prodotte dai medici; ciò significa che le informazioni circa l'anamnesi dei pazienti, ad esempio, vengono elaborate e rese disponibili per gli utilizzatori del settore amministrativo. Con il secondo flusso, invece, l'artefatto fornisce i dati con le indicazioni circa il modo in cui quegli stessi dati sono stati prodotti (ad esempio il nome del medico che ha visitato il paziente), con la specifica di norme, pratiche e protocolli relativi a quella medesima attività lavorativa. In tal modo l'archiviazione ed il coordinamento non solo procedono di pari passo, ma diventano due processi complementari (Cabitza e Simone, 2006) grazie all'utilizzo di un medesimo strumento.

Più in generale, numerose sono le ricerche sulla sicurezza in campo medico che hanno sottolineato l'importanza che dei dispositivi tecnologici e, in particolare, delle tecnologie dell'informazione (Kaushal, et al., 2001; Ball et al., 2003; Simpson, 2004; Wears e Berg, 2005). Tre sarebbero i modi in cui, secondo Ball e colleghi (2003), la tecnologia dell'informazione può ridurre il tasso di errori nei contesti ospedalieri, ossia:

1. attraverso la prevenzione degli errori e gli eventi avversi;

2. favorendo una più rapida risposta dopo che un evento avverso si è verificato;

3. monitorando e fornendo feedback sugli eventi avversi.

Tra le principali strategie utili per prevenire errori vanno sicuramente annoverate tutte quelle che comportano l'utilizzo di strumenti che possono:

- migliorare la comunicazione tra i membri del team;
- rendere le informazioni chiave più facilmente accessibili e
- monitorare e fornire supporto alle decisioni degli operatori

Uno studio condotto da Kaushal, e colleghi (2001) mostra invece come gran parte dei dati inerenti l'utilizzo di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici per la riduzione di errori o la prevenzione di eventi avversi in medicina riguardino la cura degli adulti. Tuttavia, gli autori suggeriscono come, poiché gli errori terapeutici costituiscono un errore spesso fatale in pediatria, l'inserimento delle tecnologie dell'informazione in questi reparti avrebbe un grande potenziale per ridurre la frequenza di tali errori. L'entità delle prestazioni risulta infatti più delicata in pediatria che in medicina degli adulti a causa della rilevanza che ricopre il peso dei farmaci nel corso della somministrazione degli stessi (Kaushal et al., 2001).

Nonostante l'ottimismo manifestato da questi studi, sembra che negli ultimi anni si stia facendo strada un po' di scetticismo circa la possibilità che gli artefatti tecnologici garantiscano sicurezza e pratiche lavorative non a rischio. Più nello specifico, Wears e Berg (2005), sostengono che le tecnologie dell'informazione all'interno degli ospedali possono rivestire una grande importanza in due aree:

1. l'area che si riferisce al supporto delle decisioni cliniche, vale a dire i sistemi di informazione destinati a migliorare le decisioni mediche;
2. la computerizzazione delle decisioni e delle diagnosi mediche.

Tuttavia, gli autori sottolineano come, sebbene la letteratura su questo tema sia caratterizzata da previsioni di successo, è pur vero che dietro le acclamazioni e le speranze che dominano in atti di convegni e in gran parte della letteratura scientifica, la realtà è che l'utilizzo di artefatti tecnologici e di oggetti

tecniche per migliorare le condizioni di sicurezza non sempre comporta l'attuazione di pratiche sicure e di attività organizzative immuni da errori.

Conclusioni

Il percorso fin qui elaborato ha avuto come obiettivo quello di fornire una rappresentazione del dibattito sul tema della sicurezza tanto in ambito sociologico, quanto in ambito clinico e manageriale. In particolare, sono stati individuati gli elementi e le aree di studio considerate maggiormente rilevanti all'interno della letteratura di ciascuno di questi due ambiti: interprofessionalità e apprendimento, dinamiche comunicative e processi legati all'uso delle tecnologie nel dibattito clinico e manageriale; dinamiche di apprendimento, dinamiche comunicative, processi tecnologici e processi di *sensemaking* nella letteratura di matrice sociologica.

Tre delle quattro aree maggiormente analizzate in ambito sociologico coincidono con le tre aree considerate maggiormente rilevanti nella letteratura di stampo clinico e manageriale. O almeno così sembra. Da quanto esposto fin qui, infatti, risulta evidente come, sebbene le aree tematiche siano quasi tutte coincidenti, le analisi che ne sono state fornite divergono molto, a seconda che la lente attraverso cui le si è guardate.

Al fine di fornire spunti di riflessione conclusivi, ritengo interessante guardare nello specifico alle aree di “interesse comune”:

- dinamiche di apprendimento: in ambito sociologico le dinamiche di apprendimento sembra siano state analizzate a partire dal concetto di sicurezza come sapere che si fa in pratica e dunque dal concetto di apprendimento come pratica. In tal modo le dinamiche di apprendimento vengono considerate come dinamiche che derivano dalla partecipazione degli individui alle pratiche situate all'interno di uno specifico contesto di interazione. Per tale ragione la conoscenza e l'azione sono situate in ecologie di relazioni sociali e materiali e la conoscenza diviene expertise e non più mero contenuto mentale. La letteratura di matrice clinica e manageriale, invece, guarda alle dinamiche di apprendimento come

misura di gestione della sicurezza e prevenzione dei rischi e, per tale ragione, analizza l'apprendimento a partire dall'interprofessionalità che caratterizza i team di lavoro degli ambienti ospedalieri. La sicurezza analizzata a partire dal concetto di apprendimento acquisisce così due volti: nella letteratura sociologica diviene sapere che si fa in pratica, mentre nella letteratura di stampo clinico e manageriale, assume le sembianze di un contenuto mentale che viene negoziato e condiviso tra differenti operatori di una medesima équipe medica;

- dinamiche comunicative: la letteratura di stampo sociologico analizza i processi comunicativi a partire dall'analisi di questi ultimi in relazione ad una serie di elementi e processi che entrano in gioco nel corso delle pratiche di lavoro quotidiano, come i processi tecnologici ad esempio. La letteratura di stampo clinico e manageriale, invece, guarda alle interazioni comunicative ponendo l'accento sulla produzione e lo scambio di informazioni quali dinamiche che possono essere “ostacolate” o “facilitate” a seconda dello stile di leadership adottato all'interno del contesto organizzativo. Questi due modi di analizzare le dinamiche comunicative all'interno di un tessuto organizzativo, fanno sì che la sicurezza diventi ora l'esito di complesse interazioni tra dinamiche comunicative, processi tecnologici e dinamiche di apprendimento (nel caso degli studi di matrice sociologica), ora invece l'esito di dinamiche comunicative e stili di leadership che possono o no promuovere scambi comunicativi all'interno del contesto organizzativo (nel dibattito clinico e manageriale);

- processi tecnologici: nella letteratura di matrice sociologica analizzare il ruolo ricoperto da oggetti tecnici ed artefatti tecnologici nella costruzione della sicurezza organizzativa, significa analizzare anzitutto il modo in cui i processi tecnologici e materiali si intrecciano alle altre dinamiche organizzative (ad esempio comunicative o legate all'apprendimento, ma non solo). Gli studi e le ricerche di matrice clinica e manageriale analizzano invece la tecnologia e gli oggetti tecnici come strumenti finalizzati al supporto della conoscenza ed alla trasmissione di informazioni, ponendo l'accento sul funzionamento astratto della tecnologia e sul supporto che questa offre alla sicurezza organizzativa. Da queste due differenti letture dei processi tecnologici emergono due differenti modi di

analizzare la sicurezza organizzativa: il primo, di matrice sociologica, considera artefatti tecnologici e oggetti tecnici come processi dinamici che costituiscono parte integrante delle pratiche lavorative e organizzative; il secondo, invece, guarda agli artefatti ed agli oggetti tecnici come strumenti che possono facilitare o piuttosto ostacolare la sicurezza a seconda del supporto che possono fornire alla conoscenza dell'equipe.

La panoramica di studi proposta (assai variegata e frammentata) ha consentito di inquadrare la sicurezza quale dinamica complessa che vede il coinvolgimento di dinamiche tra loro differenti. Soprattutto in ambito sociologico, queste stesse dinamiche sembrano essere parte integrante di un network, quello che dà vita alle pratiche lavorative e più in generale alle dinamiche organizzative.

Alla luce dell'exkursus teorico illustrato, propongo una lettura della sicurezza organizzativa attraverso la lente *practice-based*. La sicurezza sarebbe in quest'ottica non mero attributo ora di artefatti tecnologici, ora di norme o attori umani, ma piuttosto la capacità emergente di un'organizzazione di funzionare in maniera affidabile. Tale capacità si realizza attraverso un insieme fitto di relazioni tra oggetti, norme e attori umani. Tali relazioni, lungi dall'essere stabilite o fissate una volta per tutte, vengono performate, costruite ed intrecciate di continuo, in modo da rendere il tessuto organizzativo affidabile.

Nel capitolo che segue verrà illustrato il modo in cui la sicurezza, attraverso un approccio *practice-based* può essere letta ed analizzata in ottica. Mettendo in luce aspetti salienti e criticità dell'approccio dei *practice-based studies*, mi preoccuperò di fornire alcuni spunti di riflessione per accompagnare il lettore verso la seconda parte della tesi e dunque la discussione del materiale empirico.

CAPITOLO 2

La sicurezza nella pratica medica

Introduzione

A partire dalle riflessioni emerse nel capitolo 1, è possibile guardare alla sicurezza come un fare che coinvolge umani, non umani, forme simboliche e testuali (Gherardi e Nicolini, 2000). In virtù di questo “fare” quotidiano, la sicurezza va analizzata alla luce del paradigma dell’azione situata (Suchman, 1987), nonché attraverso i *Practice-Based Studies* (Gherardi, 2000; 2006). Nelle pagine che seguono analizzerò più nel dettaglio questa lente di analisi, ma è possibile fornire preliminarmente alcune indicazioni utili al fine di una più accurata comprensione del *frame* teorico all’interno del quale è inserito il lavoro di tesi.

La sicurezza, adottando un approccio *Practice-based*, altro non è che l’esito dell’allineamento di elementi differenti (Middleton e Brown, 2002), una competenza che si realizza in pratica, socialmente costruita e trasmessa collettivamente (Gherardi e Nicolini, 2000; Gherardi, 2006a). La scelta di utilizzare la lente dei *practice-based studies* attraverso un approccio socio materiale deriva dall’idea che per analizzare le attività di lavoro quotidiano in sala operatoria l’intreccio tra sociale e materiale emerge con forza. Se si guarda alla sicurezza operatoria, essa emerge quale competenza che si realizza in pratica, socialmente costruita e trasmessa collettivamente (Gherardi e Nicolini, 2000; Gherardi, 2006a). La sicurezza, non essendo mero attributo di tecnologie, oggetti, o persone, si realizza attraverso un insieme di relazioni tra sociale e materiale. Sono queste relazioni a far sì che non rimangano dei fili che pendono enl network che costruisce e perorma la sicurezza operatoria. Il titolo del capitolo mira ad enfatizzare proprio questo: il focus è sulla pratica medica, mentre sullo sfondo, il filo rosso è caratterizzato dall’approccio sociomateriale: la sicurezza in sala

operatoria sarebbe dunque una pratica che si realizza a partire dall'interrelazione tra elementi eterogenei che popolano l'ambiente in questione.

Alla luce di queste brevi riflessioni, il capitolo sarà strutturato come a seguire:

- un primo paragrafo sarà dedicato ad illustrare la prospettiva *Practice-Based* e dunque le peculiarità che caratterizzano questo approccio di analisi. In particolare, mi soffermerò sulle questioni nodali che studi e ricerche *Practice-Based* hanno portato alla ribalta all'interno degli studi organizzativi cambiando le visioni e le concezioni tradizionali del lavorare e dell'organizzare. Il focus verterà su: il contesto quale situazione e costruzione in divenire; la tecnologia-in-uso e dunque la materialità considerata imbrigliata al contesto ed alle relazioni che in esso hanno luogo; la conoscenza come attività situata, creata e trasmessa "in pratica";

- il secondo paragrafo sarà invece dedicato ad analizzare la sociomaterialità quale dinamica che entra in gioco nella costruzione dei contesti organizzativi per la realizzazione delle pratiche di lavoro quotidiane. A partire dal ruolo di primo piano che la tecnologia riveste nelle ricerche di stampo *Practice-Based*, focalizzerò l'attenzione sul concetto di sociomaterialità quale strumento analitico e concettuale indispensabile per un'attenta comprensione delle dinamiche organizzative. Più nello specifico, la pratica medica verrà analizzata guardando agli studi ed alle ricerche che, puntando l'accento su ciò che accade all'interno dei contesti ospedalieri, individuano nella materialità un elemento indissolubilmente intrecciato alla socialità;

- il terzo paragrafo, infine, illustra nel dettaglio il ruolo di primo piano che i corpi al lavoro ed in cura rivestono nella costruzione e ricostruzione delle pratiche mediche. La pratica medica si realizza sui corpi e per mezzo (anche) dei corpi e ciò fa sì che questi ultimi rappresentino un anello di congiunzione di tutte le pratiche che hanno luogo in contesti medici. Non solo i corpi risultano modellati e definiti dalle pratiche lavorative, ma viceversa le performance lavorative vengono definite e a loro volta modellate in relazione ai corpi in cura e ai corpi al lavoro.

Il percorso che scelgo quindi di delineare nelle pagine che seguono è finalizzato a creare un *link* tra la letteratura sul tema della sicurezza operatoria e l'analisi del materiale empirico. Inoltre, la scelta di concentrare l'attenzione prima sugli studi *Practice-Based* in generale e poi sulle ricerche ed i lavori che hanno per oggetto la pratica medica nasce dall'esigenza di voler creare un filo rosso che conduca all'esposizione delle peculiarità che caratterizzano l'analisi e lo studio di contesti specifici "vicini" al mio contesto di ricerca.

2.1. Azione situata, Practice Based Studies e tecnologia-in-uso

Attraverso la prospettiva *Practice Based* si va oltre la concezione classica del lavoro e si abbraccia una visione situata e relazionale dello stesso (Bruni e Gherardi 2007), visione questa che punta ad analizzare il modo in cui gli attori nel corso delle pratiche quotidiane producono e riproducono la loro realtà organizzativa.

Un passo indietro sembra però doveroso e quindi si rende necessario esplicitare il percorso sociologico attraverso il quale il paradigma dell'azione situata "accompagna" gli studi *Practice-Based*. La prima riflessione d'obbligo è la seguente: guardare al lavoro attraverso la lente dell'azione situata vuol dire considerare il contesto organizzativo o lavorativo all'interno del quale l'attività viene svolta non come "dato", ma come "costruito". In tal senso il lavoro si definisce situato nella misura in cui è contestualizzato in situazioni specifiche. L'attività di lavoro sarebbe dunque un processo di definizione e costruzione di situazioni (Berger e Luckmann, 1966).

In quest'ottica il contesto in cui le pratiche hanno luogo diviene "territorio situazionale" (Suchman, 1997) cioè campo di percezione e di interazione, attivamente costruito e continuamente mantenuto nel corso del lavoro quotidiano. Questa concezione permette di considerare ed analizzare il lavoro come se fosse una coreografia improvvisata (Whalen et al., 2003) e non più una routine di

compiti e mansioni da svolgere nel corso di un iter prefissato (Bruni e Gherardi, 2007).

Lavorare e/o organizzare sono attività che vengono costruite, plasmate e performate attraverso l'interrelazione di tutti gli elementi (umani e non) che popolano il contesto organizzativo in questione. L'interrelazione tra le dinamiche organizzative avviene anche attraverso la conoscenza e, più in particolare, attraverso la conoscenza che viene acquisita mediante le conoscenze sensibili. Per comprendere quanto appena affermato si può fare riferimento a ciò che Strati (2000) definisce conoscenza estetica: una forma di sapere che viene appresa e trasmessa attraverso le facoltà percettivo-sensoriali e le capacità di giudizio estetico. La dimensione estetica, dunque, lungi dall'essere circoscritta al giudizio estetico, è piuttosto anche l'esito di ciò che le conoscenze sensibili permettono di acquisire (tatto, vista e olfatto, ad esempio). Già nel 1958 Polanyi distinse tra conoscenza tacita e conoscenza esplicita. Quest'ultima altro non è che il sapere formalizzato, descrivibile in maniera analitica. Il concetto di conoscenza tacita (Polanyi, 1958) è fondamentale per comprendere il modo in cui il corpo incarna i processi conoscitivi, poiché vi sono alcune conoscenze che non possono essere esplicitate o razionalizzate a parole. Queste conoscenze sono di vitale importanza ma non possono essere trasmesse attraverso processi cognitivi, anche perché spesso si è in grado di fare qualcosa che non si è in grado di descrivere analiticamente. Uno degli esempi usati da Polanyi per mettere in evidenza l'arte del saper fare è quello relativo alla pratica medica: "sottoporre a percussione un polmone è tanto un fatto muscolare quanto una sottile distinzione dei suoni così evocati. La palpazione di una milza o di un rene combina un abile massaggio della regione con una sensibilità educata a sentire in modo peculiare la resistenza opposta dall'organo" (Polanyi, 1961, p. 162). Per Polanyi, le regole del saper fare possono essere utili, poiché costituiscono delle massime che possono servire da guida, ma esse non ne determinano la pratica. Il sapere pratico può essere definito conoscenza estetica o sensibile in quanto viene appreso attraverso il corpo. A tal proposito si può fare riferimento a ciò che Strati definisce caratteristiche della conoscenza sensibile (Strati, 1999; 2004; 2007):

- è una conoscenza che passa attraverso i sensi e che per questo viene custodita e trasmessa dal corpo;

- non è neutrale poiché è attraverso il corpo che esibisce nella pratica organizzativa la propria conoscenza.

Il più importante punto di svolta negli studi basati sulla pratica è rintracciabile in questo senso nel superamento della concezione della conoscenza come meramente mentale e/o razionale. L'apprendimento, lungi dall'essere mera acquisizione di un *corpus* di conoscenze, è piuttosto un processo in continua costruzione e definizione e ciò grazie all'attiva partecipazione nelle pratiche situate. Quanto appena affermato sta ad indicare che gli attori imparano "facendo" nel corso dello svolgimento delle attività quotidiane. L'idea del *knowing as a process* (Gherardi, 2000) indica in tal modo che da un lato la conoscenza si realizza in pratica e dall'altro che essa stessa è un'attività situata. Si pensi a come qualunque professionista necessita di un periodo (più o meno lungo e più o meno formale) nel corso del quale fa proprie le mansioni ed i compiti che deve svolgere e più in generale apprende cosa si fa quando si lavora. Nel corso del fare quotidiano si produce e riproduce in maniera incessante una componente estetica della conoscenza e dell'apprendimento (Strati, 1999). Il sapere pratico sarebbe dunque creato e trasmesso attraverso le conoscenze sensibili. Si può a tal proposito fare riferimento a Gherardi e Nicolini (2001) ed in particolare alla riflessione secondo cui guardare e vedere sarebbero due importanti categorie per apprendere una pratica. Altrettanta importanza nella costruzione e trasmissione del sapere pratico riveste anche il linguaggio e ciò perché l'apprendimento avviene sempre in un contesto relazionale.

Guardare ai contesti organizzativi attraverso la lente della pratica vuol dire, anche alla luce di quanto fin qui esposto, considerare le organizzazioni stesse come un'ecologia complessa composta di attori umani e non umani. In quest'ottica risulta evidente che artefatti tecnologici ed oggetti tecnici perdono il carattere passivo che la visione determinista gli attribuisce e divengono partecipanti attivi (al pari degli umani) dei processi di costruzione, ri-costruzione e negoziazione delle pratiche. Non a caso, uno degli elementi che accomuna gli

studi basati sulla pratica (Corradi, Gherardi e Verzelloni, 2010), risiede nel guardare alla tecnologia quale elemento dinamico, indispensabile per la realizzazione delle pratiche stesse. Tale prospettiva è il risultato di diverse correnti di studi (Callon e Law, 1987; Engerstrom, 1987; Heath e Button, 1991), ma trova uno dei suoi momenti più compiuti nell'articolo di Suchman e colleghi (1999) intitolato emblematicamente: *Reconstructing Technologies as Social Practice*. Qui gli autori propongono diversi esempi di studi sulla tecnologia-in-uso finalizzati a "ricostruire" la tecnologia come pratica sociale. La prospettiva alla base di questa ricostruzione richiede l'utilizzo di tecniche etnografiche all'interno dei contesti in cui la tecnologia viene prodotta ed utilizzata. Per far sì che si realizzi la comprensione etnografica (Suchman et al., 1999), occorre collocare la tecnologia all'interno dei contesti e delle relazioni che si sviluppano nel suo utilizzo quotidiano. Al pari delle pratiche, anche gli artefatti tecnologici possono essere analizzati solamente se considerati in relazione ai contesti di produzione e di uso. La tecnologia diviene pratica sociale e la pratica si configura come ecologia di interazioni e di relazioni all'interno della quale materiali eterogenei, facenti capo agli umani e ai non umani, si articolano e si posizionano (Gherardi, 2007a).

Quando gli attori umani interagiscono regolarmente con una tecnologia, alcune proprietà della tecnologia stessa vengono coinvolte nella pratica producendo e riproducendo regole e risorse che modellano l'interazione degli attori non umani col contesto situato (Orlikowski, 2000, p. 406-7). La lente della pratica, dunque, sembra riuscire a spiegare non solamente l'uso situato della tecnologia, ma anche il carattere dinamico delle strutture che emergono attraverso il loro uso (Orlikowski, 2000). Con quanto appena affermato si sottolinea che con l'uso ripetuto della tecnologia gli utilizzatori non scelgono soltanto se usarla o no, ma anche se utilizzarla in conformità a quelle che sono le indicazioni dei progettisti. La sociomaterialità non è un aspetto accidentale, o intermittente della vita organizzativa, ma piuttosto parte integrante di essa (Orlikowski, 2007). La tecnologia diviene essa stessa pratica, un fare che coinvolge altre pratiche e dinamiche organizzative.

2.2. Pratica medica e sociomaterialità

La ‘svolta pratica’ (Schatzki et al., 2001), unitamente alla ‘apertura’ della scatola nera del sapere medico (Richard, 1986) da parte dei Science and Technology Studies (Casper e Berg, 1995; Berg, 1997), permettono oggi di inquadrare la medicina quale pratica sociale e tecnologica. Monica Casper e Marc Berg possono essere considerati i pionieri di questo nuovo percorso sociologico nell’analisi del sapere e della pratica medico-scientifica con la loro pubblicazione del 1995 dal titolo *Constructivist Perspectives on Medical Work: Medical Practices and Science and Technology Studies*. Il lavoro dei due autori aveva come obiettivo di mostrare l’importanza degli studi sociali nell’analisi del lavoro medico e ha permesso di illustrare come il settore medico rappresenti un contesto ideale per comprendere in che modo il sapere medico viene applicato e tradotto in pratica nelle attività di lavoro quotidiane. Il percorso che ha condotto a tale prospettiva è così sintetizzabile: da un lato la sociologia della scienza ha intrapreso una nuova tendenza a indagare le pratiche mediche quale contesto cruciale per la ricerca (Amsterdamska, 1987); dall’altro la sociologia della medicina ha cominciato a dare rilievo al contenuto tecno-scientifico del lavoro medico (Casper e Berg, 1995). Questo nuovo “filone” consente di collocare il tema dell’errore medico all’interno di un dibattito più ampio che ha per oggetto la pratica medica come azione situata. Le ragioni di ciò possono essere rintracciate nel fatto che gli studi *practice based* consentono di osservare e analizzare l’eterogeneità di processi (facenti capo ai corpi, alle tecnologie e al sapere scientifico) che entrano in gioco nell’azione medica. Berg, con l’espressione “management eterogeneo delle traiettorie del paziente” (Berg, 1997) indica, ad esempio, come l’esito delle traiettorie mediche sia il risultato della commistione delle *performance* che hanno luogo nel contesto medico grazie ad un network di attori umani e non umani. In tale ottica risulta evidente come la pratica medica sia costruita attraverso un processo di allineamento ed interconnessione di elementi e dinamiche differenti. A tal proposito non si può non fare riferimento al concetto di “ingegneria dell’eterogeneo”, espressione coniata da John Law (1987) per

indicare quel processo che fornisce stabilità (relativa) spaziale e temporale all'organizzazione di persone, testi, oggetti e saperi. La pratica medica, coinvolgendo nel suo svolgersi quotidiano testi, corpi, dispositivi e conoscenze scientifiche, è anch'essa un network eterogeneo che, come tale, può essere letta a partire da un'analisi delle pratiche che la compongono. Suchman (2000), afferma come l'ingegneria dell'eterogeneo sia un'attività fondamentale per agire all'interno di un network in cui le relazioni e le interazioni tra le dinamiche che lo compongono devono essere di volta in volta elaborate ed interpretate. In tal modo la comprensione di un determinato corso di azioni o flusso di pratiche non si realizza attraverso lo sradicamento delle stesse dal contesto, ma piuttosto dalla stabilizzazione delle relazioni sociomateriali presenti.

Secondo Law e Mol (1995), materialità e socialità altro non sono che l'effetto di strategie organizzative “... *quando guardiamo al sociale, allo stesso tempo guardiamo alla produzione della materialità. E quando guardiamo ai materiali stiamo anche guardando contemporaneamente alla socialità*” (Law e Mol, 1995, p.1). In questo senso, in ottica *practice-based*, attori umani e attori non umani formano congiuntamente un insieme di attività che si realizza attraverso le pratiche cui gli attori partecipano.

Negli studi sulla pratica medica si parla di attori non-umani facendo riferimento a strumenti, dispositivi, oggetti tecnici ed artefatti, ma anche a standard, protocolli e linee guida. Alcuni, in particolare, propongono di indagare la pratica medica quale tecnologia (Casper e Berg, 1995) o la pratica della tecnologia medica (Timmermans e Berg, 2003). Questi studi condividono i presupposti dell'approccio della tecnologia in uso, ovvero considerano le tecnologie come costituite da (e dunque inseparabilmente legate a) le pratiche situate del loro uso e individua negli ambienti clinici degli spazi privilegiati per osservare come le pratiche lavorative richiedano l'allineamento di elementi umani e non umani. Muovendosi in questa direzione un concetto centrale diventa quello di *affordance* (Gibson, 1979). Con questo termine si fa riferimento alla materialità del mondo quale occasione o invito per lo svolgimento di un repertorio di azioni e pratiche; il fatto che gli oggetti tecnici e gli artefatti tecnologici abbiano diverse

affordance vuol dire che possono acquisire diverse “forme” a seconda dell’attività che li costruisce a livello sociale.

Nel corso di un’osservazione etnografica condotta all’interno di una clinica di teledermatologia in Gran Bretagna, Mort e colleghi (2003) hanno messo in evidenza come la tecnologia possa contribuire a modificare, snellendoli, i compiti del team medico e, quindi, facilitare la diagnosi e la cura dei pazienti. Tuttavia, dalla stessa ricerca emerge come, ad esempio, la distanza fisica tra dottori e pazienti comporta difficoltà nella lettura delle immagini, difficoltà legate all’assenza di informazioni sulla storia clinica del paziente, nonché la necessità di indirizzare i casi più gravi verso una visita medica “faccia a faccia” con lo specialista.

Gli artefatti tecnologici, dunque, possono dare vita a processi che snelliscono o, al contrario, che rendono più difficoltose le pratiche di lavoro quotidiano. Già nel 1997 Marc Berg, parlando di razionalizzazione della pratica medica, pose l’accento sull’interconnessione tra pratiche e oggetti di lavoro. Più nello specifico, Berg illustrò come gli strumenti per il supporto decisionale nella pratica medica consentano di realizzare la pratica stessa come serie ordinata di azioni. Berg parla di “localizzazione” (1997) quale processo bidirezionale che da un lato prevede l’allineamento di tutta una serie di dinamiche e processi che costituiscono la pratica medica, mentre dall’altro consente la definizione della pratica stessa. A partire dall’espressione “management eterogeneo delle traiettorie del paziente” (Berg, 1997), Bruni (2008) studia la pratica medica analizzando l’introduzione di una nuova tecnologia all’interno dell’organizzazione ospedaliera: la cartella clinica informatizzata. La pratica medica risulta anche da questo studio come frutto dell’allineamento di numerosi elementi: le “vecchie” tecnologie, la nuova tecnologia, ma anche spazi, competenze e processi di *sensemaking* (Bruni, 2008).

Ciò su cui vale la pena porre attenzione è che la pratica medica può essere letta come qualcosa che prende forma e si stabilizza attraverso la capacità di “maneggiare” oggetti tra loro differenti. Tale pratica richiede un’abilità coreografica (Whalen et al., 2003; Bruni e Gherardi, 2007) da parte di tutti gli

attori coinvolti nella pratica stessa. La tecnologia è infatti “fonte di variabilità a livello performativo” (Essen, 2008, p. 1631) al pari degli attori umani. Wanda Orlikowski (2007) ha definito sociomateriale qualunque tipo di pratica, sottolineando in tal modo come la materialità sia parte integrante dell’organizzare e postulando che sociale e materiale sono strettamente interconnessi nella vita quotidiana. Non esiste dunque sociale che non sia anche materiale e materiale che non sia anche sociale (Orlikowski, 2007).

Che la materialità sia parte integrante dell’organizzare emerge anche facendo riferimento agli studi che hanno per oggetto il ruolo della telemedicina nella costruzione delle pratiche mediche (Cartwright, 2000; Gherardi e Strati, 2004). In particolare, Cartwright (2000) sottolinea che la telemedicina genera un flusso di informazioni che non è solo unidirezionale (o bidirezionale) e come uno degli scopi di questa tecnologia sia quello di espandere con facilità un dato medico senza che nessun attore umano debba spostarsi. La telemedicina, infatti, rende i pazienti mobili nel senso che questi possono essere “trasportati” elettronicamente (come immagini o come dati) alla centrale medica; al contempo, la telemedicina tiene la popolazione fisicamente stabile, preservandola dalla minaccia di stanchezza o di stress fisico derivante dal viaggio da quella che l’autrice chiama “*remote community*” al centro medico (Cartwright, 2000). La telemedicina non è solo un nuovo approccio all’assistenza sanitaria, ma anche un metodo di riorganizzazione delle pratiche mediche. La configurazione e i contorni che le pratiche mediche acquisiscono a partire dall’utilizzo della tecnologia in questione, sono legate all’interrelazione tra questo attore non umano, gli attori umani coinvolti (pazienti, medici, ma anche progettisti), nonché gli spazi e i tempi in cui le pratiche stesse prendono forma.

Analizzando la pratica medica quale azione situata emerge il carattere contingente dell’organizzare che ha luogo all’interno dei contesti medici: Bruns (2009) applica tale lettura all’analisi della sicurezza all’interno dei contesti medici, sottolineando come poiché la sicurezza dipende dalle contingenze di una data situazione, è difficile progettare norme di sicurezza standard che si applicano ad una varietà di contesti. Anche se vengono posti in essere in maniera rigorosa

tutti i controlli e rispettate tutte le regole e gli standard, secondo Bruns (2009) la contingenza del locale non garantirà l'assenza di errori o incidenti. Iedema e Rhodes (2010), nell'analizzare il tema della sorveglianza organizzativa, sottolineano come nei processi ospedalieri, le forme di sorveglianza che vengono poste in essere attraverso standard, regole e linee guida modificano costantemente le interazioni tra gli attori coinvolti nell'attività, dando vita alla ri-organizzazione delle pratiche stesse (Iedema e Rhodes, 2010).

2.3. Pratica medica e corpi

Quando si guarda al lavoro come azione situata, è possibile analizzare le attività lavorative come una coreografia di azioni che coinvolge numerosi elementi, tra cui il corpo (Whalen, et al., 2003): la disposizione degli oggetti nello spazio di lavoro e del corpo in relazione a tale disposizione è essenziale al fine di produrre una pratica lavorativa "competente". Se si punta l'attenzione più nello specifico alle pratiche mediche, ciò che emerge è una visione del corpo quale performance che si costruisce nel corso delle pratiche e che, a sua volta, contribuisce alla costruzione e alla realizzazione delle dinamiche organizzative.

Robert Cooper (2010) definisce il corpo come sociale per indicare quella dinamica di interazioni che si realizza con il corpo e tra il corpo e l'ambiente che lo circonda (intendendo per ambiente l'insieme di oggetti, spazi e attori con cui il corpo stesso si relaziona). "Nelle pratiche mediche, corpi, vite e soggettività si intrecciano con un network composto da tecnologie, personale medico e provvedimenti istituzionali" (Casper e Berg, 1995, p. 402). Non solo le soggettività, dunque (e la vita dei pazienti), ma anche i corpi si intersecano in una fitta rete di dinamiche e processi che fanno capo agli operatori, alle tecnologie ed alle disposizioni istituzionali e organizzative. Un aspetto cruciale della pratica medica è dunque il seguente: essa si realizza sui corpi e per mezzo di corpi. I corpi rappresentano l'anello di congiunzione di tutte le attività che hanno luogo in contesti medici, siano essi sani (i corpi degli operatori) o malati (i corpi dei

pazienti), vigili (prima dell'induzione dell'anestesia) o incoscienti (una volta anestetizzati). Scelgo di parlare di corpi al plurale perché dalla letteratura ciò che emerge è la tendenza a interpretare l'entità corporea come molteplice e mai come singola, o "data".

Nel libro *The Body Multiple*, Mol descrive le pratiche mediche di diagnosi e trattamento per l'arteriosclerosi agli arti inferiori. Tale patologia si presenta in molteplici forme: in chirurgia si manifesta come dolore a camminare; in radiologia come riduzione o un blocco dei vasi sanguigni; in ecografia come un incremento della velocità del sangue; in sala operatoria ha la forma di una sostanza bianca raschiata dai vasi sanguigni (Mol, 2002). L'assunto alla base del lavoro di Mol, a partire dalle differenti forme che la patologia assume, è la seguente: se è vero che il corpo viene spesso considerato come "unico", nella realtà questo è molteplice, in quanto molteplici sono le pratiche che hanno luogo sul corpo stesso (Mol, 2002). Secondo Law e Mol (2004), infatti, se un corpo è visto come un'entità unica non è per via di una coerenza interna al corpo stesso, ma piuttosto grazie ad una molteplicità di strategie, diagnosi, piani d'azione e strumenti che hanno permesso di "compattare" molteplici visioni della realtà in una unica. Quest'ultima riflessione risulta ancora più evidente se si riflette sul fatto che ciascuna branca della medicina, ognuna con proprie tecniche d'indagine, con specifici oggetti e strumenti, ma anche con competenze ed expertise differenziate, concorre nel dar vita a molteplici rappresentazioni mediche del corpo (Berg e Mol, 1998; Mol 2002). Guardando alle pratiche mediche che hanno luogo all'interno delle sale operatorie, dove operatori con professionalità differenti si trovano a condividere spazi e tempi d'azione, ma anche competenze ed expertise differenti, si comprende come i corpi dei pazienti vengano "compattati": per un infermiere di anestesia, ad esempio, il corpo di un paziente è soprattutto un corpo vigile, che deve essere preparato per l'intervento chirurgico; per l'anestesista è un corpo che passa da uno stato di coscienza ad uno di incoscienza e viceversa; per uno strumentista, il corpo del paziente è una "sagoma" che deve essere posizionata in un determinato modo sul tavolo operatorio;

infine, per il chirurgo, il corpo del paziente finisce per essere circoscritto al campo operatorio.

Nella pratica medica i corpi sembrano essere l'effetto dell'interrelazione del paziente con un crescente numero di professionisti, strumenti e altri corpi (al lavoro). In tale ottica di costruzione e de-costruzione continua, i corpi possono anche essere visti e analizzati come oggetti o quasi-oggetti, così come evidenziato nello studio di Middleton e Brown (2002). In questo lavoro gli autori offrono la descrizione delle pratiche mediche che hanno luogo all'interno di un'unità di terapia intensiva neonatale quale rete ibrida di corpi, persone, materiali, oggetti tecnici e sapere scientifico. All'interno della terapia intensiva neonatale il paziente agisce come quasi-oggetto: "l'intera rete di azioni e pratiche ruota intorno al neonato" (Middleton e Brown, 2002, p. 14). L'identità di ciascun membro dell'equipe è definita sulla base del rapporto che ha col neonato stesso (un operatore è colui che somministra sodio al paziente, un altro è colui che inserisce il catetere e così via); ma "il neonato è anche il mezzo" (Middleton e Brown, 2002, p. 14), ovvero colui il quale contribuisce a definire le relazioni tra i componenti dell'equipe, consentendo la definizione dei tempi e degli spazi di azione tra gli operatori. Non solo quindi il corpo risulta modellato e definito dalle pratiche lavorative, ma viceversa le performance lavorative vengono definite e a loro volta modellate in relazione ai corpi dei pazienti. La riflessione degli autori procede con l'affermazione di un paradosso: il neonato che si trova in cura e che dunque è "debole", diviene l'elemento più potente del network. Il neonato è al contempo oggetto (la persona che si muove), soggetto (destinatario delle cure) e attributo (una lettura della presenza di gas nel sangue) (Middleton e Brown, 2002, p. 15). Il neonato è sempre più cose allo stesso tempo: è un oggetto virtuale e un corpo (o per meglio dire una molteplicità di corpi) attorno a cui le attività si costruiscono. Il processo di costruzione e de-costruzione dei corpi è illustrato anche in due studi condotti rispettivamente da Law e Mol (2004) e da Akrich e Pasveer (2004): i primi analizzano tale processo a partire dalle pratiche mediche per la diagnosi e la cura dell'ipoglicemia e i secondi a partire dalle pratiche mediche che "ruotano" intorno all'esperienza del parto. "Il corpo non è né intero,

né frammentato, ma ha una configurazione complessa” (Law e Mol, 2004, p. 57). Tale configurazione complessa è illustrata da Akrich e Pasveer (2004) nella loro analisi dell’esperienza del parto che, attingendo ad una situazione in cui il corpo è spesso considerato un’entità che agisce “naturalmente”, rivelano come esista una lunga serie di mediazioni (comprese quelle tecnologiche), che performano l’azione del corpo stesso. Il corpo sarebbe costruito attraverso le pratiche di misurazione di zucchero nel sangue in un caso (Mol e Law, 2004) e da ostetriche, artefatti tecnologici e partner nell’altro (Akrich e Pasveer, 2004). Solamente l’interazione tra questi elementi consente ai corpi di costruirsi e de-costruirsi.

Gli studi appena enunciati si sono focalizzati su corpi malati (quelli dei pazienti, appunto), ma già a partire dagli anni Novanta alcuni studiosi si sono concentrati sui corpi sani (quelli degli operatori). Hirschauer (1991) ha spiegato come il corpo del chirurgo, quando opera, si trasforma in un insieme di dispositivi, rappresentazioni e competenze, insieme che l’autore stesso ha definito come *surgeon-body* (Hirschauer, 1991, p. 290). Callon e Rabeharisoa (2003) hanno spiegato l’intervento chirurgico definendolo come un momento in cui si assiste a una continua riconfigurazione dinamica dei corpi dei soggetti presenti in sala operatoria, siano essi corpi sani o malati. Nel 2004 Tiago Moreira, nell’analizzare i dati raccolti nel corso di un’osservazione etnografica all’interno del blocco operatorio di un ospedale portoghese, ha elaborato il concetto di *surgical body-world*, vale a dire l’insieme di relazioni, competenze e tensioni che compongono il mondo in cui il chirurgo si trova immerso. Partendo da questa suggestione, Moreira (2004), sottolinea come il rapporto tra i corpi del paziente, il corpo del chirurgo e il “corpo-mondo chirurgico” (Moreira, 2004, p. 110) sia mediato dallo spazio della sala operatoria. Sarebbe tale mediazione a far sì che il coordinamento tra le molteplici risorse e competenze che entrano in gioco abbia luogo. È a partire da tali considerazioni che Moreira giunge alla elaborazione di una importante riflessione: le azioni del corpo del chirurgo sono il risultato della coerenza o dell’allineamento tra elementi eterogenei (Moreira, 2004). Le performance che il chirurgo mette in atto col proprio corpo sarebbero dunque l’esito dell’interazione e dell’allineamento tra gli elementi presenti in sala

operatoria (gli altri corpi presenti, gli oggetti e le tecnologie utilizzate). Il corpo del chirurgo (al pari dei corpi degli altri operatori) non agisce da solo, né in un “vuoto organizzativo”: esso è piuttosto calato all’interno di un network composto da spazi, tempi, strumenti e corpi che, allineati, consentono la realizzazione delle pratiche mediche. Nel diventare l’interfaccia dinamica di diverse componenti, il chirurgo ha il “controllo” sui corpi dei pazienti e sugli oggetti presenti in sala operatoria, ma è sempre grazie all’*affordance* degli oggetti stessi che tale “controllo” è raggiunto. Si pensi ad esempio al lavoro di Annemarie Mol e John Law (2004) circa l’ipoglicemia: le mani sono viste come strumento/corpo che svolge un ruolo attivo nella misurazione della patologia, ma non agiscono da sole. Le mani devono interagire con le macchine e il successo di tale interazione dipenderà dalla misura in cui le mani e le macchine sono adattate e adattabili le une alle altre. Tale linea interpretativa definisce dunque la complessità dei corpi, nonché il modo in cui essi sono collegati ad un insieme di pratiche, dispositivi e altri corpi, che ne definiscono a loro volta le forme e le performance (Hirschauer, 1991; Mol, 2002; Thacker, 1999; Waldby, 1999, 2000). Ancora una volta, dunque, emerge come i corpi in medicina siano l’esito di complesse dinamiche e traiettorie d’azione in cui un ruolo di primo piano è giocato da artefatti tecnologici ed oggetti tecnici.

Conclusioni

Il percorso illustrato in questo capitolo ha voluto ricostruire una sorta di mappa a partire dalla quale muoversi in termini analitici. In particolare, la struttura del capitolo ha condotto da una panoramica generale circa i *Practice-Based Studies* e quindi degli assunti che ne sono alla base, per giungere ad una più specifica e dettagliata esposizione degli studi sulla medicina quale pratica situata.

Nel paragrafo iniziale, definendo le coordinate sulle quali si fondano gli studi basati sulla pratica, ho posto l’accento su alcune dimensioni che li caratterizzano, vale a dire:

- il contesto: allontanandosi dalla concezione del contesto d'azione quale mero spazio fisico all'interno del quale gli attori umani agiscono ed interagiscono, la logica che sta alla base del frame teorico illustrato sposa una visione del contesto quale situazione. Abbracciando tale visione, la sicurezza all'interno delle sale operatorie viene analizzata anche focalizzando l'attenzione sul contesto organizzativo quale situazione in divenire, o esito di intersezioni ed interrelazioni multiple tra tutti gli attori organizzativi che popolano l'ambiente operatorio;

- la tecnologia-in-uso: gli artefatti tecnologici smettono di essere strumenti di supporto alle attività lavorative ed organizzative e divengono pratica sociale. In questo modo, la sicurezza viene analizzata e compresa anche mediante lo studio della tecnologia considerata imbrigliata all'interno dei contesti e delle relazioni che si sviluppano nel suo utilizzo quotidiano;

- la conoscenza: lungi dall'essere meramente mentale e/o razionale, è piuttosto un processo in continua costruzione e definizione e ciò grazie all'attiva partecipazione nelle pratiche situate. La conoscenza si realizza in pratica: nel corso del fare quotidiano si produce e riproduce in maniera incessante una componente estetica della conoscenza e dell'apprendimento (Strati, 1999). Il sapere pratico sarebbe dunque creato e trasmesso anche attraverso le conoscenze sensibili.

A partire da questa mappatura iniziale, ho scelto di dedicare il secondo paragrafo agli studi e le ricerche che hanno per oggetto la medicina quale pratica sociale e tecnologica. Gli studi *practice based* consentono di osservare e analizzare l'eterogeneità di processi (facenti capo ai corpi, alle tecnologie e al sapere scientifico) che entrano in gioco nella pratica medica. A partire dall'approccio della tecnologia-in-uso, gli ambienti medici vengono considerati quali spazi privilegiati per analizzare l'allineamento di elementi umani e non. In quest'ottica un ruolo di primo piano riveste l'assunto secondo cui qualunque tipo di pratica è sociomateriale (Orlikowki, 2007): la materialità è parte integrante dell'organizzare e dunque sociale e materiale sono strettamente interconnessi nella vita quotidiana.

Il terzo ed ultimo paragrafo ha posto in evidenza il ruolo che il corpo riveste nella costruzione e nella realizzazione delle pratiche mediche. In ottica *practice-based* il corpo è letto quale performance che si costruisce nel corso delle pratiche e che, a sua volta, contribuisce alla costruzione e alla realizzazione delle dinamiche organizzative. Il fatto che la pratica medica si realizzi sui corpi e per mezzo di corpi, fa sì che questi ultimi rappresentino l'anello di congiunzione di tutte le attività che hanno luogo all'interno di contesti medici. L'entità corporea, al pari della conoscenza e degli attori non umani, non è mai "data", ma piuttosto viene anch'essa costruita e performata. Ciò è tanto più vero se si riflette sulla maniera in cui Law e Mol (2004) hanno analizzato i corpi dei pazienti: se un corpo è visto come un'entità unica non è per via di una coerenza interna al corpo stesso, ma piuttosto grazie ad una molteplicità di strategie, diagnosi, piani d'azione e strumenti che consentono di "compattare" molteplici visioni della realtà in una unica.

A partire dalla mappatura fornita in questo capitolo, propongo di guardare alla sicurezza operatoria in ottica *practice-based* e dunque non come mero attributo di attori umani e non umani, norme e procedure, ma piuttosto come una capacità che si realizza attraverso un insieme di relazioni sociomateriali che vedono coinvolti diversi processi e dinamiche che popolano gli ambienti operatori. Le relazioni in questione non sono stabilite una volta per tutte, o fissate tra loro, ma piuttosto sono continuamente performate e costruite.

CAPITOLO 3

Il contesto e la metodologia della ricerca

Introduzione

L'obiettivo di questo capitolo è quello di fornire una illustrazione dei contesti organizzativi in cui ho condotto la mia ricerca. A tal fine, dapprima focalizzerò l'attenzione sul quadro normativo-istituzionale che fa da sfondo allo studio ed all'analisi della sicurezza operatoria. Illustrerò le disposizioni internazionali sulle quali la normativa nazionale vigente si fonda e le più recenti modalità di intervento create a livello nazionale.

Nel secondo paragrafo verrà invece illustrata una panoramica generale circa la metodologia di ricerca che ho scelto di utilizzare, descrivendo la strategia empirica messa in atto e il modo in cui ho scelto di osservare ed analizzare la sicurezza operatoria in ciascuna delle due realtà. A partire da questa panoramica, aprirò la strada alle riflessioni più dettagliate circa la scelta dei casi di studio oggetto a partire dal terzo paragrafo.

Illustrando i due setting di ricerca, focalizzerò l'attenzione sulle modalità di accesso, nonché sulle caratteristiche strutturali delle due strutture. In particolare, descriverò in un primo momento le peculiarità di ciascuna delle due realtà organizzative in relazione all'attenzione dedicata alla questione della sicurezza operatoria. In un secondo momento, proporrò invece una riflessione relativa alle differenze architettoniche e strutturali delle due realtà organizzative. Concluderò poi il terzo paragrafo con una riflessione circa le modalità con cui le diverse caratteristiche strutturali hanno influito sulla permanenza sul campo e dunque sul mio modo di rapportarmi agli attori organizzativi.

Un ultimo paragrafo sarà infine dedicato ad una breve riflessione circa l'etnografia quale racconto forma narrativa, nonché alla descrizione delle modalità di presentazione dei risultati.

3.1. La sicurezza in sala operatoria: una questione internazionale nel quadro normativo italiano

La sicurezza in sala operatoria rappresenta una delle priorità della sanità nel mondo e nonostante le numerose difficoltà relative alla metodologia di misurazione degli eventi avversi, nonché la scarsa comparabilità dei dati, i risultati degli studi internazionali giustificano la crescente attenzione al problema¹.

In Italia, negli ultimi anni, sono aumentate le ricerche ed i tentativi di analisi sulla questione della sicurezza dei pazienti. La ricerca realizzata nel 2001 dall'Università di Roma Tor Vergata (in collaborazione con altri enti pubblici e privati) fornisce certamente una ricca panoramica nazionale. Tale ricerca stima che le morti evitabili nella fascia 5-69 anni, siano riconducibili a tre tipi di cause: assenza di prevenzione; ritardo nella diagnosi e nella terapia; assenza di igiene e assistenza sanitaria inadeguata. L'ente che maggiormente si è impegnato in Italia per richiamare l'attenzione delle istituzioni pubbliche, nonché degli operatori che lavorano nella sanità, è il Tribunale per i Diritti del Malato (TDM). Il TDM pubblica con cadenza annuale un rapporto sulla qualità dell'assistenza sanitaria, in cui è incluso un capitolo dedicato agli errori medici. Il Rapporto PIT Salute 2001/2002, sottolinea come le segnalazioni per errori legati alla diagnosi ed alla terapia nel 2002 rappresentavano il 30,5% del totale². Questi dati possono essere rapportati alle stime più recenti del Cineas (2007), secondo cui ogni anno sono 320000 i pazienti vittime di incidenti e il 43% degli italiani ritiene gli ospedali poco o per nulla affidabili (Stime Cineas, 2007). Più nello specifico, il luogo in cui più frequentemente si verificano criticità e incidenti è rappresentato dalle sale operatorie (72% dei casi)³.

¹ Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, Ottobre 2009.

² Rapporto cittadini e servizi sanitari, PiT Salute 2001/2002, Tribunale per i Diritti dei Malati, 2003.

³ Rapporto cittadini e servizi sanitari, PiT Salute 2004/2005, Tribunale per i Diritti del Malato, 2006.

Volgendo lo sguardo a livello internazionale, l'ente che più di altri elabora progetti e programmi finalizzati a migliorare la sicurezza dei pazienti (e tra questi certamente un ruolo di primo piano è rivestito dal tema della sicurezza operatoria) è l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel 2004 l'OMS ha dato vita alla *World Alliance for Patient Safety*, al fine di ridurre le conseguenze sociali e sanitarie che possono scaturire da incidenti terapeutici ed errori medici. Più in particolare, il programma *Safe Surgery Saves Lives* dell'OMS ha messo in evidenza la relazione che sussiste tra la sicurezza nell'assistenza operatoria e le vite potenzialmente salvate. Con il *Safe Surgery Saves Lives* si è proposto di individuare ed implementare misure e strumenti che possano essere diffusi a livello internazionale quali standard comuni a tutte le strutture sanitarie del mondo. È nel 2008, con la pubblicazione delle *Guidelines for safe surgery* (Gawande, Weiser, 2008), che il programma *Safe Surgery Saves Lives* trova piena attuazione. A partire da queste linee guida l'OMS ha elaborato una *checklist* per la sicurezza operatoria con l'obiettivo di favorire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati al fine di prevenire gli eventi avversi. Attraverso tale *checklist* il processo operatorio viene considerato composto da tre fasi, per ciascuna delle quali devono essere effettuati specifici controlli: *Sign In*, ovvero prima dell'induzione dell'anestesia; *Time Out*, ovvero prima dell'incisione della cute; *Sign Out*, ovvero prima che il/la paziente abbandoni la sala operatoria.

A partire da queste direttive internazionali, il Ministero della Salute ha elaborato nel 2009 le Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria. In tale documento la sicurezza viene definita come segue: “dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti”⁴. Riconoscendo la sicurezza chirurgica come area prioritaria di intervento per la

⁴ Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, Ottobre 2009, p. 9.

sicurezza dei pazienti, il Ministero ha negli ultimi anni individuato ed implementato un programma di gestione ed analisi della sicurezza operatoria sintetizzabile nei sedici obiettivi contenuti all'interno delle Raccomandazioni, vale a dire:

1. Operare il paziente corretto ed il sito corretto;
2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico;
3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici;
4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente;
5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali;
6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;
7. Controllare e gestire il rischio emorragico;
8. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica;
9. Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio;
10. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio;
11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico;
12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria;
13. Gestire in modo corretto il programma operatorio;
14. Garantire la corretta redazione del registro operatorio;
15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala;
16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria;

Ciascuno di questi obiettivi è poi articolato in diversi micro obiettivi, ognuno dei quali mira all'individuazione di uno specifico rischio e delle possibili strategie preventive adottabili. Le Raccomandazioni, dunque, basandosi sulla *checklist* elaborata dall'OMS, puntano all'analisi delle singole fasi del processo operatorio e più in particolare alla elaborazione di un iter operatorio unico per tutte le strutture ospedaliere. L'approccio adottato a livello ministeriale sarebbe proattivo e nascerebbe dall'esigenza di analizzare il processo operatorio per evitare il verificarsi di incidenti o criticità. Si può a tal proposito fare riferimento al glossario elaborato dal Ministero della Salute, che definisce la cultura della sicurezza come segue: “impegno per la sicurezza che coinvolge tutti i livelli di

un'organizzazione, dalla direzione al personale in prima linea. Modello integrato di comportamenti individuali ed organizzativi basati su convinzioni e valori condivisi volti a promuovere la sicurezza dei pazienti”⁵. L'analisi e la gestione del rischio e della sicurezza devono avere una prospettiva necessariamente sistemica ed olistica, focalizzando l'attenzione tanto sulla conoscenza dei rischi legati a ciascuna attività, quanto sulla creazione di un ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte dei singoli operatori.

3.2. La metodologia della ricerca e i casi di studio: uno sguardo d'insieme

Partendo da una prospettiva teorica che vede la sicurezza come qualcosa che si realizza in pratica, osservare le attività lavorative quotidiane che hanno luogo all'interno dei blocchi operatori diventa quasi una scelta obbligata per lo sviluppo della tesi. La strategia empirica che ho deciso di adottare è rappresentata dal *case study* (Eisenhardt, 1989; Stake, 1995) e due sono le ragioni alla base di questa scelta:

- desideravo utilizzare l'osservazione quale tecnica di raccolta perché una prolungata presenza fisica ed una attiva partecipazione alle attività lavorative che hanno luogo all'interno delle sale operatorie mi potevano consentire una comprensione accurata del modo in cui la sicurezza viene costruita e realizzata quotidianamente;

- poiché la sicurezza operatoria è una pratica sociomateriale che si realizza attraverso un network eterogeneo di elementi, attraverso la partecipazione alle attività di lavoro quotidiano potevo riuscire a cogliere la peculiarità di ciascun elemento e dunque il ruolo che ognuno di essi svolge nella stabilizzazione del network stesso.

Seguendo la logica del *theoretical sampling* (Glaser e Strauss, 1967), ho scelto le due realtà ospedaliere e dunque i due blocchi operatori per via dell'attenzione che ciascuna delle due realtà ha dedicato all'implementazione di

⁵ http://www.cineas.it/img/fck/A%20GLOSSARIO_26luglio2006%281%29.pdf

strategie organizzative volte al miglioramento della sicurezza all'interno della struttura. Ho ritenuto questo aspetto fondamentale nella scelta per riuscire a cogliere le modalità con cui la sicurezza viene costruita attraverso la quotidianità operatoria anche in relazione alle eventuali specifiche misure che i vertici organizzativi decidono di implementare.

La scelta finale è stata la seguente:

- l'Ospedale Santa Flavia, un ospedale pubblico del Nord Italia che a partire dal 2000 ha sviluppato un approccio sistemico alla gestione della sicurezza di operatori e pazienti. In particolare, questa struttura ha implementato un sistema di gestione della sicurezza realizzando un documento aziendale di valutazione dei rischi che viene aggiornato annualmente e che, analizzando le singole attività e fasi del processo operatorio, ne evidenzia non solo rischi e pericoli, ma anche le possibili strategie e misure per il miglioramento. Nel 2008 questo ospedale ha poi dato vita ad una ricerca finalizzata all'analisi della sicurezza all'interno del blocco operatorio, al fine di individuare strategie e modelli organizzativi utili ad eliminare o minimizzare i rischi del processo operatorio. Avendo ricoperto il ruolo di ricercatrice in questo progetto, i capitoli empirici relativi a questa realtà ospedaliera presentano i risultati della ricerca da me condotta;

- l'Ospedale Francesca Serio è un ospedale pubblico del Sud Italia che non ha mai implementato alcuna strategia volta alla tutela della sicurezza dei pazienti e/o degli operatori. Si tratta di una struttura pubblica che presenta due caratteristiche assai particolari rispetto all'Ospedale Santa Flavia: la prima è rinvenibile nel fatto che il blocco operatorio ospita quotidianamente un numero di tirocinanti in ogni sala operatoria che varia da due a sette; la seconda caratteristica è di tipo architettonico-strutturale ed ha a che fare con l'assenza della presala operatoria, vale a dire quello spazio organizzativo adiacente alla sala all'interno del quale solitamente i/le pazienti vengono preparati/e all'intervento dall'infermiere/a di anestesia e dall'anestesista.

Alla luce di quanto appena esposto, nelle pagine che seguono procederò alla descrizione dettagliata dei setting di ricerca.

3.2.1. L'etnografia organizzativa: immergersi nel contesto

L'etnografia organizzativa (Piccardo e Benozzo, 1996; Bruni, 2003) consente di descrivere ed interpretare i processi quotidiani delle organizzazioni attraverso una metodologia di ricerca che si fonda sulla osservazione della vita organizzativa.

Già nel 1996, Piccardo e Benozzo hanno fornito una riflessione circa gli elementi salienti che un'etnografia organizzativa consente di cogliere; a partire da tali riflessioni, Bruni (2010) ha posto l'accento più nel dettaglio sugli elementi su cui l'etnografia organizzativa focalizza l'attenzione quando l'oggetto d'analisi è la sicurezza operatoria:

- la struttura fisica: la maniera in cui gli spazi sono organizzati e definiti contribuisce inevitabilmente sul modo in cui le attività degli attori organizzativi hanno luogo e quindi anche sulla costruzione della sicurezza all'interno del blocco operatorio. Nel corso dell'osservazione ho pertanto prestato attenzione all'architettura degli spazi, alla loro composizione, nonché agli artefatti tecnologici ed agli oggetti tecnici presenti;

- la struttura sociale: le relazioni tra operatori e tra operatori e pazienti influiscono sul modo in cui la gerarchia, la divisione del lavoro e la gestione di spazi e tempi organizzativi stabilizzano la sicurezza. Ho quindi focalizzato l'attenzione sulle modalità organizzative con cui gli attori organizzativi gestiscono la divisione del lavoro, le competenze e la negoziazione di ruoli e responsabilità;

- le interazioni tra gli attori umani coinvolti nel processo operatorio e quindi le differenti attribuzioni di senso relative alle proprie ed alle altrui azioni. Inoltre, poiché sullo sfondo dell'intero lavoro di tesi si situa il concetto di sociomaterialità, particolare attenzione è stata anche dedicata al modo in cui gli attori umani si relazionano con la molteplicità di attori non umani che popolano il blocco operatorio, rendendolo tecnologicamente denso;

- il linguaggio: le espressioni linguistiche e il gergo adottato dagli attori organizzativi nel corso delle pratiche mediche quotidiane. Poiché la sicurezza

operatoria si traduce in pratica, anche i discorsi e le conversazioni formali ed informali che hanno luogo all'interno della sala operatoria contribuiscono alla stabilizzazione della sicurezza, che si tratti di conversazioni tra operatori o tra operatori e pazienti.

Nelle pagine che seguono illustrerò più nel dettaglio le modalità con cui ho condotto l'etnografia organizzativa a cominciare dall'Ospedale Santa Flavia, il primo in ordine di tempo in cui ho condotto la ricerca. L'attenzione sarà focalizzata sulle peculiarità delle strategie di ricerca adottate in relazione a ciascun contesto organizzativo.

3.2.2. I due volti del lavoro sul campo: l'Ospedale Santa Flavia e l'Ospedale Francesca Serio

Nel corso dell'osservazione all'interno delle due strutture, ho scelto di porre domande e chiedere spiegazioni circa ciò che stavo osservando agli attori organizzativi presenti. In tal modo ho inteso non dare nulla per scontato e colmare le lacune di cui soffrivo per via della mia scarsa conoscenza (almeno iniziale) relativa alle pratiche mediche e, più in generale, alle attività all'interno del blocco operatorio. Un approccio etnografico ai fenomeni organizzativi richiede infatti la capacità di abbandonare ciò che è "dato per scontato", per dare vita ad un percorso empirico flessibile (Bruni, 2003; Gobo, 2001) che sorga dall'osservazione stessa.

Anche alla luce di quanto fin qui affermato, prima di iniziare la conduzione dell'etnografia all'interno del primo ospedale (l'Ospedale Santa Flavia), ho scelto di condurre interviste semi-strutturate a cinque operatori (infermiere/e di anestesia e strumentiste/i), al fine di riuscire a cogliere alcuni aspetti particolarmente rilevanti del processo operatorio, quali:

- in cosa consiste il lavoro dell'infermiere/a o dello/la strumentista (quali mansioni svolge, con quali strumenti, venendo eventualmente coadiuvata da chi) e quali sono i pericoli maggiori connessi alle pratiche mediche che questi/e operatori/trici svolgono;

- le fasi di cui si compone un intervento chirurgico e le principali criticità che ciascuna di esse può comportare;
- le cause più frequenti di incidenti ed eventi avversi;
- le strategie più comunemente adottate per evitare che le criticità si ripresentino.

La possibilità di cogliere differenti punti di vista e dunque di elaborare molteplici riflessioni relative ai rischi ed ai pericoli legati agli interventi chirurgici è stata poi resa possibile anche grazie alla conduzione di interviste al “sospia” (Gherardi, 1990). La parte conclusiva di ciascuna intervista semi-strutturata, infatti, è stata realizzata chiedendo a ciascun/a intervistato/a di immaginare di avere un sospia e di dovergli fornire indicazioni circa cosa fare o non fare al proprio posto nel caso in cui lo lasciasse prendere il proprio posto in sala (in modo che nessuno si accorgesse dello scambio di persona). Attraverso questa tecnica, si richiedono all’intervistato non solo informazioni circa la giornata lavorativa, ma anche di proiettarsi nelle vesti di qualcun altro e dunque di prestare attenzione alle caratteristiche del proprio agire organizzativo (Bruni, 2003).

A partire dalle interviste semi-strutturate e al “sospia” mi è stato possibile concentrare l’attenzione su alcuni aspetti particolari delle dinamiche organizzative che hanno luogo in sala, ma anche familiarizzare con il linguaggio proprio di ciascun operatore e condurre un’osservazione delle pratiche mediche più “consapevole”, ovvero fondata sulla conoscenza e la comprensione delle singole fasi del processo operatorio. La fase successiva è stata caratterizzata dalla tecnica dello *shadowing*, che consiste nel seguire un attore organizzativo nello svolgimento delle sue attività quotidiane (Bruni, 2003; Czarniawska, 2008). Poiché l’obiettivo dello *shadowing* è l’osservazione dei processi lavorativi e delle dinamiche organizzative, attraverso questa tecnica ho osservato ed analizzato quel complesso insieme di dinamiche organizzative che coinvolgevano sì l’attore/trice cui di volta in volta ho fatto da ombra, ma anche gli altri componenti dell’equipe (e più in generale il processo operatorio).

Ritengo opportuno illustrare più nel dettaglio le modalità con cui lo *shadowing* è stato condotto, facendo anzitutto riferimento al fatto che per ciascun

attore organizzativo si è scelto di fare da ombra per una settimana. Le figure professionali cui si è scelto di fare da ombra sono tutti i componenti di una équipe chirurgica, vale a dire:

- 1 Operatore Socio-Sanitario (OSS);
- 1 Infermiere di anestesia;
- 1 anestesista;
- 1 strumentista;
- 1 chirurgo.

A queste figure professionali si sono aggiunte:

- 1 strumentista neoassunto;
- la caposala degli strumentisti;
- la caposala del blocco operatorio.

La scelta di fare da ombra non solo alle diverse figure professionali che compongono un'équipe chirurgica, ma anche alle due caposala e ad un novizio deriva da due ordini di ragioni:

1. seguire le due caposala rappresentava un'importante occasione per comprendere ed analizzare in che modo le pratiche e i processi che hanno luogo all'interno della sala operatoria sono strettamente interconnessi a pratiche e processi che travalicano i confini spaziali e temporali delle singole sale operatorie;

2. fare da ombra ad uno strumentista novizio costituiva una opportunità assai preziosa per riuscire a cogliere in che modo la sicurezza operatoria viene appresa.

Quanto fin qui affermato riguarda la strategia di ricerca messa in atto all'interno dell'Ospedale Santa Flavia. Per ciò che attiene il secondo contesto all'interno del quale ho condotto l'osservazione, occorre fare alcune precisazioni. Innanzitutto, entrando all'Ospedale Francesca Serio, avevo già dimestichezza con il gergo proprio dei professionisti, con le attività che hanno luogo in sala, nonché con gli spazi e i tempi organizzativi. Come emergerà nelle pagine che seguono, anche e soprattutto a causa della differente modalità di accesso al campo, nell'Ospedale Francesca Serio ho adottato una strategia di ricerca fondata sull'etnografia organizzativa e sulle interviste semi-strutturate. Non ho invece

svolto né attività di *shadowing*, né interviste al “sospia”⁶. Nel corso delle sette settimane di osservazione all’interno dell’Ospedale Francesca Serio ho posto domande e chiesto spiegazioni in merito alle attività osservate all’interno della struttura, in modo da cogliere le peculiarità di questo contesto organizzativo e dunque di comprenderne le differenze rispetto all’Ospedale Santa Flavia.

In ottica etnografica le organizzazioni altro non sono che un artefatto che si costruisce e ri-costruisce a partire dalle pratiche e dalle attività che hanno luogo al loro interno: è un insieme eterogeneo di dinamiche e processi a fare l’organizzazione (Bruni, 2003). Nel corso delle etnografie organizzative è questo network eterogeneo che diventa il fulcro attorno al quale le attività del ricercatore ruotano. Ciò che va sottolineato a tale proposito è che nel fare ciò, ovvero nel calarsi all’interno del contesto organizzativo, il ricercatore finisce per essere parte dell’organizzazione stessa e dunque partecipare alle pratiche ed alle attività che si costruiscono al suo interno. Il/la ricercatore/trice che si appresta ad entrare in un contesto organizzativo al fine di studiarne le dinamiche e i processi lavorativi deve necessariamente adattarsi agli spazi e ai tempi organizzativi, ma prima ancora deve riuscire a immergersi nel “campo”. Nel tentativo di orientarsi nelle dinamiche osservate, il/la ricercatrice si assiste ad una duplice influenza: da un lato i dati che vengono raccolti sono influenzati dalla prospettiva soggettiva di chi conduce l’attività sul campo (Van Maanen, 1988); dall’altro le pratiche lavorative e le dinamiche organizzative oggetto d’analisi sono inevitabilmente influenzate dalla presenza del/la ricercatore/trice.

La relazione inevitabile che si viene a creare tra ricercatore/trice e contesto empirico è sicuramente influenzata anche (ma non solo) dal modo in cui colui/colei che studia la realtà organizzativa accede al campo. Il titolo che ho scelto per questo paragrafo vuole essere indicativo delle molteplici sfaccettature che può assumere il percorso di accesso.

Certamente la permanenza in qualità di ricercatrice all’interno di realtà organizzative complesse è difficile, ma ancora assai più complicato può risultare

⁶ Le ragioni di ciò verranno dettagliatamente illustrate nelle pagine che seguono, esponendo le modalità di accesso ai due campi empirici.

la fase di negoziazione dell'accesso al campo. Nel caso specifico della mia ricerca mi sono ritrovata a dover negoziare l'accesso all'interno di strutture fittamente gerarchizzate e strutturate e la mia presenza (anche quando la struttura era committente in prima linea della ricerca) avrebbe per questo spezzato le routine e gli schemi organizzativi propri di ciascuna delle due realtà.

Le differenti strategie metodologiche messe in atto in ciascun contesto empirico sono state dettate anche dalle diverse modalità di accesso alle due strutture, descritte nel dettaglio nelle pagine che seguono.

3.3. L'accesso al campo: istruzioni per l'uso

In questo paragrafo, per ciascuna delle realtà che ho analizzato, verrà illustrato l'accesso all'interno delle due strutture. Prima però è necessario ricordare brevemente che la ricerca condotta nell'Ospedale Santa Flavia fa parte di una più ampia ricerca condotta all'interno della stessa struttura che ha avuto inizio nel 2007 e che, pertanto, il mio accesso al campo è stato "legittimato" dai responsabili della struttura stessa. Assai diverso è stato invece l'accesso all'Ospedale Francesca Serio, in cui io mi sono proposta come singola ricercatrice e dunque come negoziatrice d'accesso in prima persona.

3.3.1. Gli accessi al campo: l’Ospedale Santa Flavia e l’Ospedale Francesca Serio

L’osservazione sul campo all’interno dell’Ospedale Santa Flavia è iniziata un lunedì mattina di Ottobre. Conclusa la prima settimana, il venerdì, la caposala Orsa (che aveva il compito di supervisionare la mia presenza all’interno della struttura) mi raggiunge, mi porge un mazzo di chiavi e mi dice: *“Così puoi entrare quando vuoi. Questa chiave apre tutte le porte. Tu arrivi, vai nella zona filtro [si riferisce allo spogliatoio], ti cambi e vai in sala”*. La caposala Orsa, consegnandomi quelle chiavi mi ha aperto le porte dell’Ospedale in due direzioni: da un lato questo atteggiamento ha per me significato avere libero accesso a tutti gli spazi organizzativi; dall’altro ha voluto dire soprattutto che il mio ruolo di ricercatrice era stato pienamente accettato.

A differenza dell’Ospedale Santa Flavia, per ottenere l’accesso all’Ospedale Francesca Serio ho dovuto fare richiesta formale al Direttore Sanitario della struttura. Consegnata la richiesta, avrei dovuto attendere il nulla osta, ma poiché quest’ultimo sarebbe stato eventualmente concesso solamente dopo sei mesi, ho deciso di adottare una strategia alternativa (consigliatami dalla segretaria del Direttore Sanitario) e dunque di accedere alla struttura accompagnata da un conoscente che ci lavora in qualità di anestesista, il dottore Cascio. Quest’ultimo mi ha accompagnato all’interno del blocco operatorio, mi ha presentato al primario di ginecologia presente in sala quel giorno e ha chiesto personalmente se potevo condurre la mia ricerca. Ottenuto il consenso del primario, ho così iniziato le settimane di osservazione. La situazione era completamente diversa rispetto all’Ospedale Santa Flavia: mi trovavo all’interno di un contesto in cui nessuno (se non il Primario ed il Dottor Cascio) sapeva chi fossi, né quale fosse il mio ruolo in sala operatoria.

Ambedue le strutture ospedaliere in cui ho condotto la ricerca sono pubbliche, ma differiscono per vari aspetti, tra cui l’attenzione dedicata alla sicurezza dei pazienti attraverso la realizzazione di progetti e iniziative finalizzate all’analisi ed alla prevenzione di incidenti e eventi avversi all’interno delle sale

operatorie. Guardiamo nel dettaglio i due setting focalizzando l'attenzione su questo aspetto:

- l'Ospedale Santa Flavia è situato in una città del nord Italia e, a partire dal 2000, ha sviluppato un approccio sistemico alla gestione della sicurezza di pazienti ed operatori. In particolare, questo approccio si è concretizzato nel corso del tempo nell'attuazione di varie strategie organizzative, tra le quali l'implementazione di un documento aziendale di valutazione dei rischi (aggiornato con cadenza annuale) che, a partire dall'analisi delle singole attività e fasi del processo operatorio, punta all'individuazione delle principali criticità ad esso connessi e, dunque, all'identificazione di possibili misure e strategie finalizzate al miglioramento della sicurezza operatoria. Tale documento presenta la descrizione di ogni singola fase del processo operatorio e ne individua gli attori coinvolti, gli strumenti impiegati, nonché i rischi potenziali.

- l'Ospedale Francesca Serio è una struttura pubblica situata in una città del sud Italia che nel corso degli anni non ha dedicato alcun tipo di progetto o iniziativa specifica volto alla gestione della sicurezza di pazienti ed operatori. L'assenza di iniziative specifiche indirizzate all'analisi ed alla comprensione degli aspetti relativi alla sicurezza operatoria, ha rappresentato un elemento assai rilevante per l'accesso e la permanenza sul campo. Inoltre, poiché il mio ruolo di ricercatrice non era vincolato ad un'iniziativa o ad un progetto della struttura (come nel caso dell'Ospedale Santa Flavia), la mia presenza in sala spesso non è stata nemmeno comunicata all'equipe di turno. È infatti accaduto frequentemente che le equipe presenti in sala, nonché i tirocinanti, mi considerassero una tirocinante e che quindi nessuno degli attori organizzativi si domandasse o mi domandasse chi io fossi e cosa stessi facendo in sala. Forse anche per via della mia presenza in sala "mimetizzata" all'interno dell'Ospedale Francesca Serio ho avuto la possibilità di condurre l'osservazione etnografica anche nel corso di interventi di chirurgia pediatrica.

Le due realtà ospedaliere analizzate differiscono dunque per la diversa attenzione dedicata alla questione della sicurezza di pazienti ed operatori, ma non solo: le strutture differiscono anche da un punto di vista architettonico-strutturale.

Le sale operatorie hanno tutte la stessa disposizione e possono essere descritte analizzando lo spazio come se fosse diviso in quattro parti distinte:

- la zona di “ingresso”: è la parte vicina alla testa del tavolo operatorio, in cui sono presenti il carrello con i farmaci anestetici, il ventilatore e tutti gli strumenti necessari affinché le pratiche connesse alle figure dell’anestesista e dell’infermiere/a di anestesia possano essere portate a termine.

- la zona “centrale”: quella in cui trova disposto il tavolo operatorio (sotto la lampada scialitica) e in cui operano i chirurghi e gli strumentisti;

- la zona “sterile”: vicina ai piedi del letto operatorio, è la zona in cui gli strumentisti dispongono i ferri sterili da utilizzare; si tratta di una zona *off limit* (almeno in teoria), eccezion fatta per gli strumentisti e per gli OSS, in quanto la sterilità e la non contaminazione rappresentano requisiti imprescindibili per la sicurezza dei pazienti;

- la zona “limitrofa”: è rappresentata dallo spazio che si sviluppa a ridosso delle pareti e in cui sono presenti i mobili contenenti alcuni strumenti (ad esempio, le protesi mammarie) e le scaffalature su cui sono disposti ordinatamente i taglienti, divisi in base alla dimensione ed al modello. In questa zona solitamente circolano solo gli OSS nel corso della fase di assistenza al lavoro degli strumentisti. Ma della zona limitrofa delle sale operatorie fanno parte anche le aree dedicate alla sterilizzazione dei ferri, che si trovano solitamente collocate tra due sale operatorie.

Nell’Ospedale Santa Flavia adiacente a ciascuna sala operatoria c’è una presala, in cui i pazienti vengono trasportati e dove l’infermiera/e di anestesia (insieme all’anestesista, se l’intervento che sta per essere svolto prevede l’anestesia totale) provvede alla preparazione pre-operatoria.

All’interno del blocco operatorio dell’Ospedale Francesca Serio, invece, non sono presenti le presale, per cui i pazienti, una volta lasciato il reparto di degenza, raggiungono direttamente la sala: la preparazione all’intervento avviene in reparto e, una volta raggiunto il blocco operatorio, i pazienti vengono direttamente condotti (in barella oppure no, a seconda delle condizioni dei singoli degenti) in sala e fatti accomodare sul tavolo operatorio. Questa peculiarità

cambia completamente lo scenario di osservazione, così come le pratiche mediche connesse alla preparazione dei pazienti. Da un punto di vista prettamente empirico, il fatto che non fossero presenti le presale non mi ha consentito di assistere allo svolgimento delle pratiche lavorative dell'equipe (in particolare di anestesisti ed infermieri/e di anestesia) legate alla fase che precede l'intervento chirurgico; da un punto di vista medico-organizzativo, invece, questa differente architettura del blocco, comporta una gestione ed organizzazione delle pratiche diversa rispetto all'altro ospedale perché cambia gli spazi di intervento (non più la presala, ma il reparto è il contesto di preparazione dei pazienti) e gli operatori coinvolti (è sempre l'infermiere/a di anestesia e non l'anestesista a preparare il paziente, anche quando l'intervento cui questo sta per essere sottoposto si svolge in anestesia totale).

3.3.2. Fare etnografia in sala operatoria: gli attori organizzativi e l'attenzione alla sicurezza

Nel corso della ricerca sul campo, la permanenza all'interno delle singole sale operatorie e il fare da ombra a diversi operatori sono stati accompagnati da atteggiamenti diversi, così sintetizzabili:

- tra gli operatori c'è stato chi, accettando di buon grado l'iniziativa di una ricerca sul tema della sicurezza in sala operatoria, si è reso disponibile a conversazioni informali dettagliate ed approfondite sulle questioni organizzative più "calde" in termini di rischi e pericoli. Questi stessi operatori hanno reso la mia permanenza ancora più interessante, coinvolgendomi nel corso delle attività operatorie più di quanto mi aspettassi. In particolare, numerosi sono stati gli operatori che nel corso di diversi interventi chirurgici mi hanno chiesto di osservare da vicino il campo operatorio, così come numerosi sono gli operatori che hanno cercato di farmi entrare nel vivo dell'attività chirurgica, descrivendo con dovizia di particolari l'attività chirurgica in corso;

- gli operatori che, vedendo la mia attività di ricerca come un'intrusione in una realtà a me estranea, hanno mostrato ostilità e distacco nei miei confronti.

Questo atteggiamento di diffidenza si è più volte palesato con battute da parte degli operatori, che non perdevano occasione di ricordare che se avessero voluto fare un lavoro privo di rischi e pericoli, “probabilmente avrebbero fatto i ricercatori”;

- gli operatori a cui non interessava chi fossi e di cosa mi occupassi, che osservavano la mia presenza in sala senza domandarsi cosa facessi con un quaderno ed una penna in mano.

Un discorso a parte meritano i pazienti. Per ciò che concerne l’Ospedale Santa Flavia, il primo giorno di osservazione mi sono recata in ospedale con un quaderno formato A4 ed una penna; all’arrivo dei pazienti in presala solitamente mi limitavo ad osservare quanto accadeva e solo una volta che il paziente veniva anestetizzato o posizionato sul tavolo operatorio, mi preoccupavo di trascrivere quanto osservato in fase preoperatoria. Le ragioni di questo mio atteggiamento possono essere rintracciate in una osservazione molto banale: non mi sentivo a mio agio davanti ad un uomo o una donna che stavano per subire un intervento chirurgico. Non mi sentivo però a mio agio neanche a tenere in mano quaderno e penna durante la fase preparatoria e per questo ho riconsiderato gli strumenti di cui mi avvalevo: il quaderno A4 si è trasformato in un piccolo block notes. Le ragioni di questo cambio di strumenti è stato dettato dal fatto che la tasca del camice non era sufficientemente grande per contenere un quaderno A4, ma un block notes ci entrava perfettamente.

Per ciò che attiene i pazienti dell’Ospedale Francesca Serio, invece, occorre precisare che non essendo presenti le presale, il mio contatto visivo (quasi mai verbale) con loro si limitava semplicemente a quei pochi istanti in cui questi entravano in sala e si distendevano sul tavolo operatorio. Subito dopo, iniziando l’induzione dell’anestesia, i pazienti smettevano di essere coscienti; allo stesso modo, terminato l’intervento, i pazienti rimanevano per uno o due minuti in uno stato di semi-incoscienza a seguito dell’interruzione dell’anestesia, e poi venivano immediatamente ricondotti in reparto. Questo non-contatto con i pazienti ha certamente reso più semplice la mia permanenza all’interno delle sale: l’agitazione e il non sentirmi a mio agio con persone in uno stato di tensione,

preoccupazione e timore prima e dopo gli interventi ha lasciato il posto a tentativi di rendermi “invisibile” nel corso di quei pochi minuti di cosciente e vigile compresenza in sala.

Le realtà organizzative all’interno delle quali ho svolto la ricerca sono differenti da molteplici punti di vista, ma ciò che pare aver influito maggiormente sulla diversità di negoziazione e accesso al campo è stata l’attenzione che queste due strutture hanno dedicato al tema della sicurezza operatoria. Il fatto che io sia entrata all’Ospedale Santa Flavia in qualità di ricercatrice “legittimata” dai vertici aziendali, ha fatto sì che l’accesso fosse poco traumatico tanto per me, quanto per gli/le operatori/trici. Per ciò che riguarda me, il fatto che tutti (o quasi) gli attori organizzativi con cui sono entrata in contatto nel corso delle osservazioni fossero a conoscenza del mio ruolo e del tipo di ricerca che stavo svolgendo, ha reso certamente più semplice l’approccio. Non sono mancati atteggiamenti di diffidenza e distacco nei miei confronti, nonché battute pungenti relative alla utilità (a loro dire nulla) della ricerca in questione, ma il mio percorso all’interno dell’Ospedale è stato tutt’altro che tortuoso. A tal proposito è possibile fare riferimento al fatto che dal momento del mio primo incontro con la caposala al primo accesso vero e proprio, l’atteggiamento di quest’ultima è molto cambiato. Il fatto che in poco tempo la Caposala Orsa mi abbia messo a disposizione le chiavi del blocco operatorio è indicativo del fatto che avesse riconosciuto il mio ruolo e riposto in me la massima fiducia.

Ben diversa è la riflessione che accompagna la descrizione dell’accesso e della negoziazione al secondo campo empirico. L’Ospedale Francesca Serio, ha in un certo qual modo considerato la mia ricerca come una intrusione a tutti gli effetti. Inoltre, per via dei meccanismi burocratici (e non) che definiscono le modalità di accesso alla struttura, se non fosse stato per la presenza di un “conoscente”, probabilmente avrei avuto serie difficoltà ad accedere al blocco operatorio.

In entrambe le realtà ospedaliere, però, ho percepito che la maniera migliore per gestire la mia presenza in sala era la seguente:

- prestare attenzione agli spazi che occupavo, facendo in modo da non intralciare le zone di passaggio degli operatori;

- rispettare i momenti di silenzio che caratterizzavano soprattutto la parte iniziale degli interventi, o le operazioni particolarmente delicate.

Non di rado gli/le operatori di turno mi hanno coinvolto direttamente nelle loro attività chirurgiche, ora chiedendomi di salire sulla pedana per osservare un cuore da vicino, ora disegnando per me una carotide, nel tentativo di rendermi partecipe delle attività che stavano avendo luogo in sala.

3.4. Raccontare l'etnografia: brevi istruzioni per il lettore

Fare etnografia vuol dire calarsi all'interno di un contesto e vivere la quotidianità degli attori che lo popolano abitualmente, ma significa anche raccontare quanto osservato ed analizzarlo in maniera che il lettore finale sia in grado di cogliere peculiarità e sfaccettature fondamentali per un'accurata comprensione del materiale raccolto. Affinché il "racconto" etnografico sia dettagliato e ricco, è necessario che il ricercatore non si limiti ad effettuare l'analisi delle osservazioni al termine della ricerca, ma piuttosto parallelamente ad essa. Per tale ragione, la stesura dell'analisi dei dati è andata di pari passo con la fase empirica della ricerca. Le note di campo hanno rappresentato il terreno fertile da cui partire e, con il passare del tempo, sono state affiancate da riflessioni e suggestioni che derivavano direttamente dalla quotidianità osservata, riflessioni poi diventate parte integrante dell'analisi del materiale raccolto.

Scelgo di presentare le note etnografiche attraverso due sezioni differenti, ciascuna delle quali analizza una delle due realtà organizzative in cui ho svolto l'attività di ricerca. I due casi di studio vengono esposti in ordine cronologico.

Tutti i nomi propri, al pari dei nomi degli ospedali, sono frutto di fantasia e ciò per garantire l'anonimato dei soggetti coinvolti. Scelgo di presentare le etnografie per episodi, privilegiando non un ordine temporale, bensì i processi organizzativi e le pratiche lavorative oggetto dell'analisi. Saranno anche illustrati

alcuni estratti delle interviste semi-strutturate agli/lle operatori/trici nonché le conversazioni informali che hanno avuto luogo tra me e questi/e ultimi/e nel corso delle attività quotidiane nei due blocchi operatori. Nei capitoli che seguiranno, inoltre, farò riferimento a pazienti ed operatori/trici utilizzando quasi esclusivamente il genere maschile (ad eccezione chiaramente degli estratti etnografici in cui protagonisti sono pazienti donne ed operatrici), al fine di agevolare la lettura del testo e non appesantirlo.

Poiché oggetto dell'analisi è la sicurezza operatoria come pratica che si realizza e prende forma nel corso delle attività quotidiane a partire dal network socio materiale che popola le sale operatorie, ciascuna delle sezioni analitiche che seguono sarà suddivisa in tre capitoli, ognuno dei quali si focalizza sull'analisi di uno degli elementi del network in questione.

Conclusioni

Questo capitolo ha voluto fungere da connettore tra la parte teorica della tesi e quella empirica. In particolare, ho voluto agganciare le riflessioni teoriche contenute nel capitolo precedente ad alcune riflessioni metodologiche e in un secondo momento, ho puntato alla creazione di una connessione tra le riflessioni metodologiche ed i capitoli che seguono.

Guardando più nel dettaglio, è possibile affermare come tre sono stati gli obiettivi di questo capitolo:

- illustrare la questione della sicurezza all'interno delle sale operatorie fornendo un quadro generale circa le disposizioni e la normativa vigente in materia, tanto a livello internazionale, quanto a livello nazionale. In tal modo ho inteso mostrare i dati e le statistiche inerenti questa complessa questione, nonché il punto di vista che viene adottato dalle istituzioni circa le possibilità di analisi e di miglioramento della sicurezza operatoria;

- presentare la metodologia di ricerca adottata, focalizzando l'attenzione prima sull'etnografia organizzativa in generale, definendone le peculiarità in

relazione all'oggetto d'analisi e poi sui due *case study*, illustrando le fasi di negoziazione e di accesso al campo che hanno caratterizzato il lavoro empirico all'interno di ciascuna realtà, e le specificità di ciascuna delle due strutture;

- definire il modo in cui i dati raccolti nel corso dell'attività sul campo verranno presentati nelle pagine che seguono, ponendo in rilievo la questione relativa al resoconto etnografico.

A partire dalle riflessioni fin qui elaborate, nelle pagine che seguono verranno illustrati i due casi di studio. Ciascuna delle due sezioni empiriche inizierà con la descrizione della routine operatoria, illustrando cioè l'intervento tipo che ha luogo in ognuno degli ospedali in cui ho condotto la ricerca. Tale scelta nasce dalla volontà di calare il lettore nelle realtà osservate descrivendo la maniera in cui la pratica operatoria viene realizzata nel corso della routine. Una volta illustrata così la pratica operatoria 'standard', procederò alla presentazione dell'analisi dei dati, dividendo il materiale in tre capitoli, ciascuno dei quali focalizzato su uno specifico aspetto della sicurezza in sala operatoria.

SEZIONE PRIMA

L'ospedale Santa Flavia e gli spazi multipli

In questa prima sezione empirica verranno delineati gli aspetti relativi al lavoro sul campo svolto all'interno dell'Ospedale Santa Flavia⁷. La sezione è strutturata in tre capitoli, interamente dedicati all'analisi del materiale raccolto nel corso dell'attività sul campo.

Nel capitolo 4, verrà illustrato come gli attori non umani che popolano le sale operatorie, supportando e venendo a loro volta supportati dal lavoro quotidiano che ha luogo all'interno dei blocchi operatori, contribuiscono alla costruzione di pratiche mediche più o meno sicure. Il capitolo 5 illustrerà come le competenze esperte e le conoscenze sensibili degli operatori, concorrono a performare pratiche operatorie sicure, supportando e/o ostacolando (e venendo a loro volta supportate e/o ostacolate) lo svolgersi della quotidianità operatoria. Nel capitolo 6, verrà presentata l'analisi relativa alle dinamiche comunicative che si creano e ri-creano all'interno del blocco operatorio, tra operatori e tra operatori e pazienti. In particolare, verrà illustrato il modo in cui queste dinamiche partecipano alla realizzazione di performance operatorie più o meno sicure.

Prima di passare alla descrizione ed all'analisi di ciascuno degli aspetti delineati però, ritengo opportuno illustrare un intervento tipo. Tale scelta è dettata dalla volontà di fornire non solo una panoramica generale circa ciò che accade quotidianamente all'interno di una sala operatoria, ma soprattutto iniziare a delineare gli aspetti salienti che sembrano caratterizzare la pratica medica, aspetti che costituiscono le categorie dell'analisi proposta nei capitoli a seguire.

⁷ L'attività di ricerca è stata condotta da ottobre 2008 a dicembre 2008.

Da un punto di vista organizzativo, l'inizio di un intervento chirurgico può essere individuato nel momento in cui l'infermiera di anestesia dice all'OSS che la sala operatoria è pronta e che il paziente può essere trasferito dal reparto in sala. L'OSS raggiunge così il telefono davanti alla sala di sterilizzazione, chiama il reparto e chiede di trasportare il paziente in sala. Nel frattempo, in sala entra anche lo strumentista che (dopo aver salutato) legge la lista operatoria e chiede all'OSS di prendere il container coi ferri necessari per il primo intervento. Può anche accadere, però, che la lista operatoria non sia in sala, perché l'OSS addetto al trasporto dei pazienti l'ha portata con sé (per leggere il nome dei pazienti); in tal caso, l'infermiere di anestesia aspetterà il rientro in sala dell'OSS per conoscere il numero esatto degli interventi in programma ed il tipo di anestesia previste e, nell'attesa, si occuperà della preparazione di alcune flebo (solitamente, almeno 4) in presala.

Dopo aver preso visione della lista operatoria, strumentista e infermiere di anestesia discutono del posizionamento del paziente: solitamente tale discussione si conclude con una scelta di comune accordo tra questi due professionisti, ma può anche accadere che questi operatori abbiano idee diverse e in tal caso, si aspetterà l'arrivo dei chirurghi in sala per lasciare loro la decisione. Lo strumentista a questo punto va a lavarsi e poi rientra in sala, dove l'OSS la aspetta per "vestirlo" e per aiutarlo a sistemare gli strumenti sul tavolo servitore (il tavolo sul quale sono posizionati i ferri sterili). OSS e strumentista indossano sempre in questa fase del processo operatorio tutti i DPI a loro disposizione (camice, guanti, mascherina, cuffia e talvolta anche occhiali protettivi).

Quando il paziente raggiunge la presala (in barella, trasportato dall'OSS), l'infermiere di anestesia gli si avvicina, sorride e si presenta. Chiamando il paziente per nome (dopo aver guardato la lista operatoria), l'infermiere di anestesia spiega a quest'ultimo che sta per inserirgli una flebo nel braccio. Dopo l'inserimento della flebo, l'infermiere di anestesia chiede al paziente quanto dolore ha provato in una scala da 0 a 10 (dove per 0 si intende "nessun dolore" e per 10 un "dolore insopportabile"). Alla risposta del paziente (che corrisponde quasi sempre ad un numero che varia tra 0 e 3), l'infermiere di anestesia ribatte dicendo che riformulerà questa stessa domanda al termine dell'intervento, in modo da decidere se somministrare o no un antidolorifico. Il paziente annuisce e l'infermiere di anestesia (sempre in presala) termina la preparazione delle flebo per i pazienti che saranno successivamente operati.

In sala operatoria entra l'anestesista che, dopo aver guardato la lista operatoria, si dirige in presala, saluta il paziente e si presenta; dopo le spiegazioni riguardanti la preparazione all'intervento, l'anestesista pone al paziente una serie di domande relative all'anamnesi (*"Ha già subito interventi chirurgici? Ha qualche allergia? È la sua prima anestesia? Quanto pesa? Prende pillole per la pressione? È fumatore? Ha mai avuto problemi polmonari?"*) e gli fa firmare il consenso all'anestesia.

Una volta ultimata la preparazione (in presala), se il paziente è in grado di camminare, viene accompagnato dall'infermiere di anestesia in sala operatoria; in caso contrario, viene invece trasportato in barella dall'OSS e dall'infermiere di anestesia. Una volta raggiunta la sala operatoria, l'OSS e l'infermiere di anestesia lo aiutano a posizionarsi sul letto, oppure a spostarsi dalla barella al letto operatorio.

L'infermiere di anestesia lega il braccio del paziente al bracciolo del letto, gli misura la pressione e gli chiede se la posizione è comoda (a questa domanda, il paziente risponde sempre affermativamente).

I chirurghi non sono ancora in sala quando, solitamente, l'infermiere di anestesia si siede su di uno sgabello posto vicino al ventilatore e compila la cartella anestesilogica, mentre l'anestesista va via dalla sala. Può anche accadere però, che i chirurghi siano già in presala prima ancora che lo strumentista abbia terminato la preparazione dei ferri sterili, o prima che il paziente venga posizionato sul tavolo operatorio. In questi casi, i chirurghi solleciteranno l'equipe affinché la preparazione della sala venga ultimata nel più breve tempo possibile. A tali sollecitazioni gli operatori solitamente rispondono con tono infastidito.

Se i chirurghi si sono già lavati (o se lo stanno facendo), l'anestesista entra in sala e inizia l'induzione dell'anestesia; se i chirurghi non sono ancora arrivati, può accadere che l'anestesista scambi due chiacchiere con l'infermiera di anestesia. In sala la radio solitamente è accesa, a meno che uno o più operatori non chiedano espressamente di spegnerla.

Nel momento in cui l'anestesista comincia l'induzione e il paziente inizia ad addormentarsi, l'anestesista avvicina alla bocca del paziente la mascherina dell'ambu e procede alla ventilazione manuale finché il paziente non si addormenta.

L'infermiere di anestesia, intanto, prende dal carrello del ventilatore l'aspiratore ed il laringoscopio necessari per l'intubazione. L'anestesista interrompe la ventilazione manuale e con l'ausilio del laringoscopio intuba il paziente; subito dopo, collega il tubo al ventilatore disposto vicino alla testa del tavolo operatorio. A questo punto, l'infermiere di

anestesia solitamente compila la cartella anestesiologicala, mentre l'anestesista esce dalla sala operatoria: alle volte va prendere un caffè, altre si ferma a parlare con i colleghi in corridoio (e altre ancora entrambe le cose). Può anche accadere però che l'infermiere di anestesia, anziché iniziare la compilazione della cartella anestesiologicala, scambi due chiacchiere con gli altri operatori presenti in sala. È questo il momento in cui, solitamente, entrano in sala anche i due chirurghi dell'equipe (a meno che, non vedendoli arrivare, gli operatori presenti in sala non li contattino al telefono o al cicalino).

I due chirurghi, dopo essersi lavati (in presala), entrano in sala, dove lo strumentista e l'OSS li aiutano ad indossare camice e guanti. Può anche accadere però che la sala operatoria sia raggiunta prima da un chirurgo (solitamente il meno esperto), che inizia a disinfettare il campo operatorio, e che l'altro (il più esperto, solitamente) faccia il suo ingresso in sala dopo qualche minuto, solitamente quando il paziente è già stato "aperto". Se i chirurghi sono già in sala prima della fase dell'intubazione, aspettano in piedi, di fianco al tavolo operatorio, che il paziente venga anestetizzato e coperto coi teli sterili dallo strumentista (quasi sempre il chirurgo meno esperto, ha una vaschetta con del disinfettante in mano).

Solitamente, al momento del loro ingresso in sala, i chirurghi sono sprovvisti di mascherina e di occhiali protettivi; altre volte indossano solo la mascherina. Anche quando l'intervento è in corso, solitamente i chirurghi non indossano gli occhiali protettivi e assai di rado gli altri operatori dell'equipe fanno notare loro tale "mancanza".

Quando entrambi i chirurghi sono in sala operatoria, si posizionano ai due lati del tavolo operatorio: uno dei due (quello meno esperto, appunto) inizia la disinfezione del campo operatorio (sempre che non l'abbia fatto prima lo strumentista), mentre l'altro osserva il collega, molto spesso scambiando due chiacchiere con lui circa l'intervento. Una volta disinfettata la parte da operare, lo strumentista porge i teli sterili ai due chirurghi (i quali coprono interamente il corpo del paziente, ad eccezione del campo operatorio) e avvicina il tavolo coi ferri sterili ai piedi del letto operatorio. Se l'intervento è di breve durata, è possibile che, dopo appena qualche minuto, l'infermiere di anestesia chieda all'OSS di andare a prendere il paziente successivo. Nel frattempo, l'infermiere di anestesia continua la compilazione della cartella anestesiologicala e controlla che i parametri monitorati dall'apparecchio siano nella norma. L'OSS, invece, rimane in sala e, in attesa che lo strumentista gli chieda di porgergli dei ferri o degli strumenti (oppure che uno dei due chirurghi chieda di spostare la lampada scialitica), a volte legge (un libro o una rivista), altre volte chiacchiera accanto alla porta della sala (che rimane sempre

aperta) con altri operatori (l'OSS dell'equipe o operatori della sala adiacente).

Nel corso dell'intervento ci sono solitamente poche interazioni verbali direttamente legate al lavoro che si sta svolgendo in sala e avvengono:

- tra i chirurghi, quando il più esperto domanda al collega di aspirare o di tenere aperto il campo operatorio;

- tra lo strumentista e il chirurgo esperto, quando quest'ultimo domanda allo strumentista di porgergli uno strumento;

- tra lo strumentista e l'OSS, quando lo strumentista chiede all'OSS di prendere del materiale e nel momento della conta delle garze;

- tra l'infermiere di anestesia e l'anestesista, quando si scambiano pareri circa le condizioni del paziente e circa l'eventualità di somministrare una dose di farmaco diversa da quella solitamente prevista;

- tra uno dei due chirurghi e l'OSS, quando il posizionamento della lampada scialitica non va bene.

Può anche accadere, però, che nel corso dell'intervento si creino tensioni tra il chirurgo esperto e gli altri operatori presenti in sala. Spesso, il chirurgo più esperto si rivolge con toni poco garbati nei confronti dell'OSS (ad esempio, se la lampada scialitica posizionata nel modo migliore), oppure verso lo strumentista (quando questo non lavora "d'anticipo" e/o con la velocità desiderata).

Accade anche che, nel corso di una seduta operatoria, uno o più operatori esterni all'equipe chirurgica entrino in sala per parlare con uno o più operatori dell'equipe (di interventi previsti nei giorni seguenti, di ferie, o semplicemente per chiedere conferma o smentita di alcune voci di corridoio). Spesso, gli operatori "in visita" sono sprovvisti dei DPI, oppure entrano in sala con un caffè in mano, ma solo di rado i membri dell'equipe fanno notare queste "sviste" ai colleghi.

Solitamente nel corso dell'intervento accade che il paziente si muova e che l'anestesista non sia presente in sala, così l'infermiere di anestesia procede all'infusione di una ulteriore dose di anestetico, poi, guarda il monitor dei parametri vitali e si rimette a leggere accanto alla testa del tavolo operatorio. Quando, dopo una decina di minuti, l'anestesista rientra in sala operatoria (solitamente senza mascherina di protezione), l'infermiere gli comunica che è stato necessario somministrare dell'altro farmaco; ricevuta questa comunicazione, l'anestesista annuisce e chiede all'infermiere di annotare sulla cartella la dose di anestetico iniettato. L'infermiere solitamente risponde di averlo già scritto. È a questo punto che solitamente l'infermiere e l'anestesista iniziano a

scambiare due chiacchiere e che l'infermiere di anestesia, approfittando della presenza dell'anestesista si allontani qualche minuto dalla sala, per poi dare nuovamente il cambio all'anestesista.

Terminata la parte più impegnativa dell'intervento, il chirurgo "esperto" va via dalla sala, mentre l'altro chiude il campo operatorio. Contemporaneamente, lo strumentista chiede all'OSS di contare le garze. Se il conteggio è corretto, l'OSS getta le garze e il chirurgo procede a chiudere il campo operatorio; se invece il conteggio non è corretto, si contano un'altra volta le garze e, se i conti ancora non tornano, il chirurgo rimasto in sala chiede all'OSS di comunicare la cosa al chirurgo appena andato via. Nel frattempo, il chirurgo rimasto in sala provvederà o a cercare la garza nel corpo del paziente, oppure (nel caso in cui il campo operatorio sia già stato chiuso), a richiedere una lastra.

Se a questo punto l'anestesista non è ancora rientrato in sala, l'infermiere di anestesia va a cercarlo in corridoio. Subito dopo, infermiere di anestesia e strumentista tolgono i teli sterili dal corpo del paziente. L'anestesista interrompe l'induzione e il secondo chirurgo, terminata la sutura, si avvicina al tavolino sul quale è posta la cartella relativa al piano di trattamento e inizia a scrivere il tipo di intervento effettuato ed il trattamento cui il paziente dovrà essere sottoposto dopo l'intervento.

L'OSS getta le garze utilizzate in un sacco nero e verifica che sul carrello non siano presenti taglienti, poi chiude i sacchi con le immondizie e li porta in corridoio, mentre lo strumentista toglie i teli dal corpo del paziente, pulisce il campo operatorio, medica la ferita e posiziona un cerotto sulla parte operata.

Il paziente a questo punto inizia a muoversi e l'anestesista procede all'estubazione, mentre l'infermiere di anestesia prende l'aspiratore dal carrello del ventilatore. Dopo qualche minuto, una volta terminata l'estubazione, l'anestesista parla al paziente, rassicurandolo e dicendogli che è andato tutto bene. Dopo qualche minuto di monitoraggio in sala, l'anestesista comunica all'OSS che il paziente può essere spostato nel corridoio tra la sala e la presala, dove continuerà però ad essere monitorato. L'OSS, se il paziente è già in grado di muoversi, lo aiuta (assieme all'infermiere di anestesia), a spostarsi dal letto alla barella; in caso contrario, OSS e infermiere di anestesia chiedono allo strumentista e, se necessario, anche all'anestesista, di aiutare a spostare il paziente dal letto alla barella. Posizionato il paziente sulla barella, l'OSS lo porta nel corridoio che separa la sala dalla presala. I chirurghi, nel frattempo, trascrivono al computer il piano di trattamento post-operatorio.

L'infermiere di anestesia collega il paziente all'apparecchio che consente di monitorare la pressione e gli chiede se e quanto dolore sente. Il paziente solitamente risponde di non sentire dolore, o di avere un dolore sopportabile (con valori che oscillano tra 0 e 3); in caso contrario, l'infermiere di anestesia informa l'anestesista, il quale autorizza l'infermiere a somministrare un antidolorifico.

Il paziente, dopo qualche minuto di monitoraggio, viene trasportato in reparto e in sala avrà inizio un nuovo intervento, o si concluderà la seduta operatoria.

La descrizione di un intervento tipo all'interno dell'Ospedale Santa Flavia permette di cogliere alcuni aspetti della pratica medica, particolarmente significativi ai fini di una più attenta analisi del materiale empirico raccolto. In particolare, ciò che emerge è che l'attività operatoria, non è scandita solo dalla messa in atto di procedure rigidamente vincolate a norme, protocolli e linee guida, ma connessa alle pratiche di lavoro quotidiano e, in particolare, a tre dinamiche organizzative:

- le dinamiche connesse all'utilizzo di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici (DPI, macchinari per il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti, oggetti operatori quali bisturi, aspira fumi, ecc.) che supportano le attività operatorie nella misura in cui vengono utilizzati e tradotti in pratica. La sicurezza dipenderà non solo dal loro utilizzo e dal loro funzionamento, ma anche dalla maniera in cui i non umani si agganceranno alla performance degli operatori in sala;

- le dinamiche che fanno riferimento alle competenze esperte ed alle conoscenze sensibili degli attori organizzativi: le differenti visioni professionali possedute da ciascun operatore fanno sì che i membri dell'equipe orientino le proprie conoscenze sensibili e le proprie expertise su alcuni aspetti del processo operatorio e dunque che esprimano valutazioni e decisioni differenti. Dalla maniera in cui tali visioni si intersecano tra loro dipenderà una maggiore o minore sicurezza all'interno delle sale operatorie.

- le dinamiche comunicative (di tipo verbale e non) tra operatori ed operatrici, nonché tra operatori (o operatrici) e pazienti, che accompagnano lo

svolgersi delle attività in sala e che contribuiscono alla creazione ed alla stabilizzazione della sicurezza nella misura in cui scandiscono le fasi del processo operatorio (e quindi gli spazi e i tempi di intervento), istruiscono operatori e pazienti circa il da farsi, o semplicemente permettono la creazione di un clima positivo nel corso delle pratiche mediche.

Tali dinamiche fanno sì che la sicurezza stessa si configuri quale pratica situata ed invitano a guardare più nel dettaglio come la sicurezza, lungi dall'essere un attributo di tecnologie, oggetti, norme o persone, rimandi piuttosto alla capacità di un gruppo di performare e intrecciare un insieme di relazioni tra gli oggetti, le norme e le persone.

CAPITOLO 4

Sala operatoria e non umani: quando le pratiche tecnologiche fanno la pratica medica

Introduzione

La sala operatoria rappresenta un ambiente tecnologicamente denso (Bruni, 2005; 2010; 2011), in cui oggetti tecnici e artefatti tecnologici supportano e “costruiscono” l’attività medica. Oggetti tecnici ed artefatti tecnologici, infatti, intersecandosi alle pratiche mediche, permettono l’esecuzione di pratiche mediche più o meno competenti.

All’interno delle sale operatorie ciascuna pratica lavorativa è supportata dall’utilizzo di un oggetto o artefatto: i chirurghi, ad esempio, non potrebbero esercitare la propria professionalità se non disponessero dei ferri necessari per incidere il campo operatorio; gli strumentisti non potrebbero ricoprire il proprio ruolo se non avessero a disposizione i teli sterili per ricoprire il tavolo servitore; le infermiere di anestesia, senza il supporto del ventilatore meccanico avrebbero difficoltà a gestire un paziente sottoposto ad anestesia generale; l’OSS, in assenza di aghi, garze e ferri di tipo diverso non potrebbero supportare il lavoro dei colleghi strumentisti, e così via. La materialità della sala operatoria, dunque, fa sì che la pratica medica divenga pratica sociomateriale.

Gli attori non umani presenti in sala operatoria sono molteplici e fanno capo a oggetti di uso comune e oggetti più propriamente chirurgici. Gli oggetti di uso comune (quali il telefono o il computer) sono quell’insieme di attori non umani che pur supportando l’attività operatoria (e venendone a loro volta supportati) sono comuni ad una molteplicità di contesti lavorativi e non.

Per ciò che attiene invece gli attori non umani “chirurgici”, scelgo di sintetizzarli in due categorie:

- oggetti operatori: strumenti e oggetti tecnici che consentono agli operatori di svolgere il proprio ruolo (ferri, farmaci, lampade);

- oggetti protettivi: strumenti e oggetti la cui esistenza è finalizzata esclusivamente a garantire una maggiore sicurezza agli attori organizzativi, siano essi operatori o pazienti (DPI quali cuffia, mascherina, occhiali protettivi, guanti).

Ciascuna di queste categorie di attori non umani si interseca alle pratiche operatorie. Dal modo in cui questa intersecazione si costruisce e si stabilizza, deriverà anche una maggiore o minore sicurezza chirurgica.

4.1. Pratica medica e non umani al lavoro: gli “oggetti operatori” e gli oggetti di uso comune

In questo primo paragrafo si analizzeranno gli estratti che fanno riferimento al modo in cui gli oggetti operatori contribuiscono alla messa in atto di pratiche operatorie più o meno sicure. In particolare si focalizzerà l'attenzione sul modo in cui gli strumenti indispensabili per la realizzazione dell'attività operatoria si allineano o dis-allineano alla pratica medica, ora supportando, ora venendo supportati da altre dinamiche organizzative e processi lavorativi.

Il primo estratto che presento riguarda il momento iniziale della fase di passività del corpo del paziente: l'intubazione. L'intubazione solitamente dura pochi minuti, ma esistono delle eccezioni.

Il paziente è appena stato addormentato quando la dottoressa Campana (anestesista) prende in mano il laringoscopio ed inizia l'intubazione. Dopo un paio di secondi la dottoressa Campana dice: *“Non vedo niente”*, e riprende la ventilazione manuale. Ritenta una seconda volta, ma anche questa non va a buon fine. A questo punto, l'anestesista chiede all'OSS Federico (che oggi si occupa del trasporto dei pazienti dal reparto alla sala operatoria e viceversa), di chiedere in neurochirurgia (la sala accanto a quella nella quale ci troviamo) se hanno un laringoscopio più piccolo. L'OSS ritorna dicendo di no, così l'infermiera Lucia suggerisce a Federico di cercare in cardiocirurgia. Intanto, l'anestesista e l'infermiera sembrano preoccupate. L'OSS torna dopo qualche minuto con il laringoscopio più piccolo, così la dottoressa Campana interrompe la ventilazione manuale e procede nuovamente con l'intubazione, che stavolta va a buon fine. Mentre il paziente viene preparato, arriva in sala il Primario che, rivolgendosi alla dottoressa Campana chiede: *“Tutto bene?”*. L'anestesista risponde di sì ed il Primario va via. A quanto pare si è subito sparsa la voce che la dottoressa Campana non riusciva ad intubare il paziente e per questo il Primario ha deciso di controllare la situazione. La dottoressa Campana, una volta terminata l'intubazione, dice: *“Meno male che c'è questo passaparola. Certo, poteva arrivare un po' prima...”*.

I non umani si intersecano nel corso delle attività in sala ad una molteplicità di altri attori ed elementi organizzativi. Si pensi all'interrelazione tra attori non umani e corpi: se è vero che il corpo svolge un ruolo attivo nella articolazione delle pratiche mediche, è altrettanto vero che il corpo non agisce da solo. Come evidenziato da Mol e Law (2004), ad esempio, in un contesto medico i corpi si trovano (inevitabilmente) ad interagire con le macchine ed il successo di tale interazione dipenderà dalla misura in cui mani e macchine sono “adattabili” le une alle altre. Nell'estratto presentato, tale “adattabilità” riguarda per l'appunto l'interazione tra il laringoscopio e il corpo della paziente (in particolare l'apertura della bocca).

Peraltro, i corpi dei pazienti sono collegati ad un insieme di pratiche, dispositivi e altri corpi, che ne definiscono a loro volta le performance (Hirschauer, 1991; Mol, 2002; Thacker, 1999; Waldby, 1999, 2000). Dall'estratto presentato ciò che emerge è che, per via di una specifica caratteristica fisica (l'apertura della bocca della paziente), vengono poste in essere una serie di pratiche che coinvolgono anche operatori che non fanno parte dell'equipe della sala operatoria. L'anestesista, una volta resasi conto dell'impossibilità di intubare la paziente con lo strumento a disposizione, decide di coinvolgere l'OSS chiedendogli di prendere il laringoscopio adatto nella sala accanto. In un secondo momento, la rottura della routine continua: al tentativo fallito di trovare il laringoscopio richiesto nella sala accanto, l'anestesista domanda all'operatore di cercare il laringoscopio in un'altra sala operatoria. Gli spazi in cui hanno luogo le pratiche operatorie finalizzate alla buona riuscita dell'intubazione si espandono dunque e attraversano una molteplicità di spazi, finendo così per interessare altre due equipe chirurgiche. Per di più, forse allertato dalle "voci di corridoio", o forse perché presente nella sala di cardiocirurgia al momento della richiesta del laringoscopio, anche il Primario viene coinvolto da questo flusso di azioni.

La pratica medica dunque, a partire da una specifica caratteristica corporea del paziente, viene de-strutturata e ri-strutturata più volte, fino a consentire la corretta esecuzione dell'attività lavorativa. Tiago Moreira (2004) ha analizzato l'interazione che si crea e si stabilizza tra il corpo del chirurgo e quello del paziente, illustrando come tale interazione sia mediata dallo spazio della sala operatoria. Nel corso di un'intubazione "ordinaria", ovvero quando non si assiste a nessuna rottura delle attività lavorative, infatti:

- la mediazione materiale tra corpo dell'operatrice e corpo del paziente avviene solamente ad opera di uno strumento (il laringoscopio);
- le attività vengono svolte all'interno di un unico spazio (la sala operatoria);
- questa fase del processo operatorio si realizza mediante le conoscenze sensibili dell'anestesista di turno;
- l'intubazione coinvolge in maniera "passiva" gli operatori della equipe

chirurgica presenti in sala.

Nell'estratto presentato, invece, la mediazione tra corpo dell'operatrice e corpo del paziente è operata in uno spazio ben più vasto, che coinvolge altre due sale.

Il lavoro che gli anestesisti svolgono nel corso della fase di intubazione può essere visto come una forma di coordinamento che ha luogo tra conoscenze sensibili, disposizioni corporee e alcuni oggetti tecnici (si pensi all'ambu e al laringoscopio). Il corpo dell'anestesista durante l'intubazione si profila quale dinamica attraverso cui uno specifico strumento (il laringoscopio, appunto) viene "attivato". Ciò che va sottolineato è che quando uno o più oggetti tecnici non sono presenti in sala, o quando in sala sono presenti oggetti tecnici non idonei, si creano spesso delle fratture, o comunque una ri-configurazione delle pratiche operatorie, che può comportare il coinvolgimento di strumenti, spazi, tempi ed operatori differenti. Da ciò si evince che la materialità della sala operatoria è fortemente imbrigliata ad altre dinamiche e processi lavorativi, quali appunto le conoscenze sensibili, le competenze esperte, nonché altri attori umani.

Può anche accadere che, sebbene l'anestesista non riesca ad adattare il proprio corpo o quello del paziente allo strumento (o viceversa), non si determini nessuna rottura nel flusso di azioni routinarie, come nell'estratto che segue.

Alle 11.15 la paziente entra in sala accompagnata dall'anestesista e dall'infermiera. La donna viene addormentata e subito dopo, l'anestesista tenta l'intubazione, ma fallisce. Prova una seconda volta, che va a buon fine, ma l'anestesista ha causato la rottura del ponte dentale della donna con il laringoscopio.

Dalla situazione presentata non risulta chiaro da cosa siano state determinate le complicanze dell'intubazione, ma ciò che è certo è che la fase finale dell'intubazione ha condotto alla rottura del ponte dentale della paziente. L'anestesista non ha ritenuto opportuno né richiedere l'utilizzo di un

laringoscopio più piccolo, né l'aiuto di un collega più esperto, pertanto gli attori umani e non-umani coinvolti sono rimasti stabilmente incastonati nello spazio della sala operatoria. Si potrebbe forse sostenere che la rottura del ponte dentale non viene neanche considerato come un errore dagli operatori, in quanto non comporta deviazioni o complicazioni della routine operatoria. Ciò che invece va sottolineato è che l'anestesista, nonostante la situazione di pericolo potenziale legata al ritardo nell'intubazione, non ha dato vita ad alcuna riconfigurazione delle pratiche operatorie.

Confrontando i due estratti, emerge come le situazioni di pericolo potenziale afferenti alla medesima fase del processo operatorio (l'intubazione) conducono a performance operatorie che differiscono tra loro per la maniera in cui umani e non umani si intrecciano e si allineano tra di loro: ora con l'ausilio di attori non umani non presenti in sala e operatori esterni all'equipe, ora invece attraverso la messa in atto della performance routinaria, che non comporta alcuna riconfigurazione delle pratiche operatorie.

La pratica operatoria sembra invece doversi ri-configurare quando un oggetto in sala viene improvvisamente smarrito.

L'intervento sta per concludersi e il chirurgo è in procinto di chiudere il campo operatorio quando la strumentista Antonella dice al chirurgo Dottor Lazzi di aspettare la conta delle garze da parte dell'OSS Piero, ma il Dottor Lazzi risponde: *“Garze qua non ce ne sono di sicuro!”*.

I conti non tornano: a quanto pare manca una garza. Antonella e l'infermiera di anestesia iniziano a cercare nei bidoni, mentre Piero conta di nuovo. L'anestesista cerca sul pavimento, ma ... niente da fare!

L'infermiera di anestesia guarda anche nel bidone dove i medici hanno gettato i camici per verificare se magari nelle tasche c'è una garza, ma ancora niente.

La strumentista Antonella: *“Vabbè, chiamiamo radiologia”*. Mentre l'operatrice pronuncia queste parole, il Dottor Lazzi dice: *“Ma scusate, quante garze abbiamo usato? Venti, forse venticinque. E siamo capaci di perdere una garza quando ne usiamo così poche?”*. Dopo aver completato la frase, mostra la garza (che era dentro l'addome!).

Prima di analizzare nel dettaglio l'estratto proposto occorre fare un breve cenno a questa particolare fase del processo chirurgico che segue la chiusura del campo operatorio: la conta delle garze. Le garze sterili (il cui numero varia da intervento a intervento) vengono utilizzate per tamponare la fuoriuscita di sangue determinata dalle incisioni. Prima di iniziare un intervento (e poi al termine dello stesso), strumentista e OSS si preoccupano di verificare ed annotare qual è il numero di garze di cui dispongono, in modo tale da scongiurare il pericolo che una o più garze siano erroneamente rimaste nella ferita. La precisione di questa fase del processo è d'importanza fondamentale perché la conta scorretta può comportare conseguenze gravi per il paziente. Nell'estratto proposto, a fine intervento, ci si accorge che una garza risulta smarrita. Questo smarrimento comporta la ri-configurazione delle pratiche mediche di tutti gli operatori del team: il chirurgo, sebbene abbia affermato con tono certo che la garza non era sicuramente stata dimenticata nell'addome del paziente, continua la sua ricerca all'interno del campo operatorio; tutti gli altri operatori, invece, interrompono le proprie pratiche di lavoro routinario per trovare l'oggetto perduto. Una volta rinvenuto, il processo operatorio riprende e gli operatori tornano alla routine operatoria. La materialità che popola la sala operatoria, intrecciandosi indissolubilmente alla socialità (Orlikowski e Scott, 2007), dà così vita ad una riconfigurazione delle pratiche.

Con quest'ultimo estratto è stata illustrata una situazione in cui un oggetto viene smarrito; ciò che nell'estratto che segue scelgo di analizzare è invece una situazione in cui un artefatto tecnologico smette di funzionare.

Sono le 9.25 quando il microscopio all'improvviso si spegne. *“La lampadina va cambiata!”*, dice la strumentista. Tutti entrano in stato di agitazione. La strumentista prova a togliere lo sportellino del microscopio dentro il quale c'è la lampadina da cambiare, ma invano: lo sportellino è incastrato. È sempre la strumentista a chiedere allora all'OSS di chiamare qualcuno in aiuto dalla sala accanto. L'OSS torna dopo qualche secondo dicendo: *“Lui voleva venire, ma il primario lo ha bloccato dicendo che ci*

dobbiamo arrangiare". La strumentista: *"Ma mica è colpa nostra! E poi...gliel'hai detto che stiamo operando? Comunque chiama l'ingegneria clinica e digli di far venire subito qualcuno. Subito!"*. Intanto continua a provare a togliere lo sportellino. Anche la dottoressa Chiari e Giada provano, ma niente da fare. Ecco che arriva lo strumentista della sala accanto che, dopo un paio di minuti, riesce ad aprire lo sportellino e a cambiare la lampadina. La strumentista va a lavarsi e cambiarsi e, alle 9.40, l'intervento riprende.

La pratica medica poggia su una fitta rete di oggetti e tecnologie che spesso sembrano acquisire visibilità solo quando smettono di funzionare. L'infrastruttura (Star, 1999) alla quale è agganciata la pratica medica sembra rendersi visibile e dunque "presente" solo quando crea una frattura nello svolgersi ordinario delle pratiche operatorie. Il microscopio, che certamente rappresenta uno strumento fondamentale per la riuscita dell'intervento, rimane sullo sfondo dell'attività medica finché un malfunzionamento non lo rende visibile e dunque "concreto". A partire dal suo non-funzionamento, il microscopio diviene l'oggetto in cura, mentre il paziente presente sul tavolo operatorio passa in secondo piano. Da un lato l'intervento non può essere portato a termine senza che il microscopio funzioni correttamente; dall'altro la pratica medica sul paziente rimane "sospesa" in attesa che la routine riprenda a scorrere. L'"oggetto operatorio" malfunzionante diviene dunque elemento chiave per la costruzione della sicurezza nella misura in cui si aggancia e viene sua volta agganciato ad una serie di altre dinamiche e spazi organizzativi, quali le due sale operatorie e le dinamiche comunicative tra operatori dell'equipe e operatori esterni ad essa.

Esiste poi un altro oggetto operatorio che vincola (ed è a sua volta vincolato da) gli spazi organizzativi e le pratiche mediche che hanno luogo in sala: la lista operatoria. Nella lista operatoria sono indicati l'ordine con cui gli interventi chirurgici verranno svolti e il tipo di interventi. Questo "oggetto operatorio" è dunque indispensabile affinché in sala ciascun operatore sappia cosa fare e soprattutto come prepararsi. Ad esempio, leggendo il tipo di intervento che sta per iniziare, gli strumentisti prepareranno i ferri necessari all'esecuzione

dell'intervento. Ma la lista operatoria, lungi dal rappresentare un elemento statico e immobile della pratica operatoria, è anch'essa passibile di negoziazioni e revisioni, come emerge negli estratti di seguito proposti.

La lista operatoria prevede l'esecuzione di tre interventi, ma alle 13.00, prima ancora della fine del secondo intervento, l'anestesista chiede all'infermiera di anestesia di comunicare in reparto che il terzo intervento previsto per oggi non si farà più.

In sala di neurochirurgia è in corso il primo intervento della seduta, quando il chirurgo dottor Liuzzi chiede all'OSS Paolo di telefonare in reparto per chiedere di modificare l'ordine della lista: *“È meglio fare prima l'altra ernia, così il tavolo è già pronto”* dice il chirurgo.

La paziente che deve essere operata per un idrocefalo sarà dunque operata per terza, non per seconda (come indicato nella lista operatoria).

La lista operatoria può essere modificata a seconda di esigenze operatorie differenti. Nel primo estratto l'annullamento di un intervento è dettato dalla volontà dell'equipe di non ritardare i tempi ordinari della seduta operatoria. Ciò che emerge dal secondo estratto è che, modificando la lista operatoria, in sala altri oggetti operatori possono non essere cambiati. L'esigenza di invertire l'ordine degli interventi nasce dalla volontà di mantenere lo stesso tavolo operatorio. Annullare un intervento o cambiare l'ordine delle operazioni chirurgiche previste, significa ri-configurare le pratiche che hanno luogo all'interno dei singoli reparti: gli operatori che lavorano in reparto dovranno ri-organizzare il proprio lavoro; i pazienti assumeranno una “posizione” differente in reparto, vedendo aumentare i tempi d'attesa di qualche ora. Ma la lista operatoria si aggancia alla sicurezza anche in un altro modo: fornendo importanti indicazioni agli operatori circa il da

farsi. Può infatti accadere che, a seconda degli operatori in sala, la lista rappresenti solo in parte uno strumento di supporto, come nell'estratto che segue.

Alle 7.40, prima dell'inizio della seduta operatoria, la strumentista Lucia sta preparando i ferri necessari all'esecuzione del primo intervento, quando in sala entra lo strumentista esperto Filippo a prendere uno strumento che manca nella sala dove lui lavorerà oggi. Lucia approfitta della presenza del collega anziano per chiedergli se per la mastectomia con quadrante (il primo degli interventi in lista) serve un drenaggio "particolare". Filippo indica a Lucia qual è il drenaggio necessario e va via dalla sala.

La lista operatoria funge da supporto dell'attività chirurgica, indicando agli operatori cosa è previsto che questi facciano, con quali strumenti e (seppur approssimativamente) con quali tempi, diviene un elemento materiale che necessita a sua volta di supporto. Leggere la lista per la strumentista non è sufficiente a definire esattamente con quali ferri dovrà lavorare, tuttavia è proprio grazie alla lettura della lista che la strumentista Lucia ha la possibilità di chiedere al collega esperto consigli sul da farsi. In questo senso, dunque, la lista operatoria (e le indicazioni in essa contenute) viene supportata dalle attività in sala e dalle competenze esperte di un operatore esterno all'equipe chirurgica. A partire dall'estratto etnografico proposto, dunque, viene mostrato come la pratica operatoria si configuri attraverso il supporto reciproco tra attori organizzativi diversi, umani e non.

L'ultimo episodio che scelgo di presentare ha invece per oggetto una situazione in cui un'operatrice si trova a dover utilizzare un "oggetto operatorio" per la prima volta.

Prima che la seduta operatoria abbia inizio, l'infermiera di anestesia Stefania prende da un mobiletto in presala l'ago cannula necessario per inserire la flebo alla paziente che sta

per essere operata e si accorge che non c'è neanche un ago cannula “vecchio modello”, ma solo quelli nuovi. Mi dice: *“Non li ho mai provati”*. Ne estrae uno, apre la confezione e prova a farlo funzionare, per capire come usarlo.

Dopo questa “prova” Stefania sembra tranquillizzarsi e chiede all'OSS di chiamare la paziente in reparto.

Dopo qualche minuto la paziente arriva. Stefania si presenta e mi presenta. Dice alla paziente che dovrà inserirle la flebo, le spiega che verrà addormentata durante l'intervento e le spiega la “scala del dolore”.

Ma Stefania, una volta preso tutto l'occorrente per inserire la flebo nel braccio della paziente, dice a quest'ultima: *“Oggi è la prima volta che uso questi aghi, quindi ... speriamo bene!”*.

La paziente non sembra preoccuparsi e sorride.

Stefania inserisce la flebo, ma pigiando il pulsantino che aziona la molla presente all'intero dell'ago cannula, fa uscire fuori dalla vena della paziente l'ago, la cannula e molto sangue.

Stefania non indossa i guanti. Prende il cotone idrofilo che aveva usato per disinfettare la parte del braccio dove inserire la flebo e fa pressione per fermare la fuoriuscita di sangue. Una volta che il flusso si è fermato, è corsa a lavarsi le mani, ad indossare i guanti e poi ha pulito la mano e il braccio della paziente con dell'altro cotone idrofilo.

La strumentista Fabiana, dalla sala operatoria intuisce che c'è qualcosa che non va e raggiunge la presala. Stefania le spiega cosa è successo e Fabiana risponde *“Fai denuncia! Se li hanno mandati per essere più sicuri e poi ti sporchi tipo Shining ...”*.

Stefania risponde dicendo che forse ha solo bisogno di “farci la mano” e dunque di esperienza. *“Magari è stata colpa mia”* dice.

La paziente non sembra essersi impressionata alla vista del sangue, così non fa alcun tipo di obiezione quando Stefania, dopo appena un paio di minuti, le dice: *“Adesso le faccio una punturina dall'altro lato, ma cercherò di fare più attenzione. Adesso ho capito come si usa”*.

Il secondo tentativo è andato a buon fine e la flebo è stata inserita.

Molteplici sono le riflessioni che scaturiscono dall'analisi della situazione presentata. Il primo aspetto su cui occorre focalizzare l'attenzione è il seguente:

Stefania non aveva mai utilizzato prima il nuovo modello di ago cannula e soprattutto non aveva la possibilità di scegliere tra “vecchio” e “nuovo”, tra quello con cui è abituata a lavorare e quello che invece non ha mai maneggiato. Nessuno dei colleghi, dei supervisori o delle caposala le aveva comunicato che a partire da quel giorno non sarebbe stato più possibile utilizzare il vecchio modello di ago cannula. Una scelta organizzativa “a monte” ha determinato conseguenze in termini di sicurezza all’interno della sala operatoria: in tal senso, la sicurezza organizzativa può essere letta ed analizzata come qualcosa che si crea e si ri-crea attraverso spazi differenti. La sicurezza in sala operatoria, cioè, sarebbe determinata anche dalle pratiche che hanno luogo al di fuori di essa e, nel caso specifico, da decisioni organizzative prese dai più alti livelli gerarchici della struttura ospedaliera.

In secondo luogo, dall’episodio presentato, emerge ancora una volta come i non umani si aggancino alla sicurezza operatoria a seconda dell’uso che di questi viene fatto. Nel caso specifico, l’infermiera di anestesia ha anni di esperienza alle spalle e sa certamente maneggiare un ago cannula, ma non il nuovo modello. Il fatto che questa operatrice non avesse dimestichezza con lo strumento in questione ha evidentemente determinato una rottura nel flusso delle pratiche lavorative in presala. Probabilmente, proprio per via della non-dimestichezza nel maneggiare questo nuovo oggetto, Stefania non indossava i guanti al momento dell’inserimento dell’ago nel braccio della paziente. Questa operatrice, infatti, nel corso delle settimane di osservazione nel blocco operatorio, ha sempre indossato i guanti dall’inizio della fase preoperatoria sino al termine dell’intervento, tranne nel corso della situazione presentata. I guanti da un lato rappresentano un dispositivo di protezione per ciascun operatore, ma dall’altro possono configurarsi quali strumenti che ostacolano il lavoro quotidiano, o addirittura che aumentano la possibilità che un evento avverso o un incidente si verifichino. I guanti, nel momento in cui riducono la manualità necessaria affinché una pratica medica venga realizzata in maniera competente finiscono per rendere quella stessa pratica potenzialmente pericolosa, trasformandosi da dispositivi di protezione individuale a dispositivi di rischio collettivo.

Alla luce di quanto esposto in questo paragrafo, è emerso come gli “oggetti operatori”, vale a dire quel complesso di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici che rende possibile la pratica operatoria, sembra costruire la sicurezza operatoria agganciandosi a dinamiche, spazi e attori organizzativi multipli.

Nel paragrafo che segue l’attenzione sarà focalizzata sul modo in cui un altro tipo di attori non umani, vale a dire gli “oggetti protettivi” contribuiscono alla ri-configurazione delle pratiche mediche e alla costruzione della sicurezza all’interno delle sale operatorie.

4.2. Pratica medica e non umani al lavoro: gli “oggetti protettivi”

I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) rappresentano quell’insieme di oggetti che supportano la pratica medica proteggendo gli operatori e i pazienti da rischi potenziali di tipo chimico, fisico e biologico⁸. Gli “oggetti protettivi” più comuni sono riconducibili a: guanti, mascherine protettive delle vie respiratorie, camici sterili e cuffie copricapo.

Ciò che contraddistingue questi oggetti dagli “oggetti operatori” è:

- gli “oggetti protettivi” vengono solitamente indossati durante tutto il processo operatorio (ad esempio, la cuffia copricapo viene indossata al momento dell’ingresso in sala e tolta solo al termine dell’intervento); gli “oggetti operatori”, invece, vengono generalmente utilizzati nel corso di specifiche fasi dell’intervento (ad esempio, l’aspirafumi verrà utilizzato solo quando l’elettrobisturi è azionato);
- gli “oggetti protettivi” sono comuni a tutti gli operatori e le operatrici: ciascun membro dell’equipe indossa (o potrebbe indossare) ad esempio cuffia, mascherina protettiva e guanti; gli “oggetti operatori” sono invece diversi per ciascun operatore (per l’anestesista “oggetti operatori” sono il ventilatore meccanico e il laringoscopio, mentre per chirurgo e

⁸In base al decreto legislativo del 1992 n. 475, i DPI sono definiti “*prodotti che hanno la funzione di salvaguardare la persona che li indossa, o comunque li porti con sé, da rischi per la salute e la sicurezza*”.

strumentista lo sono il bisturi o l'aspirafumi).

Nel corso dell'etnografia è capitato assai frequentemente di assistere all'ingresso in sala di operatori (interni o esterni all'equipe) che non indossavano i guanti, la mascherina, la cuffia, gli occhiali protettivi, o molto più semplicemente il camice. Solitamente nessuno degli operatori in sala reclama se un collega o una collega entra senza le scarpe adatte, o senza il camice operatorio, anche quando i ferri sterili sono già stati aperti e posizionati sul tavolo servitore e quindi quando la sterilità in sala è obbligatoria.

Tra i DPI la cuffia rappresenta certamente il dispositivo più usato, ma può accadere che questo non sia utilizzato in maniera corretta e che un operatore presente in sala faccia notare al collega la cosa.

L'intervento è in corso quando l'anestesista si avvicina al letto operatorio e il chirurgo dottor Ferri gli dice: *“La cuffia ce l'hai tanto per dire ... hai un ciuffo ribelle!”*. In effetti l'anestesista ha più capelli fuori dalla cuffia che dentro, così si allontana dal letto e la aggiusta.

Quanto illustrato in questo estratto, però, sembra essere un caso del tutto eccezionale poiché solitamente nessuno degli operatori si preoccupa di sottolineare a coloro che indossano i DPI in maniera non corretta, che dovrebbero provvedere a indossarli nel modo giusto. Con i DPI indosso, gli individui che lavorano nell'equipe si trasformano nel loro ruolo professionale di medici, infermieri, o tecnici (Prentice, 2007). Quest'affermazione può essere letta sotto una lente diversa se si fa riferimento a tutte le situazioni cui ho assistito in cui gli operatori che entravano in sala operatoria erano sprovvisti dei DPI. In particolare, gli operatori dell'Ospedale Santa Flavia non sembra debbano indossare DPI per ricoprire il proprio ruolo professionale in sala; inoltre, la sicurezza in sala operatoria per gli operatori che ho osservato durante l'etnografia, non sembra essere legata all'utilizzo dei DPI. La sicurezza, infatti, secondo gli operatori si

configurerebbe come qualcosa di disgiunto dalla protezione che può derivare dall'indossare o meno occhiali, mascherina, o semplicemente guanti. Tra tutte le situazioni cui ho assistito, certamente una è emblematica ed è riportata nell'estratto che segue.

Dopo che il campo operatorio è stato aperto completamente, entra in sala un uomo in canottiera bianca senza né cuffia, né mascherina. *“È il Professore, il primario dei primari”* dice l'infermiera di anestesia. Il Professore va a lavarsi e rientra in sala, ancora con la sola canottiera addosso, e la strumentista lo veste.

Il Professore, vale a dire un operatore che è riconosciuto dalla comunità ospedaliera come il “primario dei primari”, entra in sala violando la più basilare delle regole di sterilità: indossare il camice. Alla luce degli estratti fin qui illustrati, emerge come l'assenza di un “oggetto protettivo” in sala quasi sempre non comporta alcuna ri-configurazione della pratica medica, né una ri-organizzazione dei tempi e dei modi d'intervento. Esistono però delle eccezioni, come nell'estratto che segue.

La strumentista Beatrice dice all'infermiera di anestesia Lidia: *“Abbiamo solo tre occhiali, quindi tu e la tua ragazza [si riferisce a me] dovete stare fuori”*. L'intervento che sta per essere eseguito verrà svolto con il laser, per cui tutti gli operatori all'interno della sala dovranno indossare gli occhiali protettivi. Gli operatori sono però cinque: la chirurgo, la strumentista, l'OSS, l'anestesista e Lidia. Così, si decide che in sala rimarranno in quattro e che l'OSS, nel momento in cui si userà il laser, si volterà verso la parete.

A differenza degli estratti precedenti, in quest'ultimo episodio viene illustrato il modo in cui un “oggetto protettivo” (assente) contribuisce a ridefinire

spazi, tempi e modi d'intervento. Nell'estratto proposto si assiste ad una ri-configurazione delle norme: gli standard di sicurezza prevedono che nel corso di un intervento chirurgico che si svolge con l'ausilio del laser gli operatori indossino gli occhiali protettivi; a causa dell'assenza di uno di questi strumenti della sicurezza, lo standard viene "modellato" in base alle esigenze chirurgiche e la pratica operatoria viene adattata alla situazione. A questo modellamento dei non umani, si accompagna un modellamento degli operatori in base allo standard, vale a dire un adattamento di alcuni membri dell'equipe alla situazione creando le condizioni tali affinché in quel determinato contesto, l'intervento possa essere realizzato riducendo al minimo i rischi per operatori e pazienti. In tal senso la sicurezza si configura quale pratica situata: ri-configurazione le attività in sala al di là delle procedure standard e dei protocolli, le attrici organizzative riescono ad agire e ad attuare pratiche lavorative competenti.

Può anche accadere però, che un "oggetto protettivo" non sia presente in sala perché l'operatore non vuole indossarlo.

I chirurghi Giglio e Nesta si posizionano a sinistra del tavolo operatorio, l'uno accanto all'altra, quando improvvisamente uno schizzo di sangue colpisce l'occhio della dottoressa Giglio (senza occhiali protettivi, così come il collega dottor Nesta). *"Ma porca ****!"* esclama la chirurgo e chiede all'OSS Edoardo di pulirla. Edoardo prende una garza pulita e asciuga il sangue dal viso della dottoressa che, subito dopo, chiede anche delle lacrime artificiali. Edoardo le mette le lacrime artificiali e tutto procede come se niente fosse successo.

[Qualche istante dopo l'accaduto, entra in sala la Caposala, che mi chiede di uscire (devo darvi alcune indicazioni circa il chirurgo da seguire la settimana prossima). Ne approfitto per dirle quanto è appena successo e lei mi dice che la dottoressa Giglio è responsabile della sicurezza degli operatori in quella sala operatoria].

A fine seduta, la dottoressa Giglio, prima di congedarsi, vuole precisare la ragione per cui non indossava gli occhiali protettivi. Afferma: *"Perché con la mascherina si appannano gli occhiali. Ci vorrebbero degli occhiali diversi, di forma diversa, ma non esistono. L'unico modello è questo"*.

Annuisco.

[Tutti gli altri strumentisti che ho incontrato e osservato in sala operatoria, indossano sempre mascherina ed occhiali protettivi e non si sono mai lamentati del fatto che gli occhiali si appannino utilizzando la mascherina.]

Analizzare la situazione illustrata in questo estratto comporta alcune riflessioni preliminari circa le differenze con la situazione presentata precedentemente: mentre nel primo caso gli occhiali non vengono indossati perché non ci sono, qui gli occhiali protettivi non vengono indossati perché non lo si vuole; inoltre, nel precedente caso l'assenza degli occhiali protettivi determina una ri-definizione e ri-configurazione dell'attività operatoria, mentre qui l'assenza degli occhiali non pregiudica, né modifica affatto il normale svolgersi della routine lavorativa. Anche dopo che l'incidente ha avuto luogo, tutto in sala procede come se nulla fosse successo. Ciò che invece accomuna i due estratti è che in entrambi i casi gli operatori hanno modellato la propria attività in sala a partire da uno specifico "oggetto protettivo".

Nel corso dell'osservazione sul campo, è emerso un modo assai particolare di considerare gli occhiali protettivi.

La strumentista Carla indossa degli occhiali protettivi diversi da quelli indossati dagli altri strumentisti, così le chiedo come mai. Lei risponde: *"Con gli occhiali da vista è impossibile indossare gli altri occhiali. Li ho visti ad un medico, un po' di tempo fa e gli ho chiesto come potevo fare per averli. Sai cosa mi ha risposto? Così chiamano cretina anche te!"*

Ciò che credo sia importante sottolineare a partire dalle parole di Carla è che un "oggetto protettivo", anziché venire visto come strumento utile alla protezione individuale di ciascun operatore, venga piuttosto considerato dagli

stessi operatori come qualcosa di superfluo, se non addirittura come uno strumento che ridicolizza chi lo indossa. Ancora una volta, dunque, la sicurezza di operatori e pazienti sembra agganciarsi non alle disposizioni in materia di DPI, ma piuttosto all'interpretazione che una specifica comunità di pratiche elabora di queste ultime.

Se l'analisi proposta negli ultimi estratti ruota intorno alle pratiche lavorative che hanno luogo quando uno strumento della sicurezza (gli occhiali protettivi) non viene indossato, nell'estratto che segue verrà presentata la situazione in cui, pur venendo indossato, lo strumento non tutela l'operatore che lo indossa.

L'intervento in corso è piuttosto delicato e il chirurgo dottor Maschio, accorgendosi che la paziente sta muovendosi, grida all'anestesista dottoressa Bianchi: *“Dottoressa, si muove!”*.

La dottoressa Bianchi: *“Sì, sì”*. Si alza dallo sgabello sul quale era seduta, prende una siringa con un farmaco e lo somministra alla paziente. Poi aggiunge: *“Comunque lei a me non me ne frega un ***** non me lo dice!”*

Il dottor Maschio: *“Sta scherzando?”*

Dottoressa Bianchi: *“No! Lei poco fa mi ha risposto dicendo così”*

Il dottor Maschio per un attimo rimane immobile, interrompe l'intervento e poi, notando l'allontanamento dell'anestesista dalla sala, inizia a gridare: *“Sta sanguinando! Sta sanguinando! Anestesista! Dov'è l'anestesista? Non la vedo!”*. [La paziente in realtà non sta sanguinando affatto]

L'anestesista, che in realtà era davanti la porta della sala, dice: *“Qui!”*

Dottor Maschio: *“Deve stare qui, dietro alla paziente! E non mi risponda! Ora non potrete nemmeno andare a pisciare senza il mio permesso!”*

La dottoressa Bianchi non dice nulla, nessuno dice nulla.

In sala è calato il gelo, nessuno parla. L'intervento in corso è ad un punto critico: il dottor Maschio inserisce un sacchettino in uno dei tre fori praticati nell'addome tramite laparoscopia. Tramite alcuni ferri inserisce il tumore asportato nel sacchetto e con delle pinze fa fuoriuscire un'estremità del sacchetto uno dei fori praticati. Poi, con le mani tira il sacchetto. La parte asportata ha però un diametro maggiore di quello del foro praticato,

così il dottor Maschio deve tirare con forza per riuscire ad estrarlo. Dopo un paio di minuti, il dottor Maschio riesce ad estrarre il sacchetto, ma si punge con una delle graffette con cui lo stesso era stato chiuso.

Dottor Maschio: *“Porca *****!”*

Strumentista: *“Si tolga i guanti almeno ...”*

Il dottor Maschio toglie i guanti e ne indossa un paio puliti. Poi continua dicendo: *“Si muove! Vogliamo fare qualcosa?”*

L'anestesista, senza dire nulla, somministra altri farmaci. Dopo la discussione tra i due operatori, neanche l'infermiera si è allontanata dalla sala, ma è rimasta seduta vicino al ventilatore, in silenzio, per tutto il tempo.

Alle 13.40 il dottor Maschio e il dottor Ferruccio “chiudono” il campo operatorio e vanno via senza dire nulla.

Il clima in sala era palesemente teso prima che l'incidente si verificasse e ciò ha influito sulle dinamiche comunicative tra gli operatori, ma non solo. Le pratiche mediche messe in atto all'interno della sala, infatti, si sono tradotte in attività poco sicure tanto per la paziente quanto per gli operatori (in particolare per il chirurgo). La situazione conflittuale venutasi a creare, infatti, ha dato vita alla messa in atto da parte degli operatori di pratiche mediche quantomeno “curiose”: il fatto, ad esempio, che il chirurgo abbia ripetutamente simulato una situazione di pericolo richiamando l'attenzione dell'anestesista comunicando a quest'ultima che la paziente stava muovendosi pur non essendo vero. Queste dinamiche operatorie certamente derivanti dalla situazione di stress creatasi in sala hanno dato vita ad una situazione di pericolo. Facendo riferimento più nello specifico alla puntura accidentale del chirurgo, è possibile affermare come un DPI, seppur indossato correttamente, possa non garantire la completa tutela dell'operatore.

Altri due sono gli aspetti su cui occorre focalizzare l'attenzione:

- il primo è che il dottor Maschio, una volta accaduto il fatto, non si preoccupa immediatamente di sostituire i guanti, ma lo fa su indicazioni della strumentista;

- in secondo luogo, il dottor Maschio non interrompe il proprio lavoro (così come prevede il protocollo), ma piuttosto continua l'intervento come se nulla fosse accaduto.

In merito al primo aspetto, la puntura accidentale subita dal chirurgo non sembra rappresentare una rottura della pratica medica che l'operatore sta performing; solamente su indicazione della strumentista, l'operatore decide di cambiare i guanti ormai inutilizzabili. In questo senso, il DPI in questione sembra non rappresentare per il dottor Maschio un oggetto della sicurezza, ma piuttosto un "oggetto operatorio" che smette temporaneamente di funzionare. Tale riflessione deriva dal fatto che il dottor Maschio, indossando un guanto rotto, non sta certamente proteggendosi da pericoli potenziali di tipo biologico; in tal senso, il guanto può essere considerato come un "oggetto operatorio" che smette di funzionare solamente nell'istante in cui accade l'incidente: subito dopo il guanto sembra svolgere per il chirurgo la medesima funzione che svolgeva prima della puntura, pur essendo rotto. Per ciò che attiene il secondo aspetto posto in evidenza, si può riflettere sul fatto che un incidente può non determinare alcun cambiamento non solo nel flusso delle attività lavorative in sala immediatamente dopo l'accaduto, ma anche in momenti successivi, ad esempio ad intervento concluso. Neanche una volta ultimato l'intervento, infatti, il dottor Maschio si è preoccupato di denunciare l'accaduto, o di fare gli esami di routine per scongiurare ogni pericolo relativo alla possibilità di essersi infettato. La pratica operatoria e quella post-operatoria, pertanto, vengono performate in maniera routinaria, nonostante l'evento avverso verificatosi in sala.

Può essere utile a tal proposito accompagnare queste riflessioni con le parole di alcuni operatori circa l'utilizzo dei guanti e le situazioni che hanno per oggetto una puntura accidentale.

Lo strumentista neo assunto Giacomo indossa il camice e due paia di guanti. Dal momento che non ho mai visto nessun operatore indossare due paia di guanti, gli chiedo spiegazioni e lui risponde dicendo che le strumentiste dell'ospedale gli hanno insegnato che *"il primo è un presidio medico, mentre il secondo è un dispositivo di protezione individuale"*.

A partire dalle parole del neo assunto Giacomo, è possibile fare riferimento al modo in cui i DPI vengono considerati dai membri delle equipe. Nel caso specifico, lo strumentista fa proprio il suggerimento nata dal confronto con le operatrici più anziane, non per risolvere una situazione problematica, ma piuttosto per evitarla. Nell'estratto precedente, invece, il chirurgo esperto (dottor Maschio), non solo indossava un solo paio di guanti, ma ha continuato la performance operatoria nonostante il DPI abbia smesso di essere oggetto di protezione.

Ciò che in questo paragrafo ho voluto porre in evidenza è il modo in cui i cosiddetti "oggetti protettivi", vale a dire quell'insieme di dispositivi utilizzati dagli operatori delle equipe chirurgiche finalizzati a garantire la protezione da potenziali rischi e pericoli, contribuiscono alla costruzione della sicurezza. In particolare, è stato illustrato come l'utilizzo, il mancato utilizzo, e l'assenza di questi oggetti si intersechi alle pratiche operatorie ed alle dinamiche organizzative, contribuendo alla messa in atto di pratiche più o meno sicure.

Conclusioni

Questo capitolo ha avuto come obiettivo quello di illustrare il modo in cui la materialità all'interno della sala operatoria contribuisce alla costruzione della sicurezza di pazienti ed operatori. In particolare, ho voluto porre in evidenza come i diversi tipi di attori non umani che prendono parte allo spazio ed alle dinamiche all'interno del blocco operatorio, si allineano o dis-allineano alle pratiche mediche ed organizzative.

Per ciò che attiene più nello specifico ai cosiddetti "oggetti operatori", è emerso come questi ultimi costituiscano da un lato l'infrastruttura sulla quale le attività operatorie poggiano e dall'altro un insieme dinamico che si annoda di volta in volta, a seconda del contesto d'uso, degli spazi d'azione e degli attori organizzativi coinvolti, alle dinamiche operatorie in modo tutt'altro che statico. Per tale ragione, oggetti e tecnologie sono stati analizzati a partire dalle

interrelazioni che intercorrono tra essi e altri processi organizzativi e lavorativi, focalizzando l'attenzione sul modo in cui essi concorrono alla creazione ed alla stabilizzazione della sicurezza operatoria quale pratica situata. Così, l'ago cannula, ad esempio, acquisisce un'importanza fondamentale affinché il paziente venga preparato correttamente e senza pericoli dall'infermiere di anestesia. In tal senso la sicurezza si costruisce anche attraverso l'allineamento della tecnologia-in-uso con un insieme variegato di elementi a loro volta dinamici: gli attori coinvolti in prima persona nella decisione di utilizzare in ospedale un nuovo tipo di ago cannula; le dinamiche comunicative attraverso cui le informazioni circa questa nuova disposizione aziendale possono o no giungere a infermieri di anestesia interessati; le dinamiche comunicative con i pazienti a cui verrà inserito il nuovo ago cannula; l'utilizzo (o il mancato utilizzo) dei DPI (in particolare dei guanti) legato all'uso di uno strumento mai maneggiato prima. In termini analoghi può essere letto ad esempio l'episodio in cui il microscopio smette improvvisamente di funzionare nel corso di un intervento chirurgico. In tal caso, all'artefatto tecnologico che in maniera repentina cessa di supportare l'operato dell'equipe, costituisce l'infrastruttura dell'attività operatoria, l'elemento senza il quale l'intervento non può essere portato a termine; nel momento in cui smette di funzionare, diviene anche l'elemento materiale a partire dal quale la sicurezza deve essere ri-costruita in sala quale pratica situata. Gli spazi che creano e ricreano la sicurezza in sala operatoria sono multipli: la sicurezza in sala operatoria si configura a partire da un insieme di dinamiche lavorative e organizzative che spesso hanno luogo in spazi distanti da quello "limitato" della sala operatoria. Ad esempio, nel caso del microscopio, gli spazi interessati per la ricostruzione della sicurezza operatoria sono stati quelli relativi a due sale chirurgiche, così come gli operatori coinvolti nel ri-allineamento delle dinamiche lavorative sono stati quelli appartenenti a due equipe chirurgiche. In tal senso è possibile affermare come per costruire la sicurezza all'interno di una sala operatoria spesso si renda necessario anche travalicare i confini della stessa e coinvolgere dunque non solo spazi, ma anche elementi materiali e sociali esterni ad essa.

Un discorso a parte meritano i DPI. Questi strumenti, a differenza degli oggetti operatori non sono indispensabili affinché una pratica medica venga portata a termine (ad esempio si può incidere il campo operatorio senza indossare i guanti), possono costituire un importante supporto alla tutela di pazienti ed operatori. Ciò che invece accomuna gli oggetti operatori e gli oggetti protettivi è che entrambi si agganciano e sono a loro volta agganciati alle pratiche lavorative ed organizzative. In particolare, nel secondo paragrafo è emerso come analizzare il modo in cui i DPI contribuiscono a performare la sicurezza, significa analizzare non solo il modo in cui questi oggetti tecnici sono usati oppure no, funzionano oppure no, ma anche la maniera in cui la pratica operatoria è ri-configurata a seconda che i DPI siano presenti o assenti. Quanto fin qui affermato permette di riflettere ancora una volta sulle svariate ri-configurazioni che la pratica medica, e quindi anche la sicurezza quale pratica, possono avere. Protocolli, standard e norme non permettono di definire quando una pratica medica è sicura e quando non lo è: non è solamente rispettando le regole che gli operatori si tutelano da rischi o pericoli; piuttosto, è il modo in cui tali regole, norme e protocolli vengono negoziati, interpretati e “messi in pratica” nei differenti contesti d’azione, che fa la sicurezza. Si può ripercorrere la riflessione presentata in relazione alla puntura accidentale subita da un chirurgo. Il chirurgo in quel momento stava indossando i guanti, ma questi ultimi non hanno evitato il verificarsi dell’incidente. Le ragioni di ciò sono rinvenibili analizzando la pratica operatoria nel suo insieme: il clima di tensione tra due operatori (il chirurgo e l’anestesista) ha certamente influito sulla gestione delle pratiche mediche in sala e dunque sulla costruzione della sicurezza operatoria. La sicurezza quale pratica situata è quindi fortemente intrecciata anche all’utilizzo dei DPI, ma affinché questi ultimi si configurino quali elementi chiave per la gestione di situazioni a rischio, è necessario che altre dinamiche e componenti organizzative si allineino tra loro. Un’ultima riflessione è possibile: quella relativa alle situazioni in cui i DPI necessari per l’esecuzione di un intervento sono assenti. Si può a tal proposito riproporre l’episodio in cui in sala operatoria non sono presenti tutti gli occhiali protettivi necessari affinché le operatrici presenti possano tutelarsi dal laser che avrebbe dovuto essere utilizzato.

Le operatrici in sala hanno dato vita ad una coreografia improvvisata che ha consentito di svolgere l'intervento e soprattutto di svolgerlo riducendo al minimo i rischi e i pericoli. Ancora una volta gli "oggetti protettivi" contribuiscono alla costruzione della sicurezza nella misura in cui la pratica operatoria si configura quale allineamento e stabilizzazione tra elementi differenti. A partire da questa lettura degli elementi non umani che popolano la sala operatoria, nei capitoli che seguono verranno analizzate le altre due dinamiche organizzative che prendono parte alla costruzione e fissaggio della rete della sicurezza operatoria: competenze esperte e conoscenze sensibili e dinamiche comunicative.

CAPITOLO 5

Le competenze esperte e le conoscenze sensibili che “fanno” la sicurezza

Introduzione

In questo capitolo l'attenzione verrà focalizzata sul modo in cui le competenze esperte e le conoscenze sensibili degli operatori si agganciano e si allineano (o dis-allineano) alle pratiche mediche messe in atto dagli attori organizzativi.

Il contesto chirurgico rappresenta un ambiente lavorativo caratterizzato da una forte interprofessionalità: operatori con professionalità, competenze ed expertise diverse si trovano a dover condividere sapere pratico e competenze esperte. Per via di questa peculiarità, i team che lavorano all'interno delle sale operatorie sono stati definiti “effimeri” (Hindmarsch e Pilnick, 2002). Questa definizione bene sintetizza la quotidianità lavorativa nelle sale operatorie: gruppi interdisciplinari di professionisti si trovano a lavorare insieme (a volte anche solo per la durata di un intervento) e a coordinare e negoziare le proprie azioni e le proprie competenze. Può anche accadere che le specificità di alcune situazioni richieda che il team della sala operatoria, al fine di portare a termine una pratica in maniera competente, coinvolga operatori esterni all'equipe chirurgica.

Le conoscenze sensibili degli operatori possono essere utilizzate quali chiavi di lettura per un'attenta analisi della sicurezza quale pratica situata. Gli operatori devono avere orecchio, ad esempio, per cogliere quello che Goodwin (2008) definisce “alleanza” tra paziente e macchinario che monitora l'anestesia, un'alleanza che consente agli operatori di comprendere le condizioni del paziente quando, ad esempio, la sua frequenza cardiaca è bassa e dunque il macchinario trasmette un *beep* in sala; gli operatori devono anche avere occhio, ad esempio,

per notare espressioni che non sono tecnologicamente mediate, come il colore della pelle del paziente anestetizzato (Goodwin, 2008).

Per ciò che attiene le competenze esperte, è possibile affermare come all'interno delle sale operatorie spesso si assista a situazioni di emergenza, in cui il sapere esattamente cosa fare in tempi molto brevi può essere di vitale importanza. Occorre porre in evidenza come le competenze esperte necessarie affinché la pratica medica in sala operatoria si svolga in maniera sicura nascono non soltanto dall'esperienza maturata nel corso del tempo (un operatore più anziano ha più esperienza di un neo assunto), ma anche e soprattutto dalla capacità di ciascun membro dell'equipe di allineare le proprie competenze a uno specifico contesto d'azione. Come emergerà dagli estratti di seguito proposti, infatti, per far sì che il processo operatorio si svolga senza intoppi è necessario, ad esempio, non solo che l'operatore abbia maturato una certa esperienza, ma anche che si senta a proprio agio con i ferri del mestiere, con gli operatori presenti in sala e con il tipo di intervento che si trova a gestire. Un ruolo di primo piano è poi ricoperto dal modo in cui le competenze dei singoli operatori si intrecciano a loro volta alle competenze esperte dell'equipe nel suo insieme: così, un operatore si troverà a performare una pratica in maniera più o meno sicura, a seconda della composizione dell'equipe e delle expertise dei membri dell'equipe.

Conoscenze sensibili e competenze esperte sono strettamente intrecciate e suddividere i dati raccolti nel corso dell'osservazione in due paragrafi, ciascuno dei quali riguardante uno di questi due elementi dinamici della pratica operatoria sarebbe fuorviante. Per tale ragione, nelle pagine che seguono, gli estratti presentati faranno riferimento alle conoscenze sensibili ed alle competenze esperte quali chiavi di lettura inscindibili delle pratiche mediche in sala operatoria.

5.1. La sicurezza in sala operatoria: tra esperienza, sensibilità e contesto d'azione

Per comprendere quanto conoscenze sensibili e competenze esperte siano indissolubilmente intrecciate, è possibile anzitutto riferirsi ad una situazione in cui un imprevisto ha luogo quando in sala è presente un operatore con più di un decennio di esperienza chirurgica. Può accadere ad esempio che, per via delle peculiarità dei corpi dei pazienti o delle patologie da cui questi ultimi sono affetti, si inneschi un insieme di pratiche che rompono la routine operatoria, coinvolgendo operatrici ed operatori esterni all'equipe chirurgica.

La dottoressa Chiari, anestesista, e l'infermiera Anna raggiungono la paziente in presala e, mentre le spiegano l'anestesia, vengono affiancate da un secondo anestesista, il dottor Fazio (il quale è stato contattato prima dalla dottoressa Chiari), perché si prevede un'intubazione difficile e il dottor Fazio è più esperto dell'anestesista presente oggi in sala.

Da questo estratto emerge come l'anticipazione di una possibile rottura delle routine lavorative fa sì che lo svolgimento delle attività coinvolga operatori esterni all'equipe. Prevedere un'intubazione "difficile" consente di elaborare una molteplicità di riflessioni circa le competenze esperte degli operatori. La dottoressa Chiari, chiedendo aiuto al collega più esperto e dunque manifestando la propria difficoltà nell'eseguire un'intubazione a rischio, ha certamente contribuito a performare una pratica competente. Non si esclude la possibilità che anche un operatore esperto possa portare a termine una attività dando vita ad un errore o ad un evento avverso, ma certamente la pratica medica cui egli darà vita avrà come fondamento una conoscenza ed una competenza derivante da una maggiore esperienza. Le expertise di ciascun operatore sembrano ricoprire un ruolo fondamentale nella costruzione della sicurezza e ciò emerge anche dalle riflessioni di un'anestesista, di seguito riportate.

Sono le 8.00 e l'anestesista Ferretti prima di raggiungere la sala operatoria percorre il corridoio del blocco operatorio e raggiunge la sala in cui è presente la lista degli operatori presenti oggi nella sua equipe. La dottoressa Ferretti ha l'abitudine di controllare ogni mattina, prima dell'inizio della seduta operatoria, chi sono gli operatori dell'equipe che lavoreranno con lei, perché *“Bisogna controllare prima di andare in sala perché capisci con chi sei e se magari avrai bisogno di una mano, oppure, come la settimana scorsa, se hai un altro anestesista con te”*.

La strategia che l'anestesista ha messo in atto sembra essere di tipo anticipatorio, una strategia grazie alla quale, prima ancora di entrare in sala operatoria, ella sa prospettare o immaginare che tipo di situazione troverà nel corso della seduta e dunque attivare eventualmente accordi o “riparazioni” per ovviare a situazioni spiacevoli e far sì che il lavoro possa essere portato a termine nel migliore dei modi. In tal senso, ancora una volta, emerge come le competenze esperte degli operatori (nel caso specifico la lettura e la conseguente interpretazione della lista degli operatori) rappresentino un elemento chiave per l'analisi della sicurezza operatoria.

Può anche accadere che per portare a termine una pratica in modo competente sia necessario l'allineamento delle conoscenze sensibili non di un solo, ma di tutti gli operatori. Un esempio è rappresentato dal caso in cui, una volta iniziato l'intervento chirurgico in anestesia generale, il corpo del paziente inizia a muoversi, determinando evidenti difficoltà nel consentire il normale svolgimento delle attività. Il muoversi di un corpo anestetizzato nel corso di un intervento chirurgico comporta l'attivazione di una serie di strategie riparatrici (ma non solo), così come emerge dall'estratto che segue.

Il dottor Sergi dice: *“Si muove!”*, così l'anestesista, senza nemmeno guardare il monitor dell'anestesia, si alza dallo sgabello sul quale si era seduta a leggere un libro, ripone il libro sullo scaffale e prende dall'armadietto dei farmaci posto dietro ai macchinari per l'anestesia, una siringa con l'anestetico e lo inietta nella flebo del paziente.

In questa situazione le attività all'interno della sala operatoria continuano ad essere svolte senza interruzioni da tutti i componenti dell'equipe, eccezion fatta per l'infermiera che deve iniettare il farmaco. Il flusso delle attività non si interrompe neanche quando in sala operatoria non c'è l'operatore (l'infermiera di anestesia o l'anestesista) che può porre rimedio alla situazione rendendo il corpo del paziente nuovamente immobile.

I due chirurghi specializzandi stanno ultimando l'intervento quando la strumentista Daniela chiede all'OSS Simone i cerotti necessari per la medicazione. Intanto, in sala non ci sono né l'infermiera di anestesia, né l'anestesista. Daniela si accorge però di qualcosa di strano e dice a voce alta all'infermiera (che si trova in corridoio tra la sala e la presala): *“Veronica, mi sembra che muova la faccia”*. Così, Veronica rientra in sala e somministra altri farmaci al paziente.

Il muoversi del corpo del paziente è un evento routinario, che necessita di un'unica strategia riparatrice: l'induzione di una dose ulteriore di anestetico. Il fatto che il corpo di un paziente nel corso di un intervento si muova, comporta dei rischi sia per operatori ed operatrici, che per i pazienti stessi. Al fine di ridurre al minimo il rischio che si verifichi un incidente o un evento avverso, gli operatori mettono in atto un insieme di strategie e il corpo in cura passivo diviene oggetto di responsabilità condivisa per il team. Il paziente sul tavolo operatorio viene monitorato non solo da anestesista ed infermiera di anestesia: attraverso le conoscenze sensibili dei componenti del team, la pratica operatoria si svolge senza intoppi. Nell'estratto emerge come la strumentista, osservando il volto del paziente si è accorta del movimento e lo ha comunicato; in tal senso il corpo in cura diviene oggetto della responsabilità di tutti gli operatori in sala. La parte del corpo che solitamente viene monitorata dall'anestesista e dall'infermiera di anestesia viene osservata dalla strumentista e comunicata alla collega addetta alla somministrazione dei farmaci anestetici, contribuendo alla prosecuzione dell'intervento senza rischi per il paziente.

I movimenti dei corpi in cura nel corso degli interventi però, non sembrano preoccupare le equipe chirurgiche e, anche nel corso delle interviste e delle conversazioni informali, è emerso come il muoversi del corpo dei pazienti sia un evento considerato non problematico e quasi “dovuto”. Ecco come un anestesista definisce il movimento dei pazienti durante interventi in anestesia generale:

“È normale. È un po' come quando dormi e ti muovi. È un riflesso incondizionato, ma il paziente non sente dolore.”

Può anche accadere, però, che il carattere ordinario di questo evento comporti un'interruzione (seppur momentanea) delle attività in sala, o comunque una dilatazione dei tempi di intervento.

Nel corso di un lungo e delicato intervento chirurgico, in sala rimangono solamente tre operatori: l'OSS, il chirurgo e la strumentista. Il paziente si muove e il chirurgo chiama a voce alta l'infermiera, che si trova al telefono davanti la porta della presala. Questa interrompe la telefonata, entra, prende una siringa e ne inietta il contenuto nella flebo. Chiede al chirurgo di aspettare trenta secondi che il medicinale appena iniettato faccia effetto, prima di riprendere l'intervento. Così il chirurgo si ferma e aspetta. Una volta trascorsi i trenta secondi, l'intervento riprende.

Nello studio condotto da Akrich e Pasveer (2004), gli autori riprendono il concetto di “presenza assente” elaborato da Shilling (1993, p. 19) e, a partire da questo, analizzano le pratiche mediche che ruotano intorno all'esperienza del parto. Più nello specifico, gli autori sottolineano come solamente in situazioni di dolore, sofferenza e malattia, il corpo si rende presente. Questa stessa riflessione può essere elaborata facendo riferimento al muoversi del corpo di un paziente nel corso di un intervento chirurgico: finché l'anestetico consente l'immobilizzazione del paziente, gli operatori si rapportano a quel corpo come “assente”, o comunque come un'entità stabile e il corpo in cura viene per questo considerato come limitato al campo operatorio. Una volta indotta l'anestesia, l'unica parte del corpo

dei pazienti che rimane visibile alla maggior parte degli operatori è proprio il campo operatorio, così come è il campo operatorio l'unico "corpo" illuminato dalla lampada scialitica. Il corpo dei pazienti smette di esistere nella sua "interezza" e si ri-configura come campo d'intervento circoscritto. Nel momento in cui il corpo del paziente smette però di essere immobile, riacquista la propria interezza e si ri-compatta, rendendosi "presente" almeno finché una ulteriore dose di anestetico non viene iniettata.

A tal proposito si può fare riferimento a Middleton e Brown (2002; 2005) e al concetto di quasi-oggetto che gli autori riprendono da Serres. La palla, ad esempio, afferma Serres (1982) in riferimento al gioco del rugby, non è un oggetto ordinario; è un oggetto solo se qualcuno la prende, se passa di mano in mano. Se si osserva la palla sul terreno, lontana dai giocatori, la palla non è nulla, in quanto non rappresenta una parte del gioco. La palla organizza i corpi che si muovono sul campo ed intorno ad essa. In tal senso, la palla è un quasi-oggetto, il catalizzatore che rende possibili e al contempo tiene insieme le relazioni sociali tra i giocatori. Il corpo dei pazienti si configura in due forme differenti: da un lato esso acquisisce le sembianze di un'entità multipla, essendo ora mero oggetto (destinatario di cure), ora soggetto (quando si muove), ora attributo (configurandosi quale lettura dei parametri vitali, ad esempio, per decidere la corretta dose di anestetico da somministrare); dall'altro, il corpo dei pazienti passando da una "forma" all'altra, si mostra ora come presente, ora come assente, a seconda dello stato di mobilità/immobilità in cui si trova.

Nel corso dell'osservazione mi è capitato svariate volte di assistere ad un movimento del corpo dei pazienti durante un intervento chirurgico e dunque svariate volte ho assistito al passaggio dall'assenza alla presenza del corpo in cura. Desidero illustrare ancora una situazione nel corso della quale il paziente si è mosso durante un intervento, perché certamente è stata la volta in cui il movimento è stato più impressionante (considerato anche il tipo di intervento cui il paziente era sottoposto).

Mi trovo nella sala di neurochirurgia e il paziente sul tavolo operatorio sta subendo un delicato intervento alla colonna vertebrale. Il campo operatorio è stato aperto e i due chirurghi stanno intervenendo, quando vedo il paziente prima muovere leggermente le braccia e poi sollevare il busto. L'OSS Simona cerca di fargli appoggiare il torace sul letto, spingendogli le spalle verso il basso. L'anestesista assiste alla scena, si alza dallo sgabello sul quale è seduto e dice: "*Faccio un po' di propofol*", inietta la dose di anestetico nella flebo e si siede di nuovo di fianco al ventilatore a leggere. Dopo qualche istante l'OSS Simona può smettere di esercitare pressione sulla schiena del paziente perché quest'ultimo ha riassunto la posizione corretta. Tutto prosegue.

Il corpo del paziente è divenuto presente nell'arco temporale in cui si è sollevato dal tavolo operatorio e dunque quando l'OSS, accorgendosi del movimento, cerca di riposizionare il paziente sul tavolo: prima e dopo era solamente un campo operatorio. La pratica performata dall'OSS Simona, insieme alle competenze esperte dell'anestesista che somministra dell'altro anestetico, hanno permesso la ri-costruzione della sicurezza in sala. L'unico elemento di *breakdown* che si è verificato è stato caratterizzato dalla somministrazione di un'ulteriore dose di farmaco, ma la pratica operatoria non ne ha risentito in termini di sicurezza o rottura delle attività in sala.

Quanto fin qui affermato sulla presenza-assenza del corpo del paziente è vero solo in parte se si riflette su un altro aspetto: il ruolo di anestesisti ed infermieri di anestesia. Questi operatori in sala si posizionano alla testa del tavolo e, quando il paziente viene sottoposto ad una anestesia generale, si preoccupano di osservarne il volto e il braccio nel quale la flebo per l'induzione dei farmaci è inserita. Più nello specifico, nel momento in cui un paziente viene posizionato sul tavolo operatorio ed anestetizzato, viene completamente coperto da teli sterili, ma ci si preoccupa di lasciare che il volto e il braccio rimangano scoperti e dunque visibili agli occhi di anestesista e infermiere di anestesia. Le ragioni di ciò risiedono nel fatto che, nel caso in cui l'anestesia non faccia effetto, o che il paziente manifesti problemi respiratori o, ancora, che l'ago della flebo esca dalla vena, infermiere di anestesia e anestesista possano intervenire prontamente. Per

anestesisti ed infermieri di anestesia, dunque, il corpo del paziente, piuttosto che essere circoscritto al campo operatorio, è circoscritto al volto e al braccio ed è su queste due parti che questi operatori concentrano la loro attenzione e dirigono il loro osservare. La vista e dunque le conoscenze sensibili ricoprono così un ruolo di primo piano in questa fase del processo operatorio. Alla luce di quanto affermato, i corpi dei pazienti sembrano composti da molteplici parti, ciascuna delle quali monitorata da uno o più operatori. Mol (2002), sostiene che ci sono tanti corpi quante pratiche mediche: a seconda dell'esame cui un corpo viene sottoposto, è possibile rintracciare corpi differenti. Negli estratti da me presentati, a seconda delle pratiche mediche che vengono messe in atto, il corpo del paziente diventa "unico" grazie a quell'insieme di strategie, piani d'azione e strumenti che compattano, allineandole, le molteplici visioni e azioni professionali in un'unica complessa azione organizzativa, ovvero l'intervento chirurgico. Sarebbero le conoscenze sensibili degli operatori a rendere i corpi in cura unici e dunque a contribuire a performare pratiche operatorie differenti.

A tal proposito si può anche fare riferimento ad un'altra fase del processo operatorio particolarmente delicata dal punto di vista della gestione e negoziazione delle competenze esperte dei singoli professionisti delle equipe: il posizionamento dei pazienti sul tavolo operatorio.

All'interno della sala operatoria di otorinolaringoiatria l'intervento sta per iniziare. Una volta posizionato il paziente sul letto operatorio, la strumentista Nicoletta chiede all'anestesista (dottoressa Stella): *"Qual è l'orecchio da operare?"*. La dottoressa Stella risponde che è quello destro e allora Nicoletta ribatte dicendo: *"Allora il braccio sinistro va posizionato lungo il corpo, altrimenti la dottoressa sta troppo lontano"*. La dottoressa Stella preferirebbe avere il braccio sinistro (in cui è stata inserita la flebo) distaccato dal corpo, in modo da poter controllare che l'ago sia in vena (se l'anestetico in infusione va fuori vena causa necrosi). Così, la flebo viene tolta e inserita nell'altro braccio. La strumentista Nicoletta conclude affermando: *"Comunque è un compromesso, perché andrebbero tutte e due le braccia lungo il corpo. Nell'ospedale di Rovereto fanno orecchie tutto il giorno e lavorano così. Anestesista, la invito a provare!"*.

Il posizionamento rappresenta una fase del processo operatorio fondamentale non solo per la tutela del corpo del paziente, ma anche per la gestione degli spazi all'interno della sala operatoria e per lo svolgimento delle attività di ciascuno dei membri del team. Le competenze esperte di ciascun operatore sono chiaramente vincolate dalle possibilità di movimento attorno al tavolo operatorio e soprattutto ciascun operatore, avendo delle esigenze differenti, ha una propria visione circa il modo corretto in cui posizionare il corpo in cura. A questa riflessione se ne può affiancare una relativa alle conoscenze sensibili del team della sala operatoria. Posizionare il paziente in un modo piuttosto che in un altro favorisce o ostacola la messa in atto delle conoscenze sensibili: per esempio, per l'anestesista è importante che il braccio in cui è inserita la flebo non sia lungo il corpo perché questa posizione ostacolerebbe l'osservazione di una eventuale fuoriuscita dell'ago. Il posizionamento finisce così per essere quasi sempre l'esito di negoziazioni tra operatori, come negli estratti di seguito presentati.

La seduta operatoria deve ancora iniziare quando l'OSS Marco addetto al trasporto dei pazienti entra in sala e chiede alla strumentista Sofia: *“Al secondo e al terzo mettiamo i gambali?”*.

Sofia: *“Glielo chiediamo quando arrivano [si riferisce ai chirurghi]”*.

L'intera équipe discute del posizionamento della paziente che sta per entrare in sala operatoria: la strumentista Martina suggerisce di mettere un cuscino sotto le spalle, ma l'anestesista dottor Bianco non è d'accordo perché non riuscirebbe a stendere il collo. Dopo qualche minuto si giunge ad un compromesso: la testiera del letto viene abbassata.

La messa in atto di competenze esperte, nonché le conoscenze sensibili e i multipli spazi d'azione in cui gli operatori si muovono sono però vincolati anche da altri elementi, ad esempio la luce che illumina il campo operatorio. Il chirurgo solitamente domanda all'OSS presente in sala di posizionare la lampada.

L'intervento è iniziato da dieci minuti quando il dottor Maschio (chirurgo), si posiziona alla destra del tavolo operatorio e grida all'OSS Marco presente in sala: *“Porco di un boia! Come fai a posizionare la luce nel modo giusto se non vedi cosa vedo io? Non puoi sistemare la lampada nel modo giusto se non ti metti dietro di me!”*. Così Marco (che fino a quel momento si trovava alla sinistra della paziente), scende dalla pedana sulla quale si trova e si posiziona alle spalle del dottor Maschio.

Le parole che il dottor Maschio utilizza per chiedere all'OSS di spostare la lampada scialitica sembra abbiano sullo sfondo la necessità di tenere in considerazione la conoscenza sensibile (nel caso specifico la vista) dell'operatore in prima linea. Nell'operare, i chirurghi hanno bisogno che il campo operatorio sia correttamente illuminato e solitamente gli operatori addetti al posizionamento della lampada (OSS) ricevono delle istruzioni tutt'altro che dettagliate circa il modo migliore per dirigere la luce sul campo, come emerge nei due brevi estratti che seguono. In questi casi vedere non solo è una pratica fondamentale per il corretto svolgimento dell'attività del chirurgo, ma è anche una capacità sensibile che gli OSS (ma non solo) devono sviluppare attraverso una sorta di “immedesimazione”.

L'intervento è in corso quando il dottor Vinci, chirurgo, esclama: *“Porca *****! Non vedo niente! La luce!”*. L'OSS Giulio si alza dallo sgabello sul quale è seduto e sposta la lampada. Nel corso di un intervento chirurgico piuttosto delicato, che prevede anche la presenza del Primario, si sente quest'ultimo gridare: *“La luce non serve!”*, così l'OSS Giacomo provvede a spostare la lampada scialitica.

Negli estratti etnografici la sicurezza viene performata a partire dall'“allineamento” con il chirurgo: nel primo estratto il dottor Maschio chiede esplicitamente all'OSS di posizionarsi alle sue spalle per “vedere con gli occhi del chirurgo”; negli ultimi due c'è una richiesta implicita nei confronti degli OSS di

immedesimarsi al posto del chirurgo e dunque di illuminare il campo nel miglior modo possibile, spesso senza avere la possibilità di posizionarsi in prossimità del chirurgo stesso. Accade così che il chirurgo sia a destra del tavolo operatorio, mentre l'OSS si trova a sinistra, o viceversa.

Esistono poi situazioni in cui le pratiche mediche vengono allineate grazie alle “attenzioni sensibili” non di uno specifico operatore, ma piuttosto di tutti gli attori organizzativi. Si può a tal proposito fare riferimento al cosiddetto “orientamento comune”, espressione coniata da Heath e Luff (1992) nello studio condotto all'interno di un centro di coordinamento: agli operatori del Centro è richiesto un requisito assai importante, che consiste nella capacità di restare costantemente sensibili a ciò che avviene all'interno dell'ambiente lavorativo. La luce rappresenta certamente una caratteristica fondamentale delle pratiche operatorie, ma non per tutti i componenti dell'equipe chirurgica. La lampada scialitica serve infatti a rendere il campo operatorio perfettamente illuminato e, per tale ragione, la luce deve essere “giusta” per i chirurghi, in quanto sono questi operatori ad intervenire sul campo operatorio insieme agli strumentisti. Gli strumentisti sono operatori che sviluppano con l'esperienza un'abilità che potremmo definire “multipla”: l'abilità di muoversi in uno spazio “limitato” da un lato dalla figura del chirurgo (o dei chirurghi), dall'altro dal tavolo servitore e la capacità di prendere e porgere gli strumenti necessari ai chirurghi nel “momento giusto” e nel “modo giusto”. Strumentare vuol dire dunque coordinare diversi corsi d'azione con oggetti e soggetti multipli. Così lo strumentista dovrà tener conto, nel performare la propria attività in sala, di diversi elementi e di differenti dinamiche: l'intervento (a che punto si trova), il corpo del paziente (come posizionarlo, ma anche se sanguina o no), le necessità dei chirurghi (quali strumenti servono e quando), ma anche la posizione e i movimenti di questi ultimi. Il lavoro che solitamente gli strumentisti svolgono può essere definito come un lavoro d'anticipo.

L'intervento è in corso da circa mezzora. I due chirurghi al tavolo operatorio parlano solo tra loro, mentre la strumentista Carla osserva con attenzione l'intervento senza parlare e senza aspettare mai che sia il chirurgo a chiederle uno strumento. L'intero intervento si svolge così, senza che il chirurgo faccia alcuna richiesta e senza alcuna pressione/lamentela circa la "velocità" di lavoro di Carla.

Hindmarsh e Pilnick (2007) hanno sottolineato l'importanza della conoscenza intercorporea per la coordinazione del lavoro di un team. Un esempio di conoscenza intercorporea è certamente dato dall'anticipazione di cosa "viene dopo" al fine di contribuire con successo a portare a termine un compito o una fase del processo operatorio. Gli autori affermano come il ruolo chiave dell'anticipazione delle azioni altrui permette di considerare il corpo e le capacità embodied degli attori organizzativi una risorsa preziosa affinché i membri si coordinino nel migliore dei modi (Hindmarsh e Pilnick, 2007).

Può anche accadere però che gli strumentisti non lavorino d'anticipo, o che si verifichi un dis-allineamento delle pratiche lavorative.

La strumentista Nadia aveva appena finito di dirmi che il pomeriggio era "tranquillo", quando un'infermiera, alle 17.50, ci ferma lungo il corridoio e ci dice che sta arrivando un "dissecato" (un uomo che ha subito una rottura dell'aorta) in elicottero da una città vicina. A quanto pare in cardiocirurgia c'è un solo strumentista e Nadia sostiene di non aver mai strumentato in quel reparto. Per di più, la sala di cardiocirurgia è occupata per un altro intervento di emergenza. "*Che qualcuno me la mandi buona!*" dice Nadia mentre percorre velocemente il corridoio per raggiungere la sala di cardiocirurgia e parlare con lo strumentista per capire il da farsi. Entriamo in sala, dove Nadia comunica l'arrivo dell'elicottero prima alla dottoressa Chiari (anestesista) e poi allo strumentista Damiano, intento ad assistere i due chirurghi durante l'intervento. Nadia aveva anche pensato di chiamare lo strumentista reperibile dalle 20.00 in poi, ma si tratta sempre di Damiano, lo strumentista che in questo momento si trova in sala. Nadia raggiunge poi la sala in cui si svolgerà l'intervento (la sala 8) e, leggendo su un foglio quali sono i ferri necessari, li prepara sul tavolo operatorio. Lasciamo la sala 8 e ci dirigiamo in rianimazione, dove arriva anche il Primario di cardiocirurgia, che guardando Nadia, le chiede: "*C'è lei a strumentare, vero?*". Nadia

risponde di sì, ma subito dopo aggiunge che preferirebbe sostituire Damiano nell'intervento attualmente in corso in sala di cardiocirurgia (intervento routinario) e lasciare che sia quest'ultimo ad occuparsi del paziente appena arrivato. Il Primario, cercando di rassicurarla, risponde: "*Guardi che è un intervento grossolano*", ma Nadia non sembra convinta. Lasciamo la rianimazione e ci dirigiamo di nuovo in cardiocirurgia. Qui, davanti la porta troviamo un altro strumentista che dice a Nadia quanto sia complicato e delicato l'intervento sul paziente appena arrivato. Così, Nadia entrando in sala dice a Damiano che lo sostituirà e che lascerà che sia lui ad occuparsi dell'altro caso. Si lava, si veste e si posiziona al tavolo operatorio, non prima di aver sottolineato anche ai due chirurghi che stanno operando, che non si sente perfettamente a proprio agio a strumentare in questa sala. I chirurghi sorridono e le dicono che non hanno bisogno di "chissà che assistenza" perché, come uno dei due sottolinea: "*È tutto abbastanza semplice*". Damiano lascia la sala e Nadia inizia a strumentare.

La sicurezza quale pratica situata si intreccia alla messa in atto di strategie anticipatorie. Se è vero infatti che strumentare vuol dire lavorare d'anticipo, una scarsa esperienza nello strumentare in una specifica sala (o area d'intervento) comporta difficoltà nel prevedere le richieste dei chirurghi. Le competenze dell'operatrice non sarebbero certamente competenze esperte e l'attività lavorativa di tutti gli operatori coinvolti potrebbe generare una situazione a rischio per tutti gli attori coinvolti (*in primis* per il paziente). Agire in maniera competente, dunque, vuol dire anche individuare il modo giusto di ri-connettere le pratiche operatorie (dentro e fuori la sala operatoria). Può anche accadere, però, che affinché una pratica medica venga portata a termine senza intoppi o rischi, gli attori facciano affidamento sulle capacità di operatori esterni all'equipe.

L'intervento sta per iniziare quando l'OSS Alba raggiunge telefonicamente il tecnico radiologo chiedendogli di raggiungere la sala operatoria. Il tecnico che dovrà occuparsi di effettuare una radiografia sul corpo del paziente che sta per essere operato, entra in sala dopo un paio di minuti. Il paziente è già sul tavolo operatorio e l'infermiera di anestesia Anna, dopo aver cominciato la somministrazione dei farmaci, chiede al tecnico: "*Posso chiederti collaborazione? Puoi controllare che la paziente fuori respiri?*"[Anna si riferisce alla paziente appena operata che si trova in presala]. Il tecnico radiologo annuisce, esce così dalla sala, raggiunge la presala e rientra

dopo un minuto dicendo: “*Tutto ok*”. Anna: “*Grazie!*”.

In sala entra il chirurgo dottor Liuzzi e dopo pochi minuti l'intervento ha inizio. L'infermiera di anestesia Anna lascia che sia l'anestesista dottor Reggi a occuparsi del paziente e va in corridoio a controllare la paziente operata e rientra dicendo al dottor Reggi: “*Sta tremando un casino quella là fuori*”[si riferisce alla paziente operata]. Il dottor Venti raggiunge la paziente in corridoio insieme ad Anna.

L'operatrice della sala operatoria (l'infermiera di anestesia) alla quale spetta solitamente il controllo dei pazienti nei minuti immediatamente successivi alla conclusione dell'intervento, ha delegato tale compito ad un operatore il cui ruolo è quello di entrare in sala operatoria, effettuare la lastra e andare via. La richiesta da parte di Anna è stata piuttosto generica: “*controllare che la paziente respiri*”. Le attività che invece solitamente gli infermieri di anestesia svolgono nella fase di controllo di un paziente in fase post-operatoria sono:

- controllo del monitor su cui sono indicati i parametri vitali;
- domande al paziente operato circa eventuali dolori e conseguente eventuale somministrazione di antidolorifici;
- incitazione al paziente a compiere respiri profondi.

L'infermiera Anna, piuttosto che richiedere al tecnico l'esecuzione di queste sottofasi del controllo del paziente, si è limitata a chiedere di controllare che la paziente stesse respirando. Il tecnico, una volta osservata la paziente in presala, ha tranquillizzato l'infermiera dicendo che andava tutto bene. Solamente dopo qualche minuto, quando l'infermiera Anna si è recata personalmente in corridoio per verificare le condizioni della donna operata ed ha ritenuto necessario richiedere l'intervento dell'anestesista dell'equipe. Questa situazione permette di fare alcune considerazioni circa le competenze esperte: un professionista solitamente addetto allo svolgimento di un compito e dunque abituato a ricoprire un ruolo all'interno del blocco operatorio, può trovarsi ad adattare le proprie competenze a seconda del contesto. Ma le expertise possedute dal tecnico radiologo non sono chiaramente idonee a stabilire se un paziente in fase post-

operatoria necessita dell'intervento dell'anestesista o di altri componenti dell'equipe.

Una situazione analoga a questa viene presentata di seguito.

La paziente appena operata è già sveglia e può essere spostata sulla barella. La strumentista Rosa e l'infermiera di anestesia Teresa si trovano alla destra del letto operatorio, mentre l'anestesista dottor Pomo a sinistra. Nel tentativo di spostare la donna dal letto alla barella però, il dottor Pomo tira verso di sé (e dunque verso la barella) la paziente prendendola per un braccio. Rosa e Teresa, assistendo alla scena lo "riprendono" dicendo: "*No! Non così! Non si tira dal braccio, la rompe!*". Il Dottor Pomo sorride imbarazzato, mentre le due operatrici ultimano questa fase del processo operatorio.

Anche in questo caso, le expertise dell'anestesista non consentono a quest'ultimo di svolgere l'attività di spostamento della paziente dal letto operatorio alla barella senza dar vita ad una situazione a rischio. Gli operatori e le operatrici che solitamente si occupano di questa fase del processo operatorio sono OSS, strumentisti e infermieri di anestesia. Probabilmente il dottor Pomo (al pari di tutti gli anestesisti che io ho visto al lavoro in sala) non ha neanche mai assistito allo spostamento dei pazienti sulla barella. Questo aspetto potrebbe chiaramente aver influito sull'esecuzione di questa fase immediatamente successiva alla estubazione.

Gli estratti presentati hanno permesso di illustrare il modo in cui le conoscenze sensibili e competenze esperte contribuiscono alla realizzazione di una pratica lavorativa più o meno sicura. È inoltre emerso come i corpi dei pazienti, seppure in uno stato di passività, contribuiscano alla definizione delle pratiche mediche e dei ruoli professionali, alla dilatazione degli spazi e dei tempi d'intervento, nonché al coinvolgimento di una molteplicità di professionisti (appartenenti o no al team della sala operatoria). Competenze esperte e conoscenze sensibili sembrano dunque essere parte integrante del network che fa la sicurezza.

In sala operatoria l'intervento di mastectomia sta per essere ultimato quando il chirurgo dottor Maschio chiede all'OSS Paolo la protesi da inserire. Paolo si dirige verso un ripiano sul quale ci sono una ventina di scatole, disposte l'una sull'altra in cinque file, ne estrae una da una pila e gliela porge. Il medico dice "*Si, questa*". La protesi viene inserita, ma prima della chiusura del campo operatorio la strumentista Chiara scende dalla pedana posta di fianco al letto e si dirige ai piedi del letto, osservando i seni della paziente e dice: "*No, Dottore, quella destra è più grande*". Chiara nota che la protesi inserita (a destra, appunto) è più grande del seno sinistro. L'anestesista, sentendo le parole della collega, raggiunge i piedi del letto e osserva. Anche l'anestesista dottoressa Francia nota la sproporzione tra i due seni. Cosa è successo? La protesi inserita è più grande del dovuto, per cui il dottor Maschio chiede all'OSS Paolo un'altra protesi più piccola. Dopo qualche minuto la nuova protesi è stata inserita e il dottor Maschio dice: "*Bon, si può chiudere*", toglie il camice e va via dalla sala. I due chirurghi rimasti procedono alla chiusura del campo.

Il corpo della paziente è stato trasformato dalle mani esperte dei chirurghi, ma a trasformazione quasi conclusa la strumentista si accorge che il corpo modificato non è "giusto". L'errore dunque è stato evitato perché una operatrice, osservando il corpo della paziente, si è resa conto della dis-armonia creatasi. Osservando tale dis-armonia estetica, la strumentista ha fatto sì che il corpo della paziente smettesse di essere circoscritto al campo operatorio e che quindi si espandesse fino a comprendere tutta la parte superiore del torace. In tal senso, è possibile affermare come l'esecuzione competente dell'attività chirurgica sia dipesa da una valutazione estetica. Quanto accaduto in questa situazione ha comportato un importante cambiamento a livello organizzativo durante tutti gli interventi di questo tipo (mastectomia) e ciò risulta evidente nell'estratto che segue.

Alle 9.20, dopo che la protesi mammaria è stata inserita, il chirurgo, il dottor Ponte, chiede a

Simone (OSS) di mettere la paziente “seduta”. Simone prende così il telecomando del tavolo operatorio e cambia la posizione della paziente da supina a seduta. Il dottor Ponte vuole accertarsi che la protesi sia della dimensione giusta e chiede all'anestesista (che si è avvicinata al letto operatorio): “*Dottoressa, come le sembra?*”. L'anestesista risponde: “*Sembra che vada bene*” e torna a sedersi sullo sgabello. Anche la strumentista Daniela scende dalla pedana, si posiziona ai piedi del letto e dice: “*Va bene*”. A questo punto il chirurgo dà l'ok e Simone riposiziona il letto “orizzontale”, mentre il dottor Ponte toglie il camice e va via dalla sala, lasciando che sia il collega dottor Biondi a chiudere il campo operatorio.

Il corpo della paziente è stato posto al centro della scena per accertarsi che l'intervento fosse stato eseguito nel modo corretto. A differenza dell'estratto precedente, in questo caso è il chirurgo stesso che non solo chiede un parere all'anestesista in sala operatoria, ma decide anche di posizionare il corpo in modo tale che non ci siano dubbi sull'effettiva armonia creata con l'inserimento della protesi. Inoltre, la valutazione dell'intervento viene condivisa: il chirurgo non si limita a verificare da solo se la trasformazione corporea realizzata è ben riuscita, né (come nell'estratto precedente) a dare per scontato che il lavoro svolto sia ben fatto. Piuttosto, la condivisione dei giudizi estetici di tutti i presenti in sala viene considerato un passaggio fondamentale dal chirurgo e solamente dopo la valutazione positiva da parte dell'anestesista, l'intervento viene ultimato. Questo cambiamento della pratica medica in sala è stato dettato a seguito della situazione precedentemente illustrata: la decisione di posizionare la paziente seduta prima di chiudere il campo operatorio nasce dalla necessità di verificare la correttezza della protesi. Quando il corpo operato infatti rimane in posizione distesa risulta più difficile stabilire con esattezza se tra il seno naturale e la protesi ci sia armonia. Tale cambiamento della routine lavorativa, dunque, sembra volto a facilitare la messa in atto delle conoscenze sensibili degli operatori. Le conoscenze sensibili degli operatori, dunque, si configurano quale elemento chiave per la costruzione di pratiche mediche sicure.

Analizzando poi gli stralci delle interviste condotte agli operatori del blocco, nonché le conversazioni informali cui ho preso parte nel corso

dell'osservazione sul campo, emerge come competenze esperte e conoscenze sensibili possano acquisire significati differenti nel processo di costruzione della sicurezza all'interno delle sale operatorie. L'OSS Valeria, ad esempio, parlando di sicurezza, sottolinea che esiste una sala operatoria all'interno del blocco in cui si sente "a proprio agio": si tratta della sala di neurochirurgia. Prima ancora che questa sala operatoria venisse "creata" all'interno dell'Ospedale, la caposala ha individuato cinque operatori (tra cui lei) che sono stati formati appositamente per lavorare in neurochirurgia.

"Abbiamo seguito corsi sul posizionamento, corsi sulla preparazione del paziente, corsi sugli strumenti e le tecnologie ... diciamo che quella sala la sento un po' mia". (Valeria, OSS)

Dalle parole dell'operatrice emerge dunque come la sicurezza sembri agganciarsi alle capacità di operatori ed operatrici che derivano da formazione ed esperienza. Sarebbero dunque la dimestichezza nello svolgimento della pratica medica, nonché la conoscenza (tacita, ma non solo) a dar vita ad attività lavorative sicure. Valeria afferma dunque come le competenze esperte maturate nel corso del tempo e attraverso una formazione specialistica, contribuiscono non solo a sentirsi a proprio agio, ma anche, più nello specifico, a lavorare con maggiore sicurezza.

Parlando con un'altra operatrice nel corso di un intervento nella sala di neurochirurgia, sono emerse riflessioni e considerazioni diverse. L'operatrice in questione è Anna, infermiera di anestesia.

"Quando si lavora con lentezza, perché ci si convince di avere tutto sotto controllo, oppure perché si abbassa la guardia. Questa sala [la neurochirurgia] secondo me è molto rischiosa per questo. Vedrai com'è tutto calmo e tranquillo". (Anna, Infermiera di anestesia)

Le due operatrici dunque, Valeria e Anna, hanno una concezione diversa della sicurezza in sala operatoria: la prima considera fondamentale la competenza che deriva da una formazione specialistica e dunque da una conoscenza dettagliata

della sala, degli strumenti da utilizzare e del tipo di interventi da svolgere; per Anna, invece, l'averne una conoscenza dettagliata ed una competenza "matura" circa il da farsi (o, per dirlo con le parole di Anna, "l'averne tutto sotto controllo") può comportare rischi per la sicurezza.

Conclusioni

In questo capitolo ho voluto illustrare il modo in cui competenze esperte e conoscenze sensibili si allineano o dis-allineano alle pratiche mediche ed organizzative, dando vita ad una maggiore o minore sicurezza operatoria.

L'analisi delle note etnografiche ha permesso di evidenziare innanzitutto l'impossibilità di considerare queste dinamiche come inscindibili. Tale inscindibilità sembra derivare direttamente da una peculiarità del lavoro in sala operatoria: l'interprofessionalità. Ciascuna equipe chirurgica è composta da almeno cinque operatori, ciascuno dei quali con un background differente, con expertise e abilità specifiche e con competenze esperte che si differenziano inevitabilmente da quelle degli altri professionisti facenti parte dell'equipe. Questa varietà di visioni professionali e di competenze esperte fa sì che ciascun membro delle equipe acquisisca nel corso della pratica di lavoro quotidiano un diverso modo di approcciarsi alle fasi del processo operatorio, ai colleghi, ai pazienti e anche alla sicurezza.

La centralità lavorative delle competenze esperte e delle conoscenze sensibili nella costruzione della rete della sicurezza operatoria risulta chiara se si riflette sul modo in cui gli operatori articolano le "proprie" pratiche agganciandole a quelle degli altri operatori in sala. A tal proposito si può fare riferimento al ruolo ricoperto dagli strumentisti, i quali supportano e coadiuvano il lavoro dei chirurghi. Il lavoro degli strumentisti è un lavoro di simbiosi con i chirurghi e dunque ciò che contribuisce allo svolgimento di una pratica medica competente e sicura è il modo in cui gli strumentisti lavorano d'anticipo. Diverso è il caso degli strumentisti inesperti: essi "negozano" le proprie competenze con quelle di un

collega più esperto in una determinata disciplina chirurgica. In tal modo la sicurezza operatoria agganciata alla dinamica relativa alle competenze esperte si interseca a spazi organizzativi multipli (due sale operatorie), ad attori organizzativi diversi (ovvero i componenti di due equipe, ma anche il primario a cui confidare il proprio senso di inadeguatezza) e infine gli strumenti necessari allo svolgimento dell'intervento. Al pari delle dinamiche tecnologiche, anche le competenze esperte prendono parte alla costruzione della sicurezza a partire dall'annodamento con svariati elementi a loro volta tutt'altro che statici.

Se il focus si sposta sulle conoscenze sensibili quale elemento chiave per una attenta lettura della sicurezza come costruzione dinamica, ciò che emerge è che, ad esempio, per garantire la corretta esecuzione di un intervento, i chirurghi hanno bisogno che il campo operatorio sia correttamente illuminato. L'operatore che si occupa del corretto posizionamento della lampada (l'OSS) deve "guardare con gli occhi del chirurgo", ovvero posizionarsi in sala in una posizione tale che gli permetta di guardare dalla stessa prospettiva da cui guarda il chirurgo. La sicurezza in tal senso si configura e si costruisce come esito dell'allineamento di conoscenze sensibili (del chirurgo e dell'OSS), di oggetti tecnici (la lampada) e di spazi d'azione.

Conoscenze sensibili e competenze esperte, poi, rappresentano dinamiche fondamentali della sicurezza operatoria anche se si riflette sul fatto che entrambe nascono molto spesso dalla negoziazione di ruoli tra professionisti diversi, o appartenenti alla medesima categoria. L'interprofessionalità dei team chirurgici, infatti, spesso non comporta una netta separazione tra ruoli e compiti da svolgere, ma, piuttosto, una negoziazione dei ruoli stessi e delle competenze professionali.

Competenze esperte e conoscenze sensibili, quali dinamiche organizzative e lavorative, contribuiscono a performare la sicurezza in maniera duplice:

- da un lato fungono da elemento solido (ma non per questo stabile o immobile) a partire dal quale dinamiche lavorative e organizzative diverse si articolano;

- dall'altro, conoscenze sensibili e competenze esperte si configurano quali dinamiche che si agganciano in maniera sempre differente a loro volta ad altri processi lavorativi e organizzativi.

Nel prossimo capitolo l'attenzione verrà focalizzata sulle dinamiche comunicative.

CAPITOLO 6

Dinamiche comunicative e pratica medica: un binomio eterogeneo

Introduzione

Le dinamiche comunicative sono considerate in letteratura come il fattore umano che maggiormente incide sulla sicurezza degli attori organizzativi coinvolti nella pratica medica (Sevdalis et al., 2007; Lingard et al., 2002; 2004; 2006; Sexton, Thomas e Helmreich, 2000).

Due sono i tipi di dinamiche comunicative cui è possibile fare riferimento: istituzionali e ordinarie (Drew e Heritage, 1992). Per ciò che attiene le dinamiche comunicative del primo tipo, si tratta di quell'insieme di processi comunicativi orientati allo svolgimento di un compito; le dinamiche comunicative ordinarie, invece, riguardano tutto ciò che non ha a che fare con la pratica medica e col processo operatorio, ma che contribuisce alla produzione e ri-produzione del clima organizzativo.

Il capitolo verrà strutturato come segue:

- un primo paragrafo sarà dedicato alle dinamiche comunicative che scandiscono (e a loro volta sono scandite da) i tempi e gli spazi delle pratiche mediche in sala;

- nel secondo paragrafo l'attenzione verterà su quella parte delle dinamiche comunicative istituzionali che istruiscono, ovvero che permettono ad operatori di sapere cosa fare e come lavorare;

- nel terzo paragrafo mi concentrerò invece sulle dinamiche comunicative di tipo ordinario.

A seconda del modo in cui tali dinamiche comunicative si agganciano e si allineano alle altre pratiche mediche, in sala vengono performati attività operatorie più o meno sicure.

6.1. Il volto istituzionale: dinamiche comunicative tra spazi e tempi delle pratiche mediche

Le dinamiche comunicative che hanno luogo all'interno delle sale operatorie contribuiscono alla definizione e ri-definizione di spazi e tempi d'intervento.

Solitamente le comunicazioni istituzionali cui gli operatori e le operatrici danno vita mentre il paziente è in uno stato di incoscienza (anestesia) hanno per oggetto una richiesta ad un collega. Un esempio è rappresentato dalla situazione che ha luogo quando, una volta che il paziente è stato intubato, il chirurgo può procedere alla disinfezione del campo operatorio e dunque all'incisione. Solitamente i chirurghi si trovano già accanto al tavolo operatorio quando l'anestesista sta ultimando l'intubazione e attendono che questo "dia l'ok" per procedere.

Il paziente è già stato intubato quando in sala operatoria entrano i due chirurghi dell'equipe: il Primario e il dottor Fazio. Il Primario si avvicina al tavolo operatorio e, prima di iniziare l'intervento, si volta verso l'anestesista e le chiede: *"Dottoressa Guardi, posso incidere? Mi dia l'ok"*. La dottoressa Guardi dice che si può iniziare, così l'intervento comincia.

L'azione dei chirurghi rimane sospesa finché l'anestesista non conferma che è possibile intervenire sul paziente. Le parole dell'anestesista, dunque, finiscono per comunicare il passaggio del corpo del paziente da una fase attiva ad una passiva: con l'ok, infatti, l'anestesista comunica che il corpo del paziente è insensibile, immobile ed incosciente.

Il passaggio del corpo in cura da uno stato di attività ad uno di passività è scandito temporalmente da un flusso di eventi che non ha interruzioni: ultimata l'induzione dell'anestesia, il chirurgo disinfetta il campo operatorio e procede con l'incisione. La comunicazione, dunque, in tali circostanze, diviene un processo

centrale per sancire il passaggio senza interruzioni da un tipo di attività ad un'altra all'interno della sala per tutti gli operatori e le operatrici dell'equipe.

In termini più generali, la pratica medica in sala operatoria sembra essere scandita temporalmente da una serie di "ok": quando l'anestesista dà l'ok ai chirurghi per iniziare la disinfezione del campo operatorio; quando l'anestesista dà l'ok dopo aver somministrato dell'anestetico in seguito al movimento del paziente sul tavolo operatorio; quando il chirurgo dà l'ok all'anestesista per interrompere l'induzione dell'anestesia.

L'intervento inizia alle 11.20. L'OSS Martina accende la radio su richiesta della chirurgo dottoressa Vanni. Alle 11.50, una volta iniziata la chiusura del campo operatorio, la dottoressa Vanni dice: "*Ok, finito!*" per indicare all'anestesista Chiari che l'anestesia può essere interrotta.

Ciò che fin qui è stato mostrato è che le dinamiche comunicative istituzionali hanno solitamente luogo tra anestesisti e chirurghi quando si tratta di definire temporalmente le fasi operatorie. Le dinamiche comunicative istituzionali risultano centrali per performare la sicurezza in sala perché consentono la definizione delle attività che ciascun operatore può realizzare.

Nell'estratto che segue verrà evidenziato come anche gli OSS contribuiscano a questa ritmica del processo operatorio.

L'intervento è in corso da più di un'ora quando l'OSS chiede ai chirurghi: "*Dottori, posso chiamare l'altra paziente?*". I chirurghi rispondono di sì perché stanno ultimando l'intervento.

In questo caso è l'OSS che, chiedendo l'ok, conclude una fase operatoria e dunque avvia la messa in scena di altre fasi del processo operatorio. modo analogo, può accadere che la conferma che il paziente successivo può essere trasportato nel blocco operatorio non avvenga a seguito di una domanda dell'OSS.

Può infatti anche accadere che sia il chirurgo a chiedere all'infermiere di anestesia o all'anestesista di chiamare in reparto, come negli estratti che seguono.

L'intervento sta per concludersi quando il chirurgo dottor Delfi dice all'infermiere che si può già chiamare il paziente successivo.

Alle 13.20, quando l'intervento sta per essere ultimato, la chirurgo dottoressa Battelli dice all'anestesista dottoressa Miani: *“Puoi fare chiamare la prossima”*.

Può inoltre accadere che la richiesta avvenga sì da parte del chirurgo, ma senza che questi la indirizzi ad alcun specifico operatore. Le dinamiche comunicative scandiscono così le pratiche degli operatori in sala operatoria e di quelli esterni ad essa, ma anche dei pazienti operati e di quelli in attesa dell'intervento. In tal senso sembra quasi che le dinamiche comunicative possano fungere da elementi di intersecazione tra la sala e lo spazio organizzativo esterno ad essa, anche dal punto di vista della sicurezza.

Analizzare le dinamiche comunicative istituzionali che definiscono (o sollecitano) i tempi d'intervento vuol dire anche analizzare le diverse necessità operatorie dei membri dell'equipe: per i chirurghi, l'intervento ha inizio quando il paziente è stato intubato e ricoperto di teli sterili; per gli strumentisti l'intervento ha inizio nel momento in cui vengono preparati gli “oggetti operatori” e posizionati sul tavolo servitore; per gli anestesisti, l'intervento comincia quando al paziente vengono iniettati i farmaci anestetici. Queste differenti visioni e necessità professionali vengono scandite anche da dinamiche comunicative. Tali dinamiche vedono quasi sempre coinvolti i chirurghi dell'equipe, che sembrano essere gli operatori più “insofferenti” alle attese. Non sempre, però, quando i chirurghi si trovano costretti a sospendere le proprie pratiche in attesa che un collega termini il proprio lavoro, si creano frizioni tra gli operatori e dunque sollecitazioni verbali, come nell'estratto che segue.

La paziente è sul tavolo operatorio e l'anestesista inizia l'induzione dell'anestetico, quando i due chirurghi dell'equipe entrano in sala, si vestono e si posizionano ai lati del tavolo operatorio in attesa che l'anestesia faccia effetto e che la paziente venga intubata. Uno dei due chirurghi, il dottor Santi ha in mano la ciotola col disinfettante e, in attesa di intervenire sulla paziente, discute col collega di un convegno che si terrà il prossimo mese. La paziente si addormenta, viene intubata e il dottor Santi procede con la disinfezione. L'intervento ha inizio.

Le pratiche mediche dei membri dell'equipe non si incastrano perfettamente da un punto di vista temporale: i chirurghi sono pronti quando la paziente in sala è ancora sveglia. Assai di rado accade che questi operatori raggiungano la sala operatoria in questo momento del processo operatorio. Per ciò che attiene le dinamiche comunicative che accompagnano questi mancati "incastrati temporali" ed organizzativi è possibile sottolineare alcuni aspetti:

- solitamente gli unici operatori a fare pressioni verbali quando le attività in sala operatoria non sono fluide, sono i chirurghi;

- solitamente, quando la pratica medica in sala non si svolge con i tempi "desiderati" o previsti dai chirurghi, questi ultimi raramente fanno pressioni verbali agli anestesisti affinché accelerino i tempi operatori. Assai più frequentemente, le pressioni verbali vengono dirette agli altri membri dell'equipe, quali infermiere, strumentista e OSS.

Può però anche accadere però che sia un operatore esterno all'equipe chirurgica a fare pressione affinché l'intervento si svolga nel più breve tempo possibile.

L'intervento è in corso da circa quaranta minuti quando in sala operatoria entra una strumentista Letizia che, avvicinandosi al letto operatorio domanda ai chirurghi: "*Signori, state finendo?*". L'anestesista mi si avvicina e mi dice: "*Se lo può permettere, è una strumentista anziana, lei può avere questo tono con i medici?*". I chirurghi rispondono che stanno per chiudere e Letizia va via dalla sala.

La complessa dinamica comunicativa istituzionale è scandita da regole “professionali” ben precise che però possono essere disattese: se è vero che generalmente gli unici membri dell’equipe che possono permettersi di fare pressioni sugli altri operatori presenti in sala sono i chirurghi, è possibile che si verifichino delle eccezioni. Le eccezioni hanno luogo quando a sollecitare una maggiore rapidità nello svolgimento di una pratica medica sono operatori anziani. In virtù dell’anzianità, infatti, la strumentista esterna all’equipe può permettersi di utilizzare un certo tipo di “*tono*” nei confronti dei chirurghi. In sala operatoria pare infatti che siano la professionalità e le responsabilità a stabilire le coreografie delle dinamiche comunicative istituzionali e, di conseguenza, le attività che vengono realizzate in sala.

Nel contesto della sanità e della medicina, le questioni comunicative sono state analizzate sottolineando soprattutto le dinamiche collaborative tra soggetti con professionalità differenti (Lingard et al. 2002, 2004). Le comunicazioni istituzionali sembrano scandite dai ruoli professionali ricoperti dai singoli componenti dell’equipe chirurgica, per cui il chirurgo è in un certo senso “legittimato” a sollecitare verbalmente gli altri componenti dell’equipe. Anche l’esperienza e l’anzianità sembrano però giocare un ruolo importante nella definizione delle dinamiche comunicative in sala e per questo Letizia, in qualità di strumentista anziana, ha sollecitato i chirurghi ad ultimare l’intervento rapidamente. Se a questa riflessione si aggiunge la considerazione secondo cui Letizia non era neanche di turno in quella sala operatoria, risulta ancora più evidente come le dinamiche comunicative altro non sono che una complessa danza che coinvolge non solo una molteplicità di attori, ma anche differenti spazi.

Un altro tipo di dinamiche comunicative istituzionali in sala operatoria riguarda il sollecitare non un’attività specifica (quale ad esempio l’inserimento di un catetere o l’induzione di una seconda dose di anestetico), bensì la semplice presenza degli operatori in sala. Nel complesso, le dinamiche comunicative che i membri dell’equipe chirurgica mettono in atto in caso di assenza di uno o più operatori dalla sala, sembrano essere di due tipi, ciascuno dei quali corrispondente

ad un diverso modo di rapportarsi al lavorare in una equipe incompleta: la prima può essere definita di “attivazione”, la seconda di “adattamento”.

Per ciò che attiene l’attivazione: può accadere che quando un operatore è assente dalla sala e la sua presenza si renda necessaria per la prosecuzione dell’attività chirurgica, gli operatori attivino delle dinamiche comunicative finalizzate alla ricomposizione dell’equipe e dunque alla ripresa della pratica medica. Un esempio è fornito dai due estratti che seguono.

L’intervento sta per essere ultimato: l’anestesista dottor Bacco interrompe la somministrazione di farmaci anestetici e va via dalla sala, mentre il chirurgo chiude il campo operatorio. Quando la strumentista inizia la disinfezione e la medicazione del campo operatorio, il paziente sta già svegliandosi e l’infermiera di anestesia Teresa va in corridoio a chiamare l’anestesista dottor Bacco per l’estubazione.

L’intervento sta per concludersi quando il chirurgo va via e lascia che siano i due chirurghi specializzandi ad ultimare l’operazione. La strumentista Anna chiede all’OSS Roberto i cerotti necessari per la medicazione. Nel frattempo, in sala non ci sono né l’infermiera di anestesia, né l’anestesista. Anna si accorge di qualcosa di strano e dice (ad alta voce) all’infermiera (che si trova in corridoio tra la sala e la presala): *“Monica, mi sembra che muova la faccia”*. Così Monica rientra e somministra altri farmaci al paziente. Dopo qualche minuto, Anna ultima la medicazione mentre i due specializzandi vanno via dalla sala.

Tanto nel primo quanto nel secondo estratto sembra che le dinamiche comunicative messe in atto per ricomporre l’equipe chirurgica travalichino i confini della sala operatoria: il fatto che gli operatori e le operatrici in grado di rendere fluida l’attività medica in sala in un momento specifico (l’anestesista al momento dell’estubazione, ad esempio) fossero all’esterno della stessa, permette di ri-configurare gli spazi operatori dilatandoli. Per quel che riguarda i tempi operatori, invece, attraverso queste dinamiche comunicative di attivazione, non vengono dilatati: è attraverso queste dinamiche comunicative, infatti, che il processo operatorio non subisce né stalli, né sospensioni. La sicurezza quale

pratica situata, quindi, si aggancia direttamente alle dinamiche comunicative nella misura in cui queste ultime permettono una ri-configurazione organizzativa delle attività dentro e fuori le mura operatorie.

Ben diverso è invece il caso in cui in sala hanno luogo dinamiche comunicative di adattamento, come negli estratti che seguono.

Il paziente sul letto operatorio viene addormentato ed intubato senza problemi. L'OSS e la strumentista procedono ad inserire il catetere vescicale, mentre l'anestesista cerca la vena periferica (l'intervento che sta per essere eseguito è molto delicato e richiede tutte le precauzioni possibili, tra cui un secondo accesso venoso). Quando alle 11.25 anche la vena periferica è stata trovata, in sala è tutto pronto. Mancano solamente i chirurghi. Alle 11.35 entra in sala operatoria il chirurgo dottor Greca e inizia a disinfettare la parte da operare, mentre il Primario va a lavarsi le mani insieme al dottor Sonno.

L'intervento di mastectomia è in corso già da una decina di minuti quando la chirurgo dice all'infermiere di anestesia: *“È tirata”* (si riferisce alla paziente che, a quanto pare, contrae il muscolo sotto la mammella) e chiede dove si trova l'anestesista. L'infermiere risponde: *“Sarà qui fuori, vuole che la chiami?”*. La dottoressa risponde: *“No, non disturbarla, fra un po' arriverà”*.

Nel primo estratto nessuno degli operatori in sala ha cercato i chirurghi contattandoli al cicalino piuttosto che in reparto, anche solo per comprendere i tempi di attesa per l'inizio dell'intervento. L'assenza in sala degli operatori nonché di una dinamica comunicativa finalizzata alla ricomposizione dell'equipe, ha creato uno stallo dell'attività in sala ed una dilatazione dei tempi. In sala si assiste ad un adattamento delle pratiche del team chirurgico alla situazione.

Nel secondo estratto, in seguito all'assenza dell'anestesista, si assiste alla messa in atto di dinamiche comunicative tra gli operatori in sala. A differenza però degli estratti presentati relativi alle dinamiche di attivazione (in cui le dinamiche comunicative avevano comunque luogo), in questo caso le pratiche degli operatori non vengono ri-configurate e il flusso delle attività routinario scorre senza interruzioni come se il corpo in cura fosse immobile.

In questa parte del capitolo l'attenzione è stata focalizzata su quelle dinamiche comunicative che danno vita ad una scansione temporale e ad una definizione spaziale delle pratiche operatorie. Dal modo in cui la danza comunicativa ha luogo, le pratiche mediche si configurano come più o meno sicure. Ciò che nel prossimo paragrafo verrà invece analizzato è quell'insieme di processi comunicativi che "istruiscono" gli operatori sul da farsi, ovvero che definiscono le modalità con cui le pratiche mediche devono essere realizzate.

6.2. Quando comunicare è istruire

In questo paragrafo verrà analizzata un'altra faccia delle comunicazioni istituzionali che hanno luogo nel corso degli interventi: quella che ha per oggetto specifiche istruzioni circa le attività da compiere, tanto per gli operatori, quanto per i pazienti. Questo tipo di comunicazioni ha luogo, ad esempio, per informare i componenti dell'equipe circa le condizioni dei pazienti, il modo "corretto" di utilizzare uno strumento, o ancora le attività svolte fino a un determinato momento, ma anche per comunicare ai pazienti cosa fare.

Scelgo di iniziare l'analisi di queste dinamiche comunicative "istruttive" ponendo innanzitutto l'accento su quei processi comunicativi finalizzati a fornire le istruzioni agli operatori ed alle operatrici che iniziano il turno nel corso di un intervento chirurgico.

Il lavoro delle equipe chirurgiche all'interno di un blocco operatorio è articolato in due turni: quello mattutino e quello pomeridiano, ciascuno dei quali della durata di sette ore. Può accadere che la fine del turno della mattina sopraggiunga quando un'operazione è ancora in corso; in tal caso, gli operatori del turno pomeridiano sostituiscono gli operatori presenti in sala. Risulta evidente come il cambio dell'equipe chirurgica nel corso di un intervento richieda la condivisione da parte degli operatori in uscita nei confronti degli operatori e delle operatrici ad inizio turno di una serie di informazioni relative all'intervento. Questa condivisione sembra fondamentale non solo per permettere agli operatori

in ingresso di conoscere esattamente le informazioni necessarie per intervenire ed assistere gli altri componenti dell'equipe, ma anche e soprattutto per evitare il verificarsi di errori ed incidenti dovuti ad una parziale conoscenza delle pratiche già performate in sala (ad esempio il tipo di intervento, gli strumenti utilizzati e da utilizzare) e di quelle che saranno realizzate. Nell'estratto che segue viene presentato un "cambio turno".

Alle 13.50 entra in sala la strumentista Lucia a dare il cambio al collega strumentista Fabrizio. Quest'ultimo dà a Lucia le indicazioni necessarie per proseguire il lavoro in sala senza interruzioni: le dice il numero di garze aperte, il numero di garze che sono già state contate e scritte sul registro, indica il tipo di ferri che sta utilizzando, poi saluta e va via dalla sala.

Le dinamiche comunicative messe in atto durante il cambio turno presentano delle caratteristiche che nessun altro tipo di comunicazione istituzionale all'interno della sala operatoria sembra possedere: avvengono sempre tra operatori appartenenti alla medesima categoria professionale e non coinvolgono quasi mai i chirurghi. Per ciò che attiene la prima caratteristica, è possibile affermare come le informazioni di cui necessita ad esempio uno strumentista a inizio turno possono essere fornite solo dallo strumentista che sino a quel momento si trovava in sala operatoria. Conoscere ad esempio il numero di garze utilizzate è possibile molto spesso solo attraverso comunicazioni verbali tra strumentisti e la cosiddetta "conta delle garze"⁹. Anche le informazioni circa i ferri che si stanno utilizzando sono fondamentali per lo strumentista a inizio turno: sapere esattamente quali strumenti usare permette infatti di performare delle pratiche operatorie in linea con l'operato dei chirurghi e dunque sicure per il paziente e per gli operatori stessi.

Mentre le dinamiche comunicative circa le istruzioni sul da farsi (e sul già fatto) hanno luogo, però, le attività in sala operatoria non vengono interrotte:

⁹ Questa particolare fase del processo operatorio è stata descritta più nel dettaglio nel Capitolo 3.

occorre che le comunicazioni accompagnino le pratiche mediche di tutti gli operatori, altrimenti l'intervento subirebbe un'interruzione. Gli unici operatori che non vengono coinvolti nelle dinamiche comunicative in questa fase del processo operatorio sono i chirurghi, i quali continuano il proprio operato senza interrompere la pratica medica in corso e soprattutto senza prendere parte alle comunicazioni tra gli altri componenti dell'equipe.

Solitamente il cambio turno avviene in momenti diversi: è difficile assistere ad una situazione come quella di seguito illustrata in cui (quasi) tutti gli operatori ad inizio turno entrano in sala nello stesso momento dando il cambio in contemporanea a tutti (tranne i chirurghi) i componenti dell'equipe.

L'intervento ha inizio alle 13.40. Alle 14.00 raggiungono la sala operatoria un OSS, una strumentista ed un'infermiera, per dare il cambio agli operatori che stanno finendo il turno. Così, assisto al "passaggio di consegne", mentre l'anestesista si lamenta dicendo: *"Proprio in un momento così delicato non si dovrebbe dare il cambio"*.

L'infermiera in uscita mostra alla collega che la sostituirà la cartella anestesiologicala del paziente, spiegando brevemente la diagnosi e i farmaci somministrati e da somministrare. L'OSS Diego che sta finendo il turno, invece, comunica al collega Antonio appena arrivato il numero di garze già contate.

Il cambio più difficile è quello tra le due strumentiste perché, mentre le due operatrici discutono dei ferri, il chirurgo ha comunque bisogno di assistenza.

Le parole dell'anestesista sono indicative delle difficoltà legate al cambio turno. Le pratiche mediche sono accompagnate da dinamiche comunicative complesse. In particolare, la dinamica comunicativa che si viene a costruire in sala sembra agganciare strettamente una molteplicità di dinamiche organizzative: gli oggetti tecnici e gli artefatti tecnologici utilizzati dagli operatori, i tempi e gli spazi di intervento. Al momento del cambio turno in sala sono presenti due equipe, quella in uscita e quella ad inizio turno. Questo affollamento della sala

comporta certamente una ridefinizione e rinegoziazione degli spazi di intervento da parte di tutti gli attori organizzativi che la popolano.

In momenti diversi dal cambio turno può invece accadere che agli operatori vengano fornite delle istruzioni sul da farsi da operatori ed operatrici con professionalità diverse, come nell'estratto che segue.

L'anestesista va via dalla sala operatoria. La strumentista, mentre lavora, dice all'OSS di riferire all'infermiera che la flebo è finita. Dalla pedana dalla quale si trova, la strumentista vede che una dei flaconi attaccati alla flebo, è vuoto. L'OSS lo riferisce all'infermiera, intenta a leggere una rivista seduta sullo sgabello vicino il monitor dell'anestesia. L'infermiera procede a cambiare il flacone esaurito.

La situazione illustrata in questo estratto consente di riflettere ancora una volta su come le pratiche siano inevitabilmente agganciate alle dinamiche comunicative che hanno luogo tra i componenti dell'equipe: grazie alle parole della strumentista, l'infermiera provvede alla sostituzione del flacone esaurito.

Le dinamiche comunicative possono talvolta coinvolgere operatori sbagliati e avere luogo in contesti "non idonei".

Alle 7.55, prima dell'inizio della seduta operatoria, la strumentista Ornella (a cui sto facendo da ombra) ed io andiamo a prendere un caffè. In corridoio incontriamo l'OSS Anna che sta trasportando in sala operatoria la paziente che sta per essere operata. Anna ci saluta e poi dice (a voce molto alta): *"La signora ha le mestruazioni, per questo abbiamo fatto tardi, perché si è sporcata tutta e abbiamo dovuto lavarla"*. Sabrina risponde che queste informazioni deve darle all'infermiera.

Una dinamica comunicativa istituzionale relativa alle procedure adottate e da adottare nei confronti di una paziente ha avuto luogo in un contesto e con un

tono non proprio appropriati. La dinamica comunicativa illustrata ha chiaramente luogo nel corso della fase preparatoria, un momento del processo operatorio assai delicato (Lingard et al., 2006), che può comportare da un punto di vista comunicativo una serie di errori e fallimenti che possono rimanere temporaneamente “invisibili”, almeno finché l’intervento non ha inizio. I processi comunicativi che hanno luogo prima che l’intervento cominci, hanno un impatto sulla conoscenza e la consapevolezza dei membri del team, impatto che Lingard e colleghi (2006) hanno definito di *informational utility*. Nello studio, gli autori analizzano le conseguenze che questo tipo di comunicazioni hanno sulla pratica operatoria che si performerà in sala e sul tipo di conoscenza di cui dispongono o necessitano gli operatori, mentre non viene considerata la figura del paziente e l’impatto che questo tipo di dinamiche può avere su questo attore organizzativo. Ciò che andrebbe a mio avviso indagato approfonditamente è la maniera in cui questo tipo di dinamiche comunicative hanno conseguenze sui pazienti. Le dinamiche comunicative influiscono non solo sulla sicurezza nel momento in cui le comunicazioni stesse hanno luogo (la paziente non è in pericolo per via delle parole dell’OSS comunicate in corridoio all’operatrice “sbagliata”), ma anche sulla gestione della sicurezza e di potenziali eventi avversi invisibili, che si intersecano con altre dinamiche organizzative. Le altre dinamiche organizzative coinvolte riguardano l’intero processo operatorio, dalla preparazione in presala al risveglio.

Strettamente connesso all’estratto appena presentato è quell’insieme di dinamiche che hanno luogo nel corso della fase preparatoria, all’interno della presala. In presala operatoria i pazienti vengono preparati dall’infermiera di anestesia e dall’anestesista; in quel momento, non solo i pazienti sono solitamente in apprensione per l’intervento che stanno per subire, ma si trovano anche in una situazione in cui dei perfetti estranei toccano e “scrutano” il loro corpo, spiegano il tipo di trasformazione che subiranno e le sensazioni che proveranno nel post-operatorio. In merito a quest’ultimo aspetto, occorre fare certamente riferimento al fatto che affinché l’anestesista possa decidere se somministrare o no antidolorifici al momento del risveglio del paziente, si utilizza la scala del dolore. La scala del

dolore¹⁰, pur interessando la fase post-operatoria, viene spiegata dal personale infermieristico in fase pre-intervento.

L'infermiera di anestesia Laura si trova in presala insieme al paziente che sta per essere operato e, dopo l'inserimento della flebo, Laura domanda al paziente: *“Quanto le ho fatto male da 0 a 10? Consideri che 0 è nessun dolore e 10 è un dolore insopportabile”*. Alla risposta del paziente, l'infermiera di anestesia aggiunge: *“Bene, allora, subito dopo l'intervento io le chiederò quanto ha male e lei dovrà rispondermi sempre dandomi un numero da zero a dieci, così eventualmente le diamo degli antidolorifici, va bene?”*. Il paziente annuisce.

Spiegare la scala del dolore costituisce una delle dinamiche comunicative operatore-paziente più importanti: il paziente, attraverso questa parte della dinamica comunicativa, viene istruito circa la considerazione che gli operatori e le operatrici avranno del dolore post-operatorio. La spiegazione della scala del dolore ha come finalità quella di illustrare una procedura e aiutare nella definizione e individuazione dei parametri di riferimento.

La spiegazione della scala del dolore è una dinamica comunicativa che istruisce dunque in due modi: da un lato permette di comunicare al paziente che quest'ultimo proverà dolore nella fase preparatoria quando gli verrà inserita la flebo; dall'altro, che una volta ultimato l'intervento, si ripresenterà la stessa situazione e la stessa dinamica comunicativa (l'interrogativo circa l'entità del dolore provato). Questa dinamica comunicativa istruisce i pazienti circa una situazione presente ed una futura, circa il pre e il post intervento. La peculiarità di tale dinamica da un lato fa sì che le istruzioni in questione accompagnino il paziente dal momento immediatamente precedente l'intervento a quello immediatamente successivo; dall'altro, le pratiche mediche che seguiranno l'intervento chirurgico, venendo spiegate prima, non saranno oggetto di una

¹⁰ Questa fase del processo operatorio risulta dettagliatamente illustrata nella descrizione dell'intervento tipo all'interno dell'Ospedale Santa Flavia.

seconda definizione nel momento in cui avranno luogo. In questo caso la comunicazione sembra agganciare spazi e tempi organizzativi differenti.

Esistono poi una serie di dinamiche comunicative, sempre finalizzate a istruire i pazienti, che hanno luogo quando questi ultimi si trovano nella fase di passaggio dallo stato di coscienza e mobilità a quello di passività e immobilità: la fase dell'induzione dell'anestetico. Il paziente in questo momento del processo operatorio si trova in una sorta di "limbo", in cui smette di avere piena padronanza del proprio corpo e piena coscienza delle proprie sensazioni. Affinché l'intervento si svolga senza intoppi e senza particolari traumi per i pazienti, è necessario che il "sonno" di questi ultimi venga accompagnato dagli operatori attraverso specifiche indicazioni. Solitamente, infatti, l'anestesista inizia la somministrazione dei farmaci e dice al paziente: *"Ora pensi a qualcosa di bello e vedrà che il sogno sarà bello"*. In termini di sicurezza operatoria tale dinamica consente una fase di induzione dell'anestesia e di intubazione più serena.

Un altro tipo di dinamiche comunicative operatore-paziente di fondamentale importanza per la corretta esecuzione della pratica operatoria avviene dopo che l'induzione dei farmaci anestetici viene interrotta. La fase del risveglio viene solitamente seguita da due figure professionali: anestesista ed infermiere di anestesia. Al termine di questa fase, una volta estubato il paziente, anestesista ed infermiere di anestesia devono accertarsi che il paziente sia in buone condizioni, che non abbia dolore e che i parametri vitali siano buoni.

Le dinamiche comunicative in questo delicato momento possono assumere le forme più svariate, come emerge negli estratti di seguito proposti.

Il campo operatorio è stato chiuso e la strumentista Alda sta medicando la ferita quando ha inizio il risveglio. L'anestesista chiama il paziente per nome (sbagliandolo), cercando di risvegliarlo. Solo dopo un paio di minuti l'infermiera di anestesia Rita controlla la cartella e comunica all'anestesista il nome esatto del paziente.

L'induzione dei farmaci anestetici è stata interrotta e l'anestesista inizia il risveglio: chiama per nome la paziente e la schiaffeggia per "stimolarla". Dopo un paio di minuti la paziente apre gli

occhi ed è in grado di passare sulla barella da sola.

L'intervento si è concluso e l'infusione dei farmaci è stata sospesa. L'infermiera di anestesia e l'anestesista chiamano la paziente per nome per qualche minuto, ma quest'ultima continua a russare. Così, dopo tante risate e molti schiaffi, la paziente si sveglia.

La fase post-intervento è dunque caratterizzata da dinamiche comunicative operatore-paziente di tipo istruttivo e solitamente procede con delle altre, finalizzate a tranquillizzare i pazienti appena operati. Generalmente le prime parole che i pazienti sentono dopo il risveglio sono: *“È andato tutto bene, stia tranquillo. Faccia dei respiri profondi”*. L'importanza di queste comunicazioni risiede nel fatto che il paziente, dovendo riprendere a respirare autonomamente, deve essere “stimolato” a farlo.

Un altro tipo di comunicazioni che istruisce i pazienti, hanno luogo all'interno della sala operatoria e ruotano intorno al posizionamento del paziente.

Il posizionare il paziente rappresenta l'ultima fase preoperatoria nel corso della quale (se il paziente viene anestetizzato sul tavolo operatorio) il paziente ha consapevolezza di ciò che accade al proprio corpo e l'ultima delle fasi in cui gli operatori si trovano a manipolare un corpo “cosciente”.

L'OSS Davide e l'infermiera di anestesia Giulia aiutano il paziente a distendersi e gli legano un braccio (quello in cui è inserita la flebo) al bracciolo del letto chiedendogli se la posizione è comoda. La dottoressa Stella, anestesista, entra in sala e dice al paziente di mettersi nella posizione più comoda. *“Metta le gambe come quando dorme”*. Giulia, nel frattempo, collega alcuni cavetti alle placche posizionate sul torace, spiegando al paziente *“Le attacco un po' di cavetti”*.

La particolarità di questo tipo di comunicazioni è la seguente: da un lato gli operatori e le operatrici istruiscono il paziente circa ciò che lui stesso deve fare; dall'altro, operatori ed operatrici spiegano ciò che loro stessi stanno facendo (*“Le attacco un po' di cavetti”*). Così, alla richiesta da parte

dell'anestesista al paziente di posizionarsi nella maniera "corretta", seguono le indicazioni da parte dell'infermiera di anestesia relative alla manipolazione del corpo in cura. Queste dinamiche comunicative consentono certamente al paziente di avere una maggiore consapevolezza della manipolazione che il proprio corpo sta subendo.

Le dinamiche comunicative finalizzate ad istruire i pazienti continuano in sala operatoria anche quando l'intervento si svolge in anestesia locale, come nell'estratto che segue.

Il dottor Fragalà (chirurgo), dopo aver iniziato l'induzione dell'anestetico (tramite iniezione sul campo operatorio), chiede alla paziente: "*Sente dolore? Sentirà tirare, ma non deve sentire dolore*". La paziente risponde che non sente dolore. L'intervento procede senza intoppi, né interruzioni nel flusso delle attività lavorative.

Una volta iniettato il farmaco sulla parte da operare, viene chiesto alla paziente se sente dolore o no. Solitamente i pazienti rispondono di no, così l'intervento procede fino alla chiusura del campo operatorio, senza interruzioni, né induzione di ulteriori farmaci. In tal caso l'unico elemento che entra in gioco nella definizione delle pratiche lavorative è la maggiore o minore capacità sensibile (relativa al sentire dolore) del paziente. Solitamente, nell'iniettare l'anestetico, il chirurgo anticipa al paziente quali sono le sensazioni che proverà, come nello stralcio che segue.

Il paziente è già posizionato sul tavolo operatorio e tutto in sala è pronto per l'inizio dell'intervento. Il chirurgo, dopo essersi lavato, raggiunge la sala operatoria, saluta gli operatori ed il paziente e, dopo aver indossato il camice con l'aiuto dell'OSS si avvicina al paziente dicendogli: "*Sentirà due punturine per l'anestesia locale*". Una volta iniettato l'anestetico, l'intervento procede senza che il paziente avverta alcun dolore.

In questo caso, il chirurgo spiega al paziente cosa “sentirà” e dunque gli anticipa quelle che saranno le sensazioni corporee derivanti dalla propria azione. Può tuttavia accadere che l’anestesia locale indotta non impedisca al paziente di sentire dolore. In tal caso, le dinamiche comunicative che istruiscono subiscono uno stravolgimento: non sono più gli operatori a spiegare al paziente cosa sentirà, ma sarà piuttosto quest’ultimo ad indirizzare gli operatori verso la messa in atto di una specifica pratica medica, ovvero la somministrazione di un’ulteriore dose di anestetico.

Alle 11.20 l'OSS Dario trasporta il paziente in presala. Si tratta di un intervento di emergenza su un paziente che ha subito la recisione dell’arteria femorale. In sala entrano la dottoressa Biondi (anestesista) e l’infermiere di anestesia Fabrizio. Quest’ultimo accende il ventilatore e prepara i farmaci, mentre l’anestesista raggiunge il paziente in presala e gli fa firmare il consenso per l’anestesia, poi rientra in sala e dice a Fabrizio: *“Dobbiamo fare la locale perché è fortemente asmatico”*. Dopo qualche minuto due chirurghi entrano in sala operatoria e, dopo aver raggiunto il tavolo operatorio, disinfettano la parte da operare, posizionano i teli sul corpo e iniettano l’anestesia. L’intervento ha così inizio, ma dopo appena qualche minuto l’uomo inizia a lamentarsi, così l’anestesista inietta dell’altro anestetico nella flebo. Alle 12.00 il paziente riprende nuovamente a lamentarsi per il dolore e, poiché la dottoressa Biondi è andata via dalla sala operatoria, Fabrizio va a cercarla. Subito dopo, l’anestesista rientra in sala e inietta dell’altro anestetico nella flebo. L’intervento procede e il paziente non smette di lamentare dolore, fino alla chiusura del campo operatorio.

Il corpo del paziente è sì immobilizzato sul tavolo operatorio, ma in grado di sentire dolore. Una prima riflessione riguarda ancora una volta il fatto che, finché il paziente non manifesta di provare dolore, il corpo sul quale gli operatori lavorano rimane limitato al campo operatorio; solamente quando l’esternazione del dolore ha luogo, si interviene su tutto il corpo. Finché, infatti, il paziente non lamenta dolore, gli operatori ad intervenire sul corpo del paziente sono solamente i chirurghi e la strumentista; l’anestesista e l’infermiera di anestesia, invece,

intervengono solo nel momento in cui il corpo del paziente si rende “presente” sotto forma di manifestazione del dolore.

Gli estratti presentati in questo paragrafo hanno riguardato un tipo particolare di dinamiche comunicative istituzionali, vale a dire quelle che hanno per oggetto le istruzioni agli operatori o ai pazienti circa il da farsi. Risulta evidente come tali istruzioni influiscono sulla sicurezza quale pratica situata definendo i tempi e i modi d'intervento di ciascuna fase del processo operatorio, dalla preparazione del paziente al trasporto di quest'ultimo in reparto al termine dell'intervento.

Nel paragrafo che segue verrà mostrato come molto spesso anche le dinamiche comunicative ordinarie possono contribuire alla costruzione ed alla configurazione di pratiche lavorative più o meno sicure all'interno del blocco operatorio.

6.3. Il volto ordinario: quando parlare fa il clima

In sala operatoria molto spesso hanno luogo comunicazioni di tipo ordinario tra i membri dell'equipe, o tra operatori della sala e operatori esterni ad essa. Le dinamiche comunicative ordinarie, al contrario di quelle istituzionali, non hanno per oggetto il processo operatorio o la pratica medica, bensì un insieme piuttosto variegato di argomenti e situazioni che nulla (o quasi) hanno a che fare con quanto accade all'interno della sala operatoria. Questa specifica dinamica comunicativa accompagna la pratica medica in sala operatoria e può influire sulla sicurezza di pazienti ed operatori, al pari delle comunicazioni di tipo istituzionale (Lingard et al., 2004).

L'esempio più comune di comunicazioni ordinarie riguarda i commenti che operatori e operatrici fanno circa i corpi dei pazienti. La messa in atto di queste dinamiche comunicative da parte dei componenti dell'equipe può comportare un calo di attenzione di operatori ed operatrici circa l'attività chirurgica.

In sala entra l'OSS Silvia (che oggi lavora nella sala accanto) che si avvicina all'OSS Gabriele dicendogli che la paziente che sta per essere operata in Chirurgia A ha come cognome il nome di una nota automobile di lusso, ma l'aspetto di una Cinquecento e lo invita ad andare a vederla. Gabriele segue Silvia in Chirurgia A e dopo qualche minuto torna in sala. Mi dice che più che una Cinquecento, la paziente ha l'aspetto di una Station Wagon.

La dinamica comunicativa tra i due OSS in sala non proprio delicata nei confronti della paziente dà vita ad un allontanamento dalla sala in cui stanno lavorando l'OSS Silvia e l'OSS Gabriele. Questi allontanamenti fanno sì che, in maniera inevitabile, le pratiche lavorative dei due operatori vengano interrotte per alcuni minuti, per poi essere riprese una volta rientrati nella propria sala operatoria. Gli spazi interessati dalla comunicazione ordinaria sono dunque molteplici e ancora una volta non circoscritti alla sala operatoria. Tali dinamiche comunicative, però, come nell'estratto proposto, consentono anche di creare un clima di condivisione e di ilarità che può a sua volta contribuire ad una maggiore rilassatezza degli operatori nel corso dell'intervento e quindi ad un clima più positivo. Dinamiche comunicative che hanno per oggetto battute circa pazienti e colleghi sono all'ordine del giorno all'interno della sala operatoria.

Frequentemente accade anche che le conversazioni tra operatori dell'equipe e operatori esterni riguardino argomenti legati alla quotidianità degli stessi membri del team (ad esempio, i voti che i figli prendono a scuola, o la difficoltà a parcheggiare nei pressi dell'ospedale). Nel corso dell'osservazione mi è anche capitato di assistere a conversazioni tra operatori dell'equipe e operatori esterni piuttosto curiose, ad esempio quelle finalizzate a chiedere un favore o le preferenze circa i giorni di ferie.

L'intervento è in corso quando sulla porta della sala operatoria arriva l'anestesista Anna, col camice bianco, senza mascherina, né cuffia, e chiede alla collega Francesca quando preferisce prendere le ferie. Francesca si alza dallo sgabello posto alla testa del letto operatorio, raggiunge la

porta e parla con la dottoressa concordando i giorni di ferie.

Gli estratti fin qui illustrati riguardano le dinamiche comunicative tra un operatore dell'equipe e un operatore esterno ad essa, ma le comunicazioni ordinarie più frequenti si svolgono tra operatori appartenenti alla stessa equipe chirurgica e possono riguardare, anche in questo caso, i più svariati argomenti.

Non di rado, tali dinamiche comunicative tra operatori della medesima equipe, hanno per oggetto allusioni sessuali. Nel corso della prima settimana di osservazione, l'infermiera di anestesia Ornella cui facevo da ombra, prima di entrare in sala operatoria mi disse: *“Ci saranno continue battute sul sesso. È così un po' in tutte le sale, ma qui in modo particolare”*.

In un blocco operatorio, così come in qualunque contesto organizzativo, “si fa genere” (Gherardi, 1995) e in particolare, si fa genere attraverso soprattutto i processi comunicativi verbali e gestuali. La mia presenza in sala in qualità di ricercatrice non ha spinto gli operatori ad evitare le battute allusive al sesso, o discorsi orientati a screditare e offendere il genere femminile, discorsi che in varie situazioni mi hanno vista coinvolta in prima persona, come nell'estratto che segue.

In sala operatoria il chirurgo Dottor Maschio si accorge della mia presenza, mi domanda alcune informazioni personali (chi sono, la mia città d'origine) e mi pone una serie di interrogativi circa la ricerca (chi l'ha commissionata e qual è l'oggetto). Dopo aver risposto a tutte le domande, il Dottor Maschio dice: *“Cos'ha trovato? Ha scritto che siamo dei maniaci sessuali? Ma è tutta colpa di Federica [la strumentista presente in sala], sa?”*. [Intanto in sala sorridono tutti]. Il dottor Maschio prosegue dandomi alcuni suggerimenti: *“Comunque, mi creda, dovrebbe fare degli studi sui maniaci sessuali per capirci qualcosa di più. Non scriva! Non scriva!”*. Dopo qualche minuto la strumentista Federica si allontana dal tavolo operatorio per prendere un contenitore da uno scaffale e il chirurgo ne approfitta per riprendere con le battute allusive.

Dottor Maschio: *“Federica, la luce! Dov'è che è andata?”*

Federica poggia il contenitore sul tavolo, sale sulla pedana e sposta la lampada. Il Dottor Maschio: *“La fa nel vasetto? Sarei curioso di vederla ...”*.

Una prima riflessione è d'obbligo: il dottor Maschio, direzionando il discorso sul sesso e "coinvolgendomi" nella dinamica comunicativa ha inteso attivare una strategia relazionale finalizzata a manifestare il dominio maschile da lui detenuto in sala. Quanto comunicazioni di questo tipo siano ordinarie è risultato chiaro conversando con alcune operatrici nel corso degli interventi chirurgici e soprattutto nel corso delle pause-caffè. Espressioni come "*Ormai mi sono abituata*" o "*È normale*" hanno spesso accompagnato le riflessioni di alcune delle operatrici circa questo stato di cose.

Se ci si domanda in che modo questo tipo di dinamiche comunicative influisca sulla sicurezza del processo operatorio, è possibile rispondere affermando ancora una volta come un tipo di dinamica comunicativa può generare stress, nervosismo o disattenzione in sala, oppure, al contrario, può comportare più rilassatezza e armonia di gruppo. Allusioni sessuali e battute imbarazzanti o screditanti contribuiscono chiaramente alla creazione di un clima piuttosto teso in sala, dove l'armonia lascia il posto a tensioni ed eventualmente a screzi.

Solitamente le dinamiche comunicative di tipo ordinario che si muovono all'interno del mondo stereotipato sesso-genere vedono come protagonisti operatori uomini (chirurghi ed anestesisti), i quali interagiscono con operatrici (solitamente strumentiste ed infermiere di anestesia) dando vita a dinamiche comunicative che si fondano sull'immaginario eterosessuale. In quest'ottica appare evidente come il genere rappresenti un elemento importante tanto nella produzione e riproduzione della vita organizzativa (Gherardi, 1998), quanto della sicurezza.

Conclusioni

Questo capitolo ha avuto come obiettivo quello di illustrare il modo in cui le dinamiche comunicative contribuiscono alla costruzione ed alla stabilizzazione della sicurezza all'interno delle sale operatorie. In particolare, è stato illustrato come le dinamiche comunicative si configurino quale fattore umano più

importante nell'allineamento o dis-allineamento delle pratiche mediche che hanno luogo in questo complesso contesto organizzativo.

Ho scelto di suddividere il materiale raccolto nel corso delle osservazioni, delle interviste e delle conversazioni informali in tre macro aree, ciascuna delle quali facente capo ad uno specifico aspetto delle dinamiche comunicative:

1. le dinamiche comunicative che scandiscono (e a loro volta sono scanditi da) il processo operatorio e quindi spazi e tempi delle pratiche mediche;

2. quella parte delle dinamiche comunicative istituzionali che istruisce, vale a dire che permette agli operatori di conoscere cosa fare e come lavorare;

3. le dinamiche comunicative ordinarie che non hanno per oggetto la pratica medica o le dinamiche organizzative.

Per ciascuno di questi volti delle dinamiche comunicative ho elaborato riflessioni finalizzate ad evidenziare il modo in cui questo fattore umano fondamentale per il lavoro in sala operatoria, rappresenti un elemento indispensabile per performare la sicurezza operatoria. Analizzare ad esempio le dinamiche comunicative istituzionali che permettono la definizione temporale e spaziale delle attività, ha significato porre l'accento sui seguenti aspetti: le dinamiche comunicative di questo tipo tra operatori, nonché quelle tra operatori e pazienti permettono di definire i tempi delle fasi operatorie, ma anche gli spazi in cui le pratiche mediche della sala operatoria si performano. Scandendo spazi e tempi d'intervento, questa dinamica comunicativa si lega strettamente e inevitabilmente anche agli oggetti tecnici, nonché a competenze esperte e conoscenze sensibili. D'altro canto, guardando alla comunicazione da un'altra prospettiva, è stato illustrato come spesso sia la scansione temporale e spaziale a costruire le dinamiche comunicative in maniera più o meno allineata al processo operatorio nel suo insieme o alle diverse pratiche mediche. Ad esempio, nell'analizzare le dinamiche comunicative che intercorrono tra strumentista e chirurgo quando quest'ultimo reclama affinché la strumentista lavori più rapidamente, è emerso come comunicazioni e pratiche mediche si co-costruiscano reciprocamente: da un lato è il ritardo della strumentista a dar vita alla

comunicazione col chirurgo; dall'altro è la comunicazione tra questi due operatori a scandire con più rapidità le ulteriori fasi dell'intervento.

Per ciò che attiene l'aspetto delle dinamiche comunicative che consente di istruire (o venire istruiti), ciò che ho inteso evidenziare è il modo in cui questo "parte istruttiva" della comunicazione in sala è strettamente agganciata tanto ai processi di apprendimento, quanto all'utilizzo di oggetti ed artefatti tecnologici. Dal modo in cui questi elementi si agganciano reciprocamente, dipende la costruzione di pratiche mediche più o meno stabili e sicure. Ad esempio, se si analizza la fase del processo operatorio in cui gli operatori ad inizio turno danno il cambio agli operatori a fine turno, oppure se si analizza un momento del processo operatorio in cui uno strumentista neo assunto riceve dalla collega più anziana indicazioni sul tipo di strumenti da usare e sul tipo di attività da compiere, si comprende quanto le dinamiche comunicative non possano essere analizzate in maniera disgiunta dalle altre dinamiche organizzative.

Infine, l'analisi delle dinamiche comunicative ordinarie, ha permesso di focalizzare l'attenzione soprattutto sul modo in cui queste dinamiche siano tutt'altro che neutrali nella definizione e stabilizzazione del clima in sala operatoria. Si pensi ad esempio all'influenza che può avere uno scambio di battute allusive al sesso sulla pratica medica in sala operatoria. Anche questo lato della comunicazione organizzativa si lega inevitabilmente agli spazi organizzativi, in quanto molto spesso, così come evidenziato, questo tipo di comunicazioni ha luogo tra operatori appartenenti a sale operatorie differenti e quindi quando un operatore lascia la sala operatoria in cui sta lavorando per raggiungere un collega o un equipe.

Le dinamiche comunicative, dunque, sembrano agganciarsi, o piuttosto venire a loro volta agganciate e fissate ad altre dinamiche e processi organizzativi, contribuendo a performare la sicurezza operatoria.

SEZIONE SECONDA

L'Ospedale Francesca Serio e le equipe allargate

In questa seconda sezione verranno delineati gli aspetti relativi al lavoro sul campo svolto all'interno dell'Ospedale Francesca Serio¹¹. La sezione si articolerà come a seguire:

- nel primo capitolo, verrà illustrato il modo in cui i non umani che abitano le sale operatorie concorrono alla costruzione di pratiche mediche più o meno sicure;

- il secondo capitolo focalizzerà l'attenzione sulla maniera in cui competenze esperte e conoscenze sensibili degli operatori permettono di performare pratiche operatorie sicure;

- nel terzo capitolo, verrà presentata l'analisi relativa alle dinamiche comunicative che si creano e ri-creano all'interno del blocco operatorio, tra operatori e tra operatori e pazienti. In particolare, si analizzerà il modo in cui queste dinamiche partecipano alla realizzazione di performance operatorie più o meno sicure.

A partire da questa anticipazione dei contenuti della sezione, nei capitoli che seguono procederò alla descrizione ed all'analisi di ciascuno degli aspetti delineati. Prima però (così come per la sezione dedicata all'Ospedale Santa Flavia) ritengo opportuno illustrare un intervento tipo. Tale scelta (come per la sezione precedente) vuole delineare gli aspetti salienti che sembrano caratterizzare la pratica medica e che costituiscono le categorie dell'analisi del materiale empirico.

¹¹L'attività di ricerca è stata condotta da giugno 2010 a ottobre 2010.

Un intervento chirurgico ha inizio da un punto di vista organizzativo quando l'infermiere di anestesia prende la lista operatoria dall'ufficio della caposala e raggiunge la sala operatoria. In sala non c'è ancora nessuno e l'infermiere di anestesia controlla il corretto funzionamento dei macchinari per l'anestesia e la presenza di tutti i farmaci necessari. Nel frattempo l'OSS e lo strumentista raggiungono la sala (solitamente insieme), salutano l'infermiere, prendono visione della lista degli interventi e iniziano la preparazione di tutti gli strumenti necessari. È quasi sempre l'infermiere di anestesia a portare la lista operatoria in sala e a leggere il nome del paziente che si sottoporrà all'intervento chirurgico; può però anche accadere che la lista non sia presente nell'ufficio della caposala posto all'esterno del blocco operatorio e in tal caso l'infermiere di anestesia raggiungerà il blocco operatorio e contatterà telefonicamente la caposala per chiedere dove si trovi la lista. Una volta ultimato il controllo di strumenti e farmaci, l'infermiere di anestesia comunica all'OSS ed allo strumentista in sala che tutto è pronto e raggiunge il paziente in reparto per trasportarlo in sala operatoria. Una volta in reparto, l'infermiere di anestesia provvederà a preparare il paziente collocandogli nel braccio una flebo e spiegandogli il tipo di anestesia e di intervento cui verrà sottoposto. In sala, nel frattempo, l'OSS e lo strumentista si vestono, indossano tutti i DPI necessari (eccezion fatta per gli occhiali protettivi) e ultimano la preparazione dei ferri necessari all'intervento. Nel frattempo, in sala entra l'anestesista che controlla se i macchinari funzionano correttamente. Può anche accadere però che l'anestesista arrivi in sala quando il paziente è già sul tavolo operatorio e in tal caso l'unico operatore a verificare il corretto funzionamento dei macchinari sarà l'infermiere di anestesia. Nel caso in cui l'intervento che sta per iniziare è particolarmente delicato, l'anestesista raggiunge il paziente in reparto insieme all'infermiere di anestesia.

I chirurghi raggiungono solitamente la sala operatoria prima che il paziente arrivi, leggono la lista operatoria e vanno in sala relax a bere un caffè, o fuori a fumare una sigaretta (o entrambe le cose); non di rado accade che i chirurghi entrino in sala sprovvisti dei DPI. All'arrivo dei chirurghi in sala segue sempre l'arrivo dei tirocinanti (in numero variabile, ma sempre più di due) provvisti di tutti i DPI, che rimangono in sala in attesa dell'arrivo del paziente anche quando i chirurghi si allontanano per la pausa caffè. La porta della sala operatoria è quasi sempre aperta durante questa fase iniziale, anche perché la presenza di un numero elevato di persone al suo interno fa sì che il sensore che ne permette la chiusura automatica rimanga "bloccato".

Il paziente raggiunge la sala operatoria accompagnato solamente dall'infermiere di anestesia quando è in grado di camminare e quindi di raggiungere il blocco operatorio da solo; in caso contrario, l'OSS addetto al trasporto provvederà a condurre il paziente in sala su una barella.

Una volta raggiunta la sala operatoria, strumentista ed OSS salutano il paziente e lo aiutano a distendersi sul tavolo operatorio. Può accadere a questo punto che l'anestesista sia già in sala, oppure che si sia allontanato per bere un caffè con i chirurghi o con altri colleghi: se è presente in sala, l'anestesista (sprovvisto di mascherina di protezione) spiegherà al paziente l'effetto che deriverà dall'induzione dell'anestesia; se invece non è ancora in sala, sarà l'infermiere di anestesia a farlo.

Quando inizia l'induzione dell'anestesia, i chirurghi sono solitamente già in sala pronti per essere vestiti dall'OSS, ma assai di rado comunicano con il paziente sul tavolo operatorio. Nel momento in cui l'anestesista comincia l'induzione e il paziente inizia ad addormentarsi, l'anestesista (quasi sempre senza mascherina di protezione) avvicina alla bocca del paziente la mascherina dell'ambu, e procede alla ventilazione manuale finché il paziente non si addormenta. L'infermiere di anestesia, intanto, prende dal carrello del ventilatore l'aspiratore ed il laringoscopio necessari per l'intubazione. L'anestesista interrompe la ventilazione manuale e con l'ausilio del laringoscopio intuba il paziente; subito dopo, collega il tubo al ventilatore disposto vicino alla testa del tavolo operatorio. Mentre infermiere di anestesia e anestesista anestetizzano il paziente, la strumentista posiziona il tavolo servitore coi ferri sterili e modifica (quando necessario) la posizione del tavolo operatorio; l'OSS nel frattempo si preoccupa di chiudere la porta e dunque di far spostare i numerosi tirocinanti presenti in sala.

Ultimata l'intubazione, l'infermiere di anestesia siede sullo sgabello posto alla testa del tavolo operatorio, dinanzi al macchinario che monitora i parametri vitali del paziente e compila la cartella anestesiologicala. Capita assai di rado che in questa fase del processo operatorio uno o più operatori siano assenti e quando questo accade è sempre l'OSS a contattarlo per comunicare che l'intervento sta per iniziare. In nessuna delle sale operatorie è presente la radio e per questo solitamente si avverte solamente un leggero brusio dovuto alle chiacchiere sottovoce che si scambiano i tirocinanti in fase di osservazione. Solitamente questo brusio viene interrotto nel momento in cui uno dei due chirurghi inizia la disinfezione del campo operatorio e dà inizio ad una conversazione col collega chirurgo, o continua la conversazione iniziata durante la pausa caffè. I tirocinanti a questo punto rimangono in silenzio per qualche istante e poi riprendono a parlottare

sottovoce tra loro, commentando quanto accade in sala.

Una volta disinfettato il campo operatorio, OSS e strumentista posizionano i teli sterili sul corpo del paziente, mentre l'anestesista e l'infermiere di anestesia verificano che i parametri vitali del paziente siano nella norma (lo sono sempre in questa fase). Prima di procedere all'incisione del campo operatorio, i chirurghi chiedono all'OSS di posizionare correttamente la lampada scialitica; raramente il posizionamento scelto dall'OSS è quello desiderato dai chirurghi e per tale ragione o i chirurghi si alterano e gridano il punto esatto in cui la luce deve essere indirizzata (con parole poco cortesi), oppure lo strumentista interviene suggerendo al collega OSS il modo corretto di dirigere la lampada.

Una volta posizionata la lampada nel modo richiesto, il chirurgo più esperto incide il campo operatorio. Nel frattempo, l'infermiere di anestesia continua la compilazione della cartella anestesologica e controlla che i parametri monitorati dall'apparecchio siano nella norma. L'OSS, invece, rimane in piedi di fronte lo strumentista in attesa che quest'ultimo gli chieda di porgergli dei ferri o degli strumenti, oppure si siede sullo sgabello posto accanto ai piedi del tavolo operatorio, in attesa di richieste. L'anestesista solitamente a questo punto va via dalla sala, non prima di averlo comunicato però all'infermiere di anestesia. Non di rado, al rientro dell'anestesista in sala (che può avvenire dopo due minuti o dopo venti) è l'infermiere di anestesia a fare una pausa. Quando l'intervento in corso è breve, solitamente è solo l'anestesista ad andare via e nel caso in cui si renda necessaria la sospensione dell'induzione dei farmaci prima che l'anestesista sia rientrato in sala, l'infermiere di anestesia lascerà la sala per chiamare il collega e informarlo che l'intervento sta per concludersi. Solitamente i chirurghi non si lamentano, né si preoccupano dell'allontanamento dell'anestesista dalla sala, mentre quasi sempre le lamentele sono palesate dagli infermieri di anestesia, soprattutto se si verificano situazioni a rischio. Può accadere che i parametri vitali del paziente non siano nella norma e che il macchinario che li monitora emetta un segnale di allarme; in tal caso, se l'anestesista è in sala, sarà lui stesso a provvedere; in caso contrario, l'infermiere di anestesia provvederà a cambiare il dosaggio dei farmaci senza attendere il rientro dell'anestesista e senza contattarlo per richiedere assistenza.

Solitamente durante un intervento chirurgico accade che operatori di altre equipe raggiungano la sala e, sempre sprovvisti delle mascherine di protezione, intrattengano una conversazione con gli operatori (quasi sempre con chirurghi ed anestesisti). A questo punto, in sala il numero di operatori tra tirocinanti, membri dell'equipe e membri esterni

ad essa, può arrivare fino a quindici.

Può anche accadere che un operatore esterno all'equipe entri in sala per domandare all'infermiere di anestesia se ha voglia di fumare una sigaretta. Se l'anestesista è presente in sala, quasi sempre l'infermiere di anestesia esce per fumare; se invece l'anestesista non è in sala, o si attende il suo rientro, oppure si rimanda ad un altro momento la pausa sigaretta. L'infermiere di anestesia, per fumare la sigaretta deve attraversare il corridoio del blocco operatorio, aprire la porta tagliafuoco (solitamente socchiusa o con la chiusura bloccata da un pezzo di carta o di legno) e percorrere una rampa di scale che conduce ad un pianerottolo munito di ringhiera; una volta finito di fumare, l'infermiere di anestesia rientra in sala senza mai né cambiare le scarpe, né lavare le mani.

Per ciò che riguarda il numero di operatori presenti in sala, nessuno sembra mai preoccuparsene, se non quando la porta della sala rimane aperta e allora i chirurghi fanno delle battute ed invitano i tirocinanti ad allontanarsi dal sensore, in modo da permettere la chiusura della porta. Può anche accadere che nel corso dell'intervento faccia il suo ingresso in sala la caposala, la quale domanda informazioni ai chirurghi circa gli interventi che dovranno svolgersi dopo quello in corso.

A proposito delle interazioni verbali tra operatori, è possibile sottolineare come quelle direttamente legate al lavoro che si sta svolgendo in sala riguardano solitamente alcuni aspetti o momenti specifici del processo operatorio:

- tra i chirurghi, quando il più esperto domanda al collega di aspirare o di tenere aperto il campo operatorio;
- tra lo strumentista e il chirurgo esperto, quando quest'ultimo domanda allo strumentista di porgergli uno strumento;
- tra lo strumentista e l'OSS, quando lo strumentista chiede all'OSS di prendere degli strumenti o di contare le garze utilizzate e non;
- tra l'infermiere di anestesia e l'anestesista, quando si scambiano pareri circa le condizioni del paziente e circa l'eventualità di somministrare una dose di anestetico diversa da quella prevista o già somministrata;
- tra uno dei due chirurghi e l'OSS, quando il posizionamento della lampada scialitica non è consono alle necessità dei chirurghi.

Solitamente le tensioni comunicative che si creano nel corso di queste interazioni riguardano chirurghi e OSS o chirurghi e strumentisti: nel primo caso si tratta solitamente di lamentele relative alla direzione errata della luce sul corpo del paziente; nel secondo,

invece, si tratta di lamentele dei chirurghi nei confronti degli strumentisti per via della non prontezza di questi ultimi nel porgere i ferri necessari ai chirurghi.

Non è invece quasi mai caratterizzata da tensioni comunicative la situazione in cui il paziente si muove nel corso dell'intervento (situazione questa che si verifica con una certa regolarità): se l'anestesista non è presente in sala e uno degli operatori (solitamente il chirurgo o il strumentista) se ne accorge, è l'infermiere di anestesia a provvedere all'induzione di un'ulteriore dose di anestetico e a comunicarlo all'anestesista quando questo rientra in sala; se invece l'anestesista è presente in sala, sarà lui o lei stessa ad occuparsi della somministrazione del farmaco.

Una volta conclusasi la parte centrale dell'intervento, il chirurgo "esperto" va via dalla sala, mentre l'altro si occupa di chiudere il campo operatorio. Contemporaneamente, lo strumentista chiede all'OSS di contare le garze. Se il conteggio è corretto, l'OSS getta le garze e il chirurgo procede a chiudere il campo operatorio; se invece il conteggio non è corretto, si contano un'altra volta le garze e, se i conti ancora non tornano, il chirurgo rimasto in sala chiede a tutti gli operatori presenti ed ai tirocinanti di cercare la garza. Nel caso in cui la ricerca non produca il risultato sperato, il chirurgo in sala chiede all'OSS di comunicare la cosa al chirurgo appena andato via e nel frattempo, il chirurgo rimasto in sala provvederà o a cercare la garza nel corpo del paziente, oppure (nel caso in cui il campo operatorio sia già stato chiuso), a richiedere una lastra per verificarne l'eventuale presenza all'interno del campo operatorio.

Se a questo punto l'anestesista non è ancora rientrato in sala, l'infermiere di anestesia va a cercarlo in corridoio, o fuori, sul balconcino adibito a zona fumatori. Subito dopo, infermiere di anestesia e strumentista tolgono i teli sterili dal corpo del paziente e l'anestesista interrompe l'induzione. Il chirurgo rimasto in sala, una volta chiuso il campo operatorio, compila la cartella relativa al trattamento post-operatorio e va via dalla sala.

L'OSS getta le garze utilizzate in un sacco nero e verifica che sul carrello dove sono riposti i ferri sporchi non siano presenti taglienti, poi chiude i sacchi con le immondizie e li porta in una stanza in fondo al corridoio del blocco operatorio. Mentre l'anestesista sospende l'induzione e il paziente inizia a risvegliarsi, lo strumentista toglie i teli dal corpo del paziente, pulisce il campo operatorio, medica la ferita e posiziona un cerotto sulla parte operata.

Il paziente a questo punto inizia a muoversi e l'anestesista procede all'estubazione, mentre l'infermiere di anestesia prende l'aspiratore dal carrello del ventilatore. Dopo qualche minuto, terminata l'estubazione, l'anestesista e/o l'infermiere

di anestesia parlano al paziente, rassicurandolo e dicendogli che è andato tutto bene. Dopo qualche minuto di monitoraggio in sala, l'anestesista comunica all'OSS che il paziente può essere trasferito in reparto. L'OSS, se il paziente è già in grado di muoversi, lo aiuta (assieme all'infermiere di anestesia) a spostarsi dal letto alla barella; in caso contrario, OSS e infermiere di anestesia chiedono allo strumentista e, se necessario, anche all'anestesista, di aiutare a spostare il paziente dal letto alla barella. Posizionato il paziente sulla barella, l'OSS lo trasporta in reparto (talvolta aiutato dall'infermiere di anestesia).

A questo punto o lo strumentista e l'OSS ultimano la pulizia della sala affinché possa avere inizio un nuovo intervento o piuttosto concludersi la seduta operatoria, mentre tutti gli altri operatori (tirocinanti inclusi) vanno a fare una pausa o lasciano il blocco operatorio.

Attraverso la descrizione della routine operatoria all'interno dell'Ospedale Francesca Serio ho voluto fornire una mappatura delle attività che hanno luogo in sala nel corso dell'attività chirurgica. La routine operatoria, lungi dall'essere scandita da norme e protocolli, sembra realizzarsi a partire dall'intreccio di dinamiche e pratiche differenti, che fanno capo a: l'utilizzo ed al funzionamento degli attori non umani che abitano la sala operatoria; le competenze esperte e le conoscenze sensibili proprie di ciascun professionista che performa la propria attività in sala; le dinamiche comunicative che hanno luogo nel corso delle attività operatorie. In particolare, è possibile affermare come la sicurezza si configuri quale pratica situata che viene performata a partire dalla stabilizzazione di ciascuna delle dinamiche appena enumerate. Più nel dettaglio, è possibile fare riferimento a ciascuna di queste tre dinamiche organizzative:

. il ruolo che artefatti tecnologici ed oggetti tecnici rivestono nella realizzazione di pratiche mediche più o meno sicure in sala operatoria emerge osservando la maniera in cui gli attori non umani supportano e vengono a loro volta supportati dagli operatori. L'utilizzo ed il funzionamento di dispositivi, macchinari ed artefatti nel corso delle attività operatorie si aggancia e si allinea

alle performance dell'equipe chirurgica ed alle dinamiche organizzative che vengono performati nel corso delle attività quotidiane;

- l'importanza che competenze esperte e conoscenze sensibili ricoprono nel performare pratiche operatorie sicure emerge guardando al ruolo che di primo piano dell'interprofessionalità nella realizzazione delle attività in sala. Equipe composte da professionisti di discipline diverse si trovano a dover gestire e condividere spazi, tempi, visioni professionali, nonché expertise differenti. Dalla maniera in cui competenze esperte e conoscenze sensibili multiple si allineano tra loro e si agganciano alle pratiche in sala, dipenderà una sicurezza operatoria differente;

- le dinamiche comunicative che hanno luogo in sala tra operatori e tra operatori e pazienti contribuiscono alla costruzione ed alla stabilizzazione della sicurezza nella misura in cui accompagnano le attività in sala scandendone tempi, spazi e modalità, a seconda del modo in cui istruiscono gli attori organizzativi coinvolti circa le attività da compiere e in base al ruolo che ricoprono nel creare un clima positivo durante le performance operatorie.

Illustrata così la routine operatoria all'interno dell'Ospedale Francesca Serio, condurrò il lettore all'interno delle sale operatorie della struttura attraverso la descrizione e l'analisi degli estratti etnografici. Ciascuno dei capitoli che segue analizza nello specifico il ruolo che ciascuna delle dinamiche organizzative appena esposte riveste nel processo di costruzione della sicurezza operatoria quale pratica situata.

CAPITOLO 7

Sicurezza operatoria e non umani in pratica

Introduzione

In questo capitolo verrà illustrata l'analisi degli aspetti della pratica medica in sala operatoria che riguardano gli attori non umani che prendono parte all'attività lavorativa. Le sale operatorie rappresentano degli ambienti organizzativi ad elevata densità tecnologica (Bruni, 2005; 2010; 2011), in cui la materialità supporta e costruisce la pratica medica. Le singole attività e fasi operatorie che hanno luogo all'interno delle strutture ospedaliere sono infatti tutte mediate dall'utilizzo di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici. Data la varietà di non umani presenti in sala operatoria, scelgo di analizzare questo complesso e vasto insieme suddividendolo nelle due medesime categorie utilizzate nella Sezione Prima (v. cap. 4):

- oggetti operatori: strumenti e oggetti tecnici che consentono agli operatori di svolgere il proprio ruolo (ferri, farmaci, lampade);
- oggetti protettivi: strumenti e oggetti la cui esistenza è finalizzata esclusivamente a garantire una maggiore sicurezza agli attori organizzativi, siano essi operatori o pazienti (DPI quali cuffia, mascherina, occhiali protettivi, guanti).

Presenterò l'analisi dei dati relativa a questo aspetto della pratica operatoria illustrando in un primo momento le situazioni che vedono come protagonisti gli "oggetti operatori", i non umani senza i quali la pratica medica non potrebbe avere luogo.

7.1. La sicurezza operatoria: gli “oggetti operatori” e gli oggetti di uso comune al lavoro

In questo paragrafo verrà evidenziato come artefatti tecnologici ed oggetti tecnici indispensabili per le attività chirurgiche contribuiscono a performare una maggiore o minore sicurezza.

Nell’estratto a seguire l’analisi ruota intorno all’utilizzo di un artefatto tecnologico nel corso di una delle fasi iniziali del processo operatorio. L’artefatto in questione è il ventilatore meccanico al quale i pazienti vengono collegati subito dopo l’intubazione. Questo ventilatore è collegato al monitor sul quale vengono visualizzati i parametri vitali del paziente e di solito viene costantemente controllato dall’infermiere di anestesia. Nell’estratto che propongo viene illustrata una situazione in cui il ventilatore non funziona correttamente.

L’infermiera di anestesia dice all’anestesista: “*C’è qualcosa che non va*”, mentre il ventilatore meccanico emette un *beep*. L’anestesista risponde dicendo: “*Non preoccuparti, è solo che i circuiti non funzionano con i flussi bassi*”. Infermiera di anestesia: “*Come posso non preoccuparmi visto che i flussi con un bimbo di un anno e mezzo devono essere bassi?*”. L’anestesista: “*Ci penso io, non preoccuparti*”. L’infermiera di anestesia si allontana e attende che il collega risolva la situazione: l’anestesista modifica alcune impostazioni, ma il ventilatore meccanico continua ad emettere il suono di allarme. Il chirurgo, ad un certo punto, interrompe la chirurgia e dice all’anestesista: “*Vabbè, io così non lavoro però. Si sveglia!* (si riferisce al paziente)”. Solamente dopo le parole del chirurgo, l’anestesista decide di interrompere la ventilazione meccanica e di iniziare quella manuale. Nessuno in sala parla.

Nel corso di una induzione di anestesia generale “ordinaria” accade che:

- il paziente viene collegato al ventilatore meccanico;
- l'unico compito che infermiere di anestesia ed anestesista svolgono è quello di controllare che i parametri vitali siano nella norma;
- quando si crea una situazione di allerta (che solitamente consiste nel movimento o nel risveglio del paziente mentre l'intervento è ancora in corso) è possibile risolverla infondendo una ulteriore dose di anestetico.

Gli attori organizzativi presenti in sala sono strettamente legati ad un insieme di pratiche, dispositivi e corpi (in cura e non), che ne definiscono a loro volta le pratiche e le performance (Hirschauer, 1991; Mol, 2002; Thacker, 1999; Waldby, 1999, 2000). Nell'estratto etnografico presentato emerge che per via di una specifica caratteristica del ventilatore meccanico, vengono poste in essere una serie di pratiche che rompono la routine operatoria e che finiscono per dar vita a nuovi flussi di azioni e nuove configurazioni delle attività in sala.

Due sono gli elementi sui quali occorre porre l'accento:

- quando uno strumento non funziona correttamente, esistono delle strategie che gli operatori possono mettere in atto affinché la pratica medica venga portata a termine senza pericoli ulteriori (o riducendone la possibilità);
- è possibile che la strategia riparatrice posta in essere dall'equipe preveda l'utilizzo di uno strumento sostitutivo (equivalente in termini funzionali).

Questi due elementi hanno importanti conseguenze in termini di pratica medica e di sicurezza operatoria: in merito al primo aspetto, è possibile sottolineare come l'anestesista ha messo in atto una pratica medica differente da quella che svolge solitamente (la ventilazione manuale è infatti prevista solo in caso di anestesia locale) e soprattutto ha interrotto il flusso di azioni che stava svolgendo per crearne uno nuovo; in termini di sicurezza organizzativa l'estratto permette di riflettere sul modo in cui una stessa attività operatoria possa essere realizzata in maniera sicura attraverso il supporto di uno strumento differente rispetto a quello previsto dalla routine operatoria. Quando si utilizza il ventilatore meccanico, in particolare, l'anestesista (o l'infermiere di anestesia) si preoccupa di controllare e supervisionare il corretto funzionamento del macchinario; quando

invece si realizza la ventilazione manuale, l'anestesista deve materialmente agire (e non solo controllare che tutto funzioni correttamente) gonfiando e sgonfiando l'ambu ritmicamente, secondo i parametri richiesti. In entrambi i casi, lo strumento non funzionerebbe senza un corretto utilizzo da parte dell'operatore, ma nel caso della ventilazione manuale, è l'operatore che lo tiene in funzione. L'attore non umano (il ventilatore), dunque, non viene semplicemente supportato dagli attori umani in sala (nel caso specifico l'anestesista che dovrebbe controllarne il funzionamento), ma piuttosto viene sostituito da una pratica medica alternativa che coinvolge un oggetto operatorio differente.

Se è vero dunque che gli oggetti tecnici e gli artefatti tecnologici svolgono un ruolo di primo piano nel performare pratiche mediche competenti, è altrettanto vero che i non umani non agiscono da soli: riprendendo ancora una volta il pensiero di Mol e Law (2004), emerge come a seconda del modo in cui le pratiche vengono messe in atto, umani e non umani possono essere adattabili gli uni agli altri. Nel caso specifico, l'adattabilità in questione riguarda sia l'interazione tra ventilatore meccanico e paziente sia l'interazione tra anestesista e ambu.

Nell'estratto che segue verrà illustrata una situazione differente: un oggetto tecnico indispensabile alla corretta conclusione di un intervento chirurgico non è presente in sala al momento necessario.

L'intervento sta per concludersi: il dottor Festi chiude il campo operatorio mentre il dottor Bianchi va via dalla sala. La paziente viene estubata dalla dottoressa Giorno. Tutto procede e, una volta risvegliatasi completamente, la paziente può essere spostata sulla barella. L'OSS Fabio va via dalla sala e rientra dopo qualche minuto comunicando che non riesce a trovare una barella libera. Solitamente le barelle, dopo il trasporto dei pazienti in sala, vengono posizionate lungo il corridoio. La paziente intanto è sveglia. L'infermiera di anestesia Rachele suggerisce a Fabio di controllare al piano di sopra, ma Fabio afferma di esserci appena stato e di non averne trovate. Bisognerà attendere che un paziente venga trasportato nella sala accanto (dove tutto è già pronto per l'inizio dell'intervento) per prendere la barella necessaria. Nel frattempo l'anestesista va a prendere un caffè e l'infermiera di anestesia Rachele va in reparto a

preparare il paziente che sta per essere operato. Uscendo dalla sala, Rachele dice alla strumentista Angela (l'unica operatrice ancora presente in sala operatoria): “*Altrimenti non ci arriviamo più*” [si riferisce alla possibilità che ritardando ulteriormente l'inizio del prossimo intervento, gli operatori saranno costretti a prolungare la seduta operatoria oltre la fine del turno]. Dopo dieci minuti l'OSS entra in sala munito di barella.

I tempi e gli spazi dell'organizzazione vengono definiti e ridefiniti in funzione anche degli attori non umani che abitano le sale operatorie e più in generale i blocchi operatori. Il fatto che la barella non fosse disponibile subito dopo l'intervento ha fatto sì che gli spazi dell'organizzazione attraversati da questa attività medica e da questo intervento chirurgico venissero ampliati e varcassero la soglia della sala operatoria. Per di più, dal momento che la prima barella disponibile sarebbe stata quella utilizzata prima dell'inizio di un intervento nella sala vicina, si è dovuto attendere il trasporto del paziente dal reparto alla sala accanto, prima di riportare la donna operata in reparto. Anche i tempi dunque si dilatano a seconda del modo in cui gli oggetti si muovono all'interno del blocco operatorio. Le pratiche mediche subiscono delle variazioni agganciandosi anche alla presenza/assenza degli oggetti operatori; allo stesso modo, la sicurezza operatoria quale pratica situata sembra strettamente interconnessa alle modalità con cui gli attori non umani vengono utilizzati all'interno del blocco operatorio.

Esiste poi all'interno di ciascuna sala operatoria un oggetto sempre presente: il tavolo operatorio. Anche questo oggetto, permette una maggiore o minore sicurezza a seconda del modo in cui si allinea alle pratiche mediche che hanno luogo in sala, nonché agli attori che la popolano.

Il paziente è sul tavolo operatorio ed è appena stato intubato. Le gambe del paziente vengono posizionate con le ginocchia piegate e il chirurgo chiede all'OSS di togliere la parte del tavolo posta ai piedi dello stesso. L'OSS provvede a fare quanto richiesto dal chirurgo, ma l'operato non va a buon fine: il pezzo che doveva essere rimosso si è

staccato, e con esso anche il pezzo accanto. Due parti piuttosto pesanti del tavolo operatorio sono cadute per terra e il paziente si trova pertanto in una posizione tutt'altro che naturale. Infermiera di anestesia, anestesista e strumentista provvedono a sorreggere la metà del corpo (quella inferiore) del paziente rimasta senza appoggio, mentre il chirurgo (in sala è presente solamente il dottor Ottone), grida contro l'OSS: *“Ma insomma! Lo sai fare o no? Sbrigati! Ma guarda che casino ...”*. L'OSS è visibilmente in difficoltà e così due tirocinanti un po' intimorite gli vanno in aiuto. Dopo un paio di minuti e parecchie imprecazioni del chirurgo, la situazione torna sotto controllo e il corpo del paziente ritorna ad essere completamente disteso. Durante l'intervento il dottor Ottone, rivolgendosi all'OSS chiede: *“Ma l'avevi mai smontato un tavolo?”* e l'OSS timidamente risponde: *“Veramente sì, è il tavolo che non va bene. Mi sembra vecchio”*. Il dottor Ottone non risponde.

Il tavolo operatorio rappresenta forse l'elemento più statico della sala operatoria, qualcosa che rimane all'interno della sala immobile (o quasi) e intorno al quale si dipanano pratiche, corpi ed altri oggetti in movimento. Ma il tavolo operatorio è anche un oggetto che va costruito e che va “creato” su misura a seconda del paziente e della tipologia di intervento, nonché (come vedremo nel paragrafo successivo) a seconda delle competenze e delle capacità dei membri dell'equipe chirurgica. La staticità che solo apparentemente sembra caratterizzare il tavolo operatorio è in realtà l'esito della ri-definizione delle interazioni che si instaurano tra l'oggetto stesso e gli attori organizzativi che con questo oggetto lavorano. A seconda del modo in cui gli attori organizzativi (siano essi operatori o pazienti) utilizzano questo o altri oggetti operatori, i non umani in questione saranno plasmati e ri-definiti. Nel caso specifico, non è chiaro cosa abbia causato il distacco di un pezzo del tavolo operatorio (se l'inesperienza dell'OSS o piuttosto la fattura del tavolo stesso), ma ciò che interessa è notare come anche in questa situazione siano stati gli operatori (al fine di sorreggere il corpo del paziente) a diventare quasi una protesi del tavolo. Uno strumento che doveva fungere da supporto alla pratica medica, quindi, diviene così uno strumento che richiede il supporto degli attori. Ci si potrebbe riferire nuovamente al concetto di

surgical body-world (Moreira, 2004), vale a dire l'insieme di relazioni, competenze e tensioni che compongono il mondo in cui il chirurgo si trova immerso. Nell'estratto da me presentato ciò che emerge è che non il corpo del chirurgo, ma in generale i corpi di tutti gli operatori sono mediati sì dallo spazio della sala operatoria, ma più nello specifico dagli elementi non umani che la popolano. Non a caso, quando in sala un oggetto viene smarrito, tutti gli operatori presenti (tirocinanti inclusi) si trovano coinvolti in una stessa pratica: la ricerca dell'oggetto.

Alle 14.10 l'ultimo intervento previsto per la seduta operatoria viene concluso e il chirurgo dottor Ricci va via dalla sala, mentre il collega dottor Steri chiude il campo operatorio. Lo strumentista Pietro controlla insieme all'OSS Federica che il conteggio delle garze sia corretto. Pietro: "*Sei*" [si riferisce al numero di garze non utilizzate presenti sul tavolo servitore]. Federica, con aria perplessa risponde: "*Tredici*" [si riferisce al numero di garze utilizzate]. Poiché ciascuna confezione di garze ne contiene dieci, il conteggio non può essere corretto, così sia Pietro che Federica contano una seconda volta. Pietro: "*Sei, sicuramente sei*". Federica: "*No, o sono io cieca, o sono tredici*". Il dottor Steri, nel frattempo, osserva la scena in silenzio, così come in silenzio rimangono anche l'infermiere di anestesia, l'anestesista e i cinque tirocinanti in piedi dinanzi alla porta aperta. Pietro conta ancora una volta, poi guarda il dottor Steri e dice: "*Dottore, è dentro*" [si riferisce alla possibilità che la garza sia stata smarrita all'interno del campo operatorio]. Il dottor Steri, senza scomporsi, dopo l'ultimo punto di sutura, rivolgendosi ai tirocinanti dice: "*Cercate ovunque. Per ovunque intendo ovunque!*". I tirocinanti si guardano per un istante tra loro e poi iniziano la ricerca nel bidone con le immondizie, nel contenitore con i taglienti, sotto il tavolo operatorio. L'anestesista nel frattempo controlla che i parametri vitali del paziente siano buoni e riprende l'infusione dei farmaci che aveva interrotto durante la chiusura del campo operatorio. In sala tutti sono piuttosto tesi, finché, dopo qualche minuto, la tirocinante Nadia trova la garza all'interno di una delle tasche del camice che il dottor Ricci aveva gettato nel bidone. Federica e Pietro si guardano sorridendo. Il dottor Steri non dice nulla e lascia la sala.

Lo smarrimento temporaneo di un oggetto crea in questo caso non solo la rottura della routine in sala, ma anche la messa in atto di una pratica organizzativa che vede coinvolti tutti gli operatori e le operatrici dell'equipe (ad eccezione dell'anestesista) e tutti i tirocinanti in sala. La ricerca della garza diviene dunque elemento di rottura della routine e questione prioritaria rispetto all'intervento chirurgico in sé. Così, i tirocinanti e le tirocinanti, da semplici spettatori o spettatrici dell'attività medica in sala, divengono protagonisti attivi dell'attività e la garza, da mero oggetto, diviene elemento dinamico attorno al quale ruotano gli attori e le pratiche mediche.

Certamente lo smarrimento della garza rappresenta un elemento di grande rischio per il paziente operato; inoltre, a seguito dello smarrimento temporaneo, si è assistito alla riconfigurazione delle pratiche mediche in sala. Gli operatori e le operatrici hanno modificato la propria routine operatoria: l'anestesista ha ripreso l'induzione dei farmaci qualche minuto dopo averla interrotta; il chirurgo, anziché andare via dalla sala ha atteso che la garza venisse ritrovata (partecipando attivamente alla ricerca); i tirocinanti, anziché osservare passivamente ciò che stava accadendo in sala, sono diventati improvvisamente e a pieno titolo, parte integrante del team.

Ma i tirocinanti in sala possono anche rappresentare una presenza ingombrante e l'equipe allargata, da valore aggiunto, può trasformarsi in elemento di frattura, ad esempio quando i tirocinanti ostacolano il funzionamento di un altro oggetto (stavolta di uso comune): la porta.

L'intervento è in corso da quindici minuti circa. In sala ci sono sei tirocinanti, intenti ad osservare l'operato dei chirurghi dottor Traino e dottoressa Belli. L'infermiera di anestesia Viviana rientra in sala dopo essersi allontanata per qualche minuto per parlare con una collega della sala accanto. Al passaggio di Viviana davanti la porta automatica questa si apre e non si richiude più. Per via della presenza dei tirocinanti davanti la porta, il sensore che consente alla porta di richiudersi rimane bloccato. La porta rimane aperta

per una decina di minuti e dal corridoio si sentono i passi e le voci di altri operatori. La dottoressa Belli, senza staccare lo sguardo dal campo operatorio chiede: “*Ma la porta?*”. I due tirocinanti più a ridosso del sensore fanno un passo avanti, in modo da allontanarsi e permettere alla porta di richiudersi. Dopo qualche secondo, però, tutti e sei i tirocinanti fanno un passo indietro allontanandosi dal tavolo operatorio per consentire il passaggio dell’OSS dalla posizione che solitamente occupa alla testa del tavolo operatorio. La porta si riapre. Stavolta è il dottor Traino ad intervenire: “*Signori, la porta deve stare chiusa!*”. I tirocinanti allora fanno nuovamente un passo in avanti e la porta si richiude, finché, dopo qualche minuto, una delle tirocinanti, Teresa, attiva inavvertitamente il sensore muovendo la gamba all’indietro. A questo punto (probabilmente anche per via delle grida che provengono dal corridoio), la dottoressa Belli sbotta: “*Allora non ci siamo capiti! La porta non è un optional! In quanti siete? Siete duecento? Tutti fuori!*”. I tirocinanti tentennano e la dottoressa Belli rincara la dose, stavolta alzando il tono di voce: “*Tutti fuori!*”. I tirocinanti vanno via dalla sala parlando a bassa voce tra di loro. La dottoressa Belli, rivolgendosi a me dice: “*Vede? Una volta la porta rimane aperta perché stanno facendo lavori, una volta perché in sala siamo duemila, una volta perché un tirocinante è un ***** ... Non se ne può più! Finché non sarà chiaro che la porta dà sicurezza a noi e ai pazienti, questo atteggiamento di strafottenza non cambierà mai*”. In sala (che adesso sembra vuota con la presenza di appena sei operatori) nessuno parla.

La porta delle sale operatorie, quando è chiusa, tutela la sterilità dell’ambiente operatorio, permette di attutire eventuali rumori o brusii provenienti dal corridoio o dalle altre sale e consente di tutelare la privacy dei pazienti. Al pari di qualunque altro oggetto, però, affinché la porta funzioni correttamente, è necessario che chi la usa sappia cosa fare o cosa non fare. Nel caso specifico, affinché la porta contribuisca alla sicurezza, non deve essere usata, ovvero deve rimanere chiusa. Dal momento che il sovrannumero di operatori causa l’apertura della porta, la soluzione rinvenibile è quella di allontanare i tirocinanti dalla sala. Il corretto utilizzo o non utilizzo della porta dipende in questo caso da una molteplicità di elementi organizzativi: lo spazio della sala, il numero degli operatori, i movimenti che i membri dell’equipe compiono all’interno di uno

spazio che solitamente ospita sei operatori, nonché dal tipo di pratiche che vengono realizzate all'interno della sala stessa. Ciò su cui infatti è possibile focalizzare l'attenzione è che una delle volte in cui la porta si è aperta è accaduto perché i tirocinanti, per permettere all'OSS di spostarsi da una parte all'altra della sala, hanno indietreggiato fino ad attivare il sensore. Questa situazione è certamente legata allo spazio organizzativo della sala, ma anche all'attività che in essa ha luogo. Infatti, sebbene l'OSS solitamente occupi la parte della sala operatoria vicina ai piedi del tavolo, a volte possono verificarsi situazioni che rendono necessaria la sua presenza vicino l'anestesista o comunque vicino il ventilatore meccanico. L'ultimo "incidente" che ha invece causato l'apertura, è avvenuto a causa della distrazione di una tirocinante, la quale ha inavvertitamente mosso la gamba fino ad attivare il sensore della porta. Ciò che emerge è dunque come, ancora una volta, un oggetto (stavolta di uso comune) può contribuire alla costruzione della sicurezza operatoria a seconda del modo in cui si lega ad altre dinamiche organizzative, vale a dire: gli spazi, i corpi e le pratiche mediche.

7.2. Gli "oggetti protettivi" e la sicurezza che si indossa

Nella sezione precedente è già stato sottolineato che i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) rappresentano quell'insieme di oggetti che proteggono operatori e pazienti da rischi potenziali di tipo chimico, fisico e biologico. Solitamente, in sala non tutti gli operatori indossano i DPI e assai di rado uno o più membri dell'equipe fanno notare tale mancanza o invitano ad indossare il dispositivo in questione.

Tra i numerosi DPI delle equipe chirurgiche si possono distinguere due categorie: i DPI che vengono quasi sempre indossati dai membri dell'equipe chirurgica e DPI che frequentemente non vengono indossati. Per ciò che attiene i DPI del primo tipo è possibile sottolinearne alcune peculiarità:

- quando qualcuno degli operatori non li indossa, solitamente i colleghi che si trovano in sala lo fanno notare;

- l'assenza di questi DPI solitamente crea una frattura nella routine operatoria, generando una ri-configurazione delle pratiche operatorie.

Per ciò che attiene i DPI del secondo tipo, invece:

- quando qualcuno degli operatori non li indossa, solitamente nessuno dei colleghi che si trovano in sala lo fa notare;

- l'assenza di questi DPI solitamente non crea nessuna frattura nella routine operatoria, né una sospensione del flusso delle attività in sala.

Del primo gruppo fanno solitamente parte guanti, camici e scarpe; del secondo gruppo, invece, le mascherine di protezione e gli occhiali protettivi.

Per ciò che attiene le mascherine di protezione, solitamente in sala tutti le indossano, ad eccezione dell'anestesista di turno e/o del personale esterno all'equipe che entra in sala per parlare con un collega, chiedere un'informazione, o cercare/prendere uno strumento che non è presente nella sala in cui si sta lavorando. Quando gli operatori esterni all'equipe entrano in sala sprovvisti di mascherine, nessuno dei membri del team chirurgico fa notare la cosa, né reclama. Nei rari casi in cui, invece, è un membro dell'equipe a non indossarla (solitamente gli anestesisti), la situazione cambia e gli operatori (solitamente i chirurghi), fanno notare la cosa e chiedono all'operatore irrispettoso del protocollo di indossare il DPI in questione.

Tutti in sala indossano le mascherine di protezione, ad eccezione degli OSS. Il chirurgo dottor Cigliola dice: "La mascherina!". L'OSS Gianluca risponde: "*Non riesco a respirare con la mascherina. Forse è colpa dell'aria condizionata*". Il dottor Cigliola risponde: "*Non mi interessa, non gliel'ho chiesto. In sala operatoria si sta con la mascherina*". L'OSS indossa la mascherina. Gianluca indossa la mascherina.

L'OSS Gianluca dice di non indossare la mascherina perché non riesce a respirare bene, mentre tutti gli altri membri dell'equipe sembra non abbiano questo tipo di problema. Il dottor Cigliola non sembra preoccuparsi del fastidio

comunicato dall'operatore e lo invita comunque ad indossare il DPI in questione, mentre in sala nessun altro operatore sembra preoccuparsi della cosa. Il fatto che il richiamo ad indossare la mascherina avvenga solo quando a infrangere questa norma sono i componenti del team della sala operatoria permette di riflettere sul ruolo che gioca l'appartenenza al gruppo di lavoro. La ricerca condotta da Prentice (2007) pone in evidenza la maniera in cui il ruolo dei professionisti dei blocchi operatori si configura e stabilizza attraverso l'utilizzo di DPI: indossando guanti, mascherine protettive e camici, gli operatori dell'equipe si trasformano nel loro ruolo professionale di medici, infermieri, o tecnici (Prentice, 2007). Coloro i quali invece non fanno parte dell'equipe, non indossando DPI e non venendo richiamati per questo, sembra quasi che svestano i panni di infermiere, anestesista o OSS non indossando DPI quando fanno il loro ingresso in sale operatorie in cui non lavorano.

I DPI, al pari di qualunque altro oggetto tecnico o artefatto tecnologico, sembrano quindi intrecciarsi alla sicurezza operatoria a seconda del modo in cui si imbrigliano al tessuto organizzativo nel suo complesso, a seconda delle dinamiche organizzative che si creano e ri-creano all'interno della sala.

In sala è in corso un intervento su un paziente di cinque anni. Subito dopo l'intubazione l'anestesista Greco mi parla dei pericoli legati al proprio lavoro e dice: *“Quando ci sono bambini mi prendo gas sempre”*. L'operatrice sottolinea cioè che quando gli interventi si svolgono su bambini, accade sempre che una parte del gas che infonde fuoriesce necessariamente, vuoi perché i piccoli pazienti si muovono, vuoi perché la maschera dell'ambu è troppo grande rispetto alle dimensioni del volto.

I DPI sono certamente degli strumenti di tutela, ma possono non essere sufficienti a proteggere gli attori organizzativi, come emerge dalle parole dell'anestesista. Ciò che va evidenziato è che affinché, ad esempio, una maschera protettiva funzioni correttamente, non è semplicemente necessario che l'operatore

di turno la indossi, ma piuttosto che l'utilizzo di questo oggetto si allinei all'utilizzo di altri oggetti, ai corpi al lavoro e a quelli in cura, nonché alle pratiche operatorie più in generale. Se, ad esempio, le dimensioni del volto del paziente non sono adattabili a quelle dell'ambu, o viceversa, può accadere che:

- il gas fuoriuscirà e l'anestesista lo inalnerà inevitabilmente (stando alle parole dell'anestesista, pur indossando la mascherina protettiva);
- il paziente impiegherà più tempo ad addormentarsi;
- le pratiche operatorie subiranno un ritardo per via dell'induzione più lenta.

Vediamo dunque come la mascherina, da oggetto protettivo, si trasforma in semplice oggetto operatorio, senza alcuna specifica funzione protettiva. Il nodo critico sembra non essere rinvenibile né nelle dimensioni del volto del paziente, né nelle dimensioni dell'ambu, ma piuttosto nell'interazione tra questi due elementi. In tal senso, come già sottolineato, i corpi dei pazienti risultano collegati ad un insieme di pratiche, dispositivi e altri corpi, che ne definiscono a loro volta le performance e la sicurezza quale pratica situata.

Facendo riferimento ai DPI del secondo tipo, ovvero quelli che solitamente non vengono indossati dagli operatori in sala, un ruolo di primo piano rivestono certamente i copri scarpe, un DPI utilizzato dagli operatori sprovvisti delle calzature operatorie.

La sala è gremita di persone: oltre all'equipe sono presenti 6 tirocinanti e l'anestesista Freccia che sta lavorando nella sala adiacente a questa. Nessuno dei tirocinanti indossa i copri scarpe. Giulio, uno dei tirocinanti, accorgendosi probabilmente del mio sguardo, mi guarda e dice: *“Non c'erano i copriscarpe”*. L'infermiera Gemma accanto a me osserva i piedi dei sei giovani tirocinanti, poi guarda Giulio e dice: *“Vabbè, non fa niente, sono solo copriscarpe ...”*.

I copri scarpe, al pari dei camici e delle cuffie, svolgono un ruolo di protezione e tutela da rischi legati alla contaminazione della sala operatoria. Solitamente in sala tutti indossano le calzature adatte, ma non di rado accade che gli operatori escano dal blocco operatorio durante la pausa e raggiungano l'esterno dell'edificio per una pausa caffè o per fumare una sigaretta. Pur indossando le calzature ospedaliere, uscendo dall'edificio e rientrando poi in sala senza cambiare scarpe, o senza indossare i copri scarpe, risulta chiaro che operatori ed operatrici trasgrediscono le disposizioni relative all'uso di DPI, ma nessuno mai sembra preoccuparsene. In questo senso, i copriscarpe possono certamente essere considerati DPI di "serie B" in quanto non solo gli operatori non si preoccupano di indossarli sempre, ma soprattutto quasi mai i membri dell'equipe fanno notare questa trasgressione ai colleghi. Tuttavia, c'è un aspetto che deve essere considerato: Giulio sostiene di non indossare i copri scarpe perché *"non ce n'erano"*. Nel condurre l'osservazione all'interno del blocco operatorio, anch'io dovevo indossare i DPI e non essendo provvista della divisa degli operatori, molto spesso ho fatto il mio ingresso in sala indossando un camice usa e getta sui miei indumenti e i copriscarpe sulle mie calzature. Frequentemente è accaduto che i copriscarpe non fossero presenti insieme a tutti gli altri DPI sul tavolo all'ingresso del blocco operatorio dove solitamente sono disposti diversi oggetti protettivi (maschere, cuffie e camici). La prima volta in cui, entrando nel blocco operatorio, non ho trovato i copriscarpe, l'OSS Fabio (che stava accompagnandomi in sala) ha commentato: *"Chiaro! Per questo poi i tirocinanti non ce li hanno mai..."*. Alle parole di Fabio ho risposto incuriosita chiedendo di cosa stesse parlando. Fabio mi ha raccontato che da circa un semestre è spesso accaduto che i tirocinanti entrassero in sala sprovvisti di copriscarpe. Ha sostenuto che ciò sia accaduto a causa della recente assunzione di un chirurgo che non usa mai le calzature e che per questo fa abuso dei copriscarpe. Questo abuso fa sì che spesso i carrelli sopra i quali sono disposti i copriscarpe siano spesso vuoti. Fabio ha affermato che il dottor Lima (il chirurgo in questione), ritenendo scomode le calzature ospedaliere, preferisca andare in giro con *"Adidas rigorosamente bianche"* e i copriscarpe.

Un altro oggetto protettivo è rappresentato dalle cuffie copricapo. Assai di rado gli OSS e gli anestesisti li indossano e solamente in un'occasione mi è capitato di assistere ad una situazione in cui un operatore in sala facesse notare questa trasgressione al collega che ne era sprovvisto. Le ragioni di questa noncuranza degli operatori mi sono state illustrate dall'OSS Marianna durante una pausa caffè.

“Ci sono dispositivi utili e dispositivi inutili. Ad esempio, i guanti sono utili perché ti proteggono, le maschere pure. Se invece pensi alle cuffie...da cosa ti proteggono?”

Marianna si è interrotta qui, per cui io ho risposto dicendo che le cuffie però proteggono i pazienti ad esempio dai capelli e dalla “sporczia” che questi possono avere. Ma Marianna ha continuato dicendo: *“Ma se tu non devi stare attaccata alla faccia del paziente, o al campo operatorio, non c'è bisogno. Gli anestesisti, per esempio, devono avercela sempre, ma noi [si riferisce agli OSS] no”*.

Incuriosita da questo punto di vista, decido di chiedere ad altri operatori un parere sull'utilizzo o sul mancato utilizzo di questo DPI. L'anestesista Poli, ad esempio, sempre sprovvista di cuffia, sostiene che la cuffia *“dà più problemi che benefici: il caldo, il sudore, i capelli lunghi...”*. A queste parole rispondo chiedendo delucidazioni in merito ai benefici dal punto di vista della sicurezza dei pazienti. La dottoressa Poli risponde con una frase tanto stringata quanto significativa: *“Sicurezza? Sicurezza con una cuffia? Sicurezza non è quando non cade un capello, ma quando il paziente esce vivo dalla sala”*.

Dalle parole dell'anestesista, risulta come la sicurezza sia letta non come qualcosa che dipende dall'utilizzo o dal mancato utilizzo di un oggetto protettivo, ma piuttosto dall'esito dell'attività medica nel suo insieme.

Conclusioni

Questo capitolo ha avuto come obiettivo quello di illustrare il modo in cui i non umani in sala operatoria contribuiscono alla costruzione della sicurezza di pazienti ed operatori. In particolare, è stato posto in evidenza come i diversi tipi di attori non umani che prendono parte allo spazio ed alle dinamiche all'interno del blocco operatorio, si allineano o dis-allineano alle pratiche mediche ed organizzative, creando e stabilizzando la sicurezza in pratica.

Dall'analisi proposta è emerso come la materialità dell'attività lavorativa in sala acquisisca un duplice volto:

- rappresenta la base su cui un insieme variegato di dinamiche organizzative poggia e si ancora;
- costituisce un elemento dinamico, che si costruisce e ri-costruisce continuamente, agganciandosi o sganciandosi dalle altre componenti organizzative.

Anche alla luce del duplice volto della materialità della pratica operatoria, ho scelto di analizzare oggetti tecnici ed artefatti tecnologici a partire dalle interazioni che si creano e si stabilizzano tra essi ed altri processi lavorativi ed organizzativi. Così il ventilatore meccanico ha un'importanza fondamentale affinché l'induzione dell'anestesia vada a buon fine e quando questo strumento non funziona correttamente, gli attori organizzativi coinvolti rivedono e ri-costruiscono le proprie pratiche e attività operatorie, al fine di tutelare la sicurezza del paziente. In particolare, la ri-costruzione delle attività in sala si realizza attraverso il coinvolgimento di altri strumenti (quali l'ambu), di altre pratiche (l'induzione manuale dell'anestesia) ed altre competenze professionali (non più quelle che consentono di monitorare i parametri del ventilatore meccanico, ma quelle che consentono all'ambu di lavorare correttamente). In termini organizzativi si è assistito ad una interruzione del flusso di azioni che stava avendo luogo in sala ed alla messa in atto di una pratica medica nuova, differente; in termini di sicurezza, l'attività operatoria è proseguita e non ha subito ulteriori fratture grazie al supporto di un altro oggetto tecnico che fino a quel momento era

esterno al network della sicurezza ed alla pratica operatoria. Tuttavia, affinché la ventilazione manuale andasse a buon fine, è stato necessario non solo sostituire il ventilatore meccanico con quello manuale, ma anche e soprattutto far sì che l'anestesista smettesse di controllare e supervisionare il corretto funzionamento del ventilatore meccanico per agire materialmente (e non solo controllare che tutto funzionasse correttamente) gonfiando e sgonfiando l'ambu ritmicamente, secondo i parametri richiesti. Se poi l'attenzione si focalizza sulla inadeguatezza del ventilatore meccanico nello svolgimento di quella specifica pratica operatoria, si comprende come la rete della sicurezza sia ancora più vasta: oggetti tecnici, corpi al lavoro, competenze, ma anche corpi in cura contribuiscono alla definizione delle modalità con cui un determinato oggetto o strumento deve essere utilizzato per garantire una maggiore o minore sicurezza operatoria.

Al pari degli strumenti del mestiere specifici che ciascun professionista in sala utilizza, anche gli oggetti di uso comune che popolano le sale operatorie, contribuiscono alla costruzione e stabilizzazione della sicurezza operatoria. Ad esempio, la porta, da mero oggetto comune diviene un oggetto 'interno' al processo operatorio al pari del ventilatore meccanico. Le ragioni di ciò sono rinvenibili nel fatto che la porta permette agli operatori in sala di realizzare il proprio lavoro in maniera più o meno sicura. Inoltre, al pari degli altri oggetti operatori, la porta si interseca agli altri elementi del network operatorio. Così, l'oggetto porta diviene un oggetto operatorio nella misura in cui ostacola o agevola (rendendolo più o meno sicuro) il lavoro degli operatori. Un oggetto (anche di uso comune) può contribuire alla costruzione della sicurezza operatoria a seconda del modo in cui si lega ad altre dinamiche organizzative.

Ciò che accomuna oggetti operatori e oggetti protettivi è che entrambi si allacciano e sono a loro volta allacciati alle pratiche lavorative ed organizzative, contribuendo alla costruzione ed alla stabilizzazione della sicurezza in pratica. Anche alla luce dell'analisi proposta, è emerso come sebbene esistano standard, protocolli e norme che definiscono quali DPI utilizzare, quando e come, le regole da sole non consentono di definire quando una pratica medica o una specifica fase del processo operatorio è sicura o non lo è. Non sarebbe dunque il rispetto delle

norme di sicurezza a tutelare da rischi e pericoli o a garantire la sicurezza, ma piuttosto il modo in cui queste stesse regole e protocolli sono negoziati, interpretati e messi in pratica nel corso delle attività quotidiane.

L'esempio più emblematico di quanto appena affermato è emerso nelle pagine precedenti illustrando l'episodio in cui il chirurgo dottor Lumia si trova a dover indossare dei guanti a lui non congeniali, di un modello differente rispetto a quelli che utilizza solitamente. L'episodio ha consentito di mostrare come i guanti, che sono riconosciuti da tutti gli operatori quali oggetti protettivi indispensabili per lo svolgimento della pratica operatoria in questione, da oggetti di tutela si sono trasformati in oggetti pericolosi.

A partire da questa analisi dei non umani che abitano la sala operatoria, nei capitoli che seguono saranno analizzate le altre due dinamiche che permettono di performare la sicurezza in sala: competenze esperte e conoscenze sensibili da un lato e dinamiche comunicative dall'altro.

CAPITOLO 8

Competenze esperte e conoscenze sensibili nelle equipe allargate

Introduzione

In questo capitolo verranno illustrati gli aspetti della pratica medica in sala operatoria che riguardano competenze esperte e conoscenze sensibili, focalizzando in particolare l'attenzione sulla maniera in cui tali dinamiche contribuiscono alla costruzione ed alla stabilizzazione della sicurezza operatoria. Le sale operatorie costituiscono un ambiente emblematico per lo studio di queste due dinamiche organizzative e le ragioni di ciò sono rinvenibili nell'interprofessionalità che caratterizza le equipe chirurgiche.

Prima di entrare nel merito dell'analisi dei dati raccolti, occorre fare una premessa importante: conoscenze sensibili e competenze esperte entrano in gioco nella costruzione di dinamiche organizzative in maniera differente ma congiunta e, come emergerà dalle pagine che seguono, considerare questi due elementi del network della sicurezza come separati sarebbe fuorviante.

Volendo fare però riferimento a ciascuno di questi due processi, è possibile introdurre il significato che conoscenze sensibili e competenze esperte acquisiscono nella pratica chirurgica e nella costruzione della sicurezza operatoria. In primo luogo, per ciò che attiene alle conoscenze sensibili, i membri dei team in sala cercano di cogliere una serie di elementi potenzialmente pericolosi (il colorito del paziente, la fuoriuscita dell'ago dalla vena, la non corretta illuminazione del campo operatorio, ecc.). In tal senso le conoscenze sensibili rappresentano una dinamica fondamentale, in grado di supportare l'attività chirurgica e quindi la sicurezza all'interno delle sale operatorie.

Le competenze esperte, invece, fanno riferimento a quell'insieme di abilità che gli operatori acquisiscono nel corso del tempo grazie all'esperienza e alla capacità di ciascun operatore di allineare le proprie competenze a uno specifico

contesto d'azione (Strati, 1999; 2003);. Essendo il contesto d'azione popolato a sua volta di molteplici dinamiche, le competenze esperte di ciascun operatore si imbrigheranno ed allineeranno alle competenze esperte degli altri operatori presenti in sala, all'utilizzo di oggetti tecnici ed artefatti tecnologici. Per far sì che il processo operatorio venga portato a termine senza pericoli, incidenti o quasi incidenti, è necessario che l'operatore abbia maturato una certa esperienza, ma anche che si senta a proprio agio con gli oggetti operatori, con gli operatori presenti in sala e con il tipo di intervento al quale sta prendendo parte.

Alla luce di quanto fin qui esposto, scelgo ancora una volta di non suddividere i dati raccolti nel corso dell'osservazione in due parti riguardanti ciascuno di questi due aspetti della pratica operatoria, ma piuttosto di presentare nelle pagine che seguono, gli estratti che fanno riferimento alle conoscenze sensibili ed alle competenze esperte quali chiavi di lettura inscindibili delle pratiche mediche e della sicurezza in pratica.

8.1. La sicurezza in pratica tra competenze esperte e conoscenze sensibili: facendo s'impara

“La sicurezza? Secondo me si impara, non c'è nessuno che te la può insegnare. Più lavori e più sai lavorare e più capisci come, quando e perché fare le cose.” (Tommaso, Tirocinante).

Scelgo di iniziare questo paragrafo con le parole del tirocinante Tommaso perché credo siano interessanti da diversi punti di vista:

- la sicurezza è qualcosa che si impara sul campo;
- la presenza dei tirocinanti in sala non necessariamente consente loro di apprendere a lavorare in maniera sicura;
- le competenze esperte sono un elemento chiave per costruire pratiche mediche sicure.

Il ruolo dei tirocinanti in sala è quello di osservare le attività che hanno luogo al suo interno. I tirocinanti non possono intervenire (e di fatto non lo fanno,

salvo casi eccezionali), ma osservando l'operato dell'equipe molto spesso discutono tra loro di tecniche mediche, interventi o singole fasi del processo operatorio. Assai di rado pongono domande agli operatori. Tuttavia, stando alle parole di Tommaso, sembra che l'osservazione da sola non sia sufficiente ad imparare la sicurezza, perché è indispensabile la pratica, l'esperienza.

L'intervento è in corso da circa un'ora. In sala sono presenti sei operatori e cinque tirocinanti. L'infermiera di anestesia Claudia controlla il monitor sul quale sono indicati i parametri vitali del paziente e rivolgendosi ai cinque tirocinanti presenti in sala dice: *“Dovete imparare a leggere le informazioni contenute in questo quadrato. Può succedere che l'anestesista non sia in sala, o che l'allarme non si senta per via delle urla dei chirurghi (sorride guardando il dottor Raggi) e che quindi voi dobbiate capire cosa sta succedendo e soprattutto perché”*. I tirocinanti sono interessatissimi e si avvicinano al monitor. L'infermiera Cristina spiega poi la maniera corretta di compilare la cartella anestesilogica. I tirocinanti non fanno domande e, immobili, ascoltano. Annuiscono solo quando Cristina dice loro: *“Dovete avere occhio più che orecchio. Basta guardare nella parte sbagliata al momento sbagliato e tutto va a rotoli. A volte sentire un beep non significa niente”*.

In questo estratto, vediamo come l'infermiera di anestesia insegni la sicurezza. Coinvolgendo i tirocinanti presenti in sala, dà loro una serie di indicazioni pratiche non contenute in nessun manuale, grazie alle quali poter evitare alcuni rischi o gestire pericoli che possono verificarsi. Da un lato l'operatrice sottolinea l'importanza di imparare a leggere lo strumento, dall'altro spiega che occorre avere occhio.

Guardando più nel dettaglio ciascuno di questi due aspetti, si può affermare che:

- l'infermiera Claudia trasmette le proprie competenze esperte ai tirocinanti solo fornendo indicazioni specifiche circa le informazioni contenute nel “quadrato” (il monitor dell'anestesia);

- l'infermiera esperta mette in guardia da una serie di situazioni potenzialmente pericolose, sottolineando per esempio che l'anestesista può non essere presente in sala al momento del bisogno;

- l'infermiera sottolinea la frequente inefficacia del *beep*: da solo non basterebbe per capire cosa non va e per questo è importante avere occhio.

Ewenstein e Whyte (2007) affermano che la conoscenza estetica deriva dai sensi e dall'esperienza. Più in particolare, gli autori distinguono due dimensioni: la prima è simbolica e consiste nella conoscenza di segnali e simboli; la seconda è esperienziale e consiste in sensazioni ed esperienze incorporate che emergono attraverso l'uso della conoscenza, facendo pratica. Ciò che l'infermiera Claudia spiega ai tirocinanti in sala è proprio questo: da un lato devono apprendere ad interpretare i simboli, i segnali che il monitor presenta; dall'altro, devono imparare ad avere occhio ed orecchio. Sembra che competenze esperte che si acquisiscono con l'esperienza, con la pratica, si intersechino alle conoscenze sensibili.

Competenze esperte e conoscenze sensibili possono essere oggetto di discussioni anche accese tra gli operatori, perché affinché il lavoro in sala vada a buon fine, spesso si rende necessario negoziarle. L'esempio più emblematico di questa negoziazione è dato dalla fase di posizionamento del paziente.

Posizionare un paziente sul tavolo operatorio vuol dire:

- fare in modo che il paziente si trovi in una posizione corretta sia prima dell'induzione dell'anestesia, sia dopo (onde evitare danni da posizionamento);

- consentire agli operatori ed alle operatrici che lavorano direttamente sul corpo del paziente di muoversi con facilità intorno al tavolo. In tal senso, è necessario che i fili, i macchinari ed il tavolo servitore non siano d'intralcio ai movimenti di anestesista, infermiere di anestesia e chirurgo;

- far sì che ciascuno degli operatori che lavora in prossimità del tavolo operatorio abbia la possibilità di valutare rapidamente quali sono le condizioni del paziente. Ciò è particolarmente vero per anestesista ed infermiere di anestesia, che, alla testa del tavolo operatorio, devono osservare il colorito del volto del paziente e la posizione dell'ago della flebo nel braccio.

Non di rado accade che qualcuno di questi aspetti del posizionamento diventi problematico e quindi difficile da gestire, come nell'estratto che segue.

Qualche istante dopo l'arrivo della paziente in sala operatoria entrano i chirurghi. L'anestesista provvede all'induzione dell'anestesia e non appena la paziente viene intubata, il chirurgo chiede all'OSS di posizionare un cuscino sotto il braccio della donna. L'anestesista però non è d'accordo e dice al chirurgo: *“Dottore, io così non riesco però ... Se mi alza il braccio ho problemi con la flebo”*. Il chirurgo risponde dicendo: *“Se non alzo il braccio non opero, quindi organizzati”*. L'anestesista storce il naso, guarda tutti gli operatori presenti in sala (inclusi i tirocinanti) e dice: *“Come vuole lei, comunque è assurdo che il posizionamento non venga mai deciso insieme”*.

Il posizionamento rappresenta certamente una fase complessa del processo operatorio, in cui le esigenze di ciascun operatore devono allinearsi perfettamente a quelle degli altri affinché la pratica medica vada a buon fine. Altri due elementi sembrano però doversi allineare affinché l'attività in sala venga portata a termine in maniera competente: la disposizione del corpo del paziente e il tavolo operatorio. L'analisi dell'estratto proposto potrebbe anche passare attraverso la lente con cui Goodwin ha letto ed analizzato le pratiche anestesilogiche (Goodwin *et al.*, 2005; Goodwin, 2008). In particolare, Goodwin si preoccupa di analizzare in che modo l'alterazione delle disposizioni spaziali in sala operatoria compromette l'abilità degli operatori presenti nel corso delle attività routinarie. Le abilità di ciascuno dei membri dell'equipe dipenderebbero, infatti, da visioni incorporate (embodied) che derivano direttamente dalla familiarità sensoriale del corpo dell'operatore nei confronti degli strumenti e dei corpi dei pazienti. Sebbene Goodwin faccia riferimento in entrambi gli studi alle pratiche anestesilogiche, è possibile ampliare questa visione all'analisi di tutte le pratiche mediche che hanno luogo in sala. Le competenze esperte e le conoscenze sensibili degli operatori giocano un ruolo di primo piano nella gestione e costruzione della pratica medica in sala, ma affinché

questi due elementi organizzativi si allineino, è necessario che un insieme di altre pratiche e dinamiche organizzative si stabilizzi. Nel caso specifico, competenze e conoscenze sensibili sono legate allo spazio in cui i membri dell'equipe si muovono, ma anche alla posizione del paziente. Questi due aspetti sono legati tra loro: a seconda del modo in cui i pazienti vengono posizionati sul tavolo operatorio, dipenderà una differente costruzione della sicurezza quale pratica situata. Sembra quasi che a seconda del modo in cui il braccio del paziente viene posizionato, un operatore intralci il lavoro di un altro e quindi comprometta la sicurezza dell'attività in sala. Le parole dell'anestesista bene sintetizzano l'ottica con cui guardare a questa fase del processo operatorio: *“è assurdo che il posizionamento non venga mai deciso insieme”*. La necessità di concordare e dunque di negoziare la posizione che il paziente assumerà nel corso degli interventi sembra essere un punto fermo.

Proprio al fine di negoziare il posizionamento, può accadere che i componenti dell'equipe lo concordino (o provino a concordarlo) prima dell'arrivo del paziente in sala.

Prima che la paziente raggiunga la sala operatoria accompagnata dall'infermiera di anestesia Silvia, l'equipe discute del posizionamento del tavolo operatorio. Sembra che i due chirurghi abbiano raggiunto la sala in anticipo proprio per questo motivo. L'anestesista vorrebbe il braccio destro “fuori” e quello sinistro disteso lungo il corpo, ma il chirurgo dottor Ferretti sostiene che così facendo avrebbe problemi ad operare. I due operatori discutono a lungo (più di dieci minuti). La strumentista concorda col chirurgo affermando che *“Se quello sinistro [si riferisce al braccio della paziente] sta fuori forse è preferibile per chi lavora con le vene [parla di anestesista ed infermiera di anestesia] e non con tutto”*. L'infermiera di anestesia e l'OSS assistono alla discussione senza proferire parola. L'anestesista manifesta le proprie titubanze, ma ciononostante il chirurgo ha l'ultima parola quando dice *“O così, o pomì”*. Il braccio sinistro sarà posizionato lungo il corpo. L'infermiera Adele va a prendere la paziente in reparto.

Il posizionamento diviene oggetto di discussione e di negoziazione facendo riferimento alle specifiche esigenze di due gruppi di professionisti: coloro i quali lavorano “*con le vene*” e quelli che invece lavorano “*con tutto*”. Al primo gruppo apparterebbero anestesista ed infermiere di anestesia; al secondo, invece, i chirurghi.

Fin qui, sono state analizzate le situazioni in cui competenze esperte e conoscenze sensibili vengono negoziate tra operatori. Ciò che nel prossimo estratto verrà presentata è una situazione in cui gli operatrici non hanno ancora affinato le competenze necessarie per prevedere la durata di un intervento e che questo generi degli attriti con altri membri dell’equipe.

L’intervento è in corso quando l’infermiera di anestesia Laura dice all’anestesista “*Ma non è troppo alto?*”[si riferisce al dosaggio dell’anestetico]. L’anestesista Dottor Guidi risponde di no. Dopo appena cinque minuti il chirurgo dottor Ferretti lascia la sala, mentre il dottor Razzi chiude il campo operatorio. L’anestesista interrompe l’induzione, ma il paziente rimarrà addormentato cinque minuti più del dovuto, per via del dosaggio elevato. Laura guarda l’anestesista e dice: “*Io te l’avevo detto*” e il Dottor Guidi risponde: “*Che ne sapevo io che sarebbe durato così poco?*”.L’infermiera di anestesia non risponde, ma avvicinandosi alla strumentista intenta nel gettare i teli sterili, dice: “*Ogni volta la stessa storia. Non si rende mai conto di niente?*” Dopo cinque minuti circa il paziente inizia a risvegliarsi, così anestesista ed infermiera di anestesia provvedono all’estubazione.

Sebbene l’intervento sia stato ultimato senza problemi, la tensione continua anche dopo che il paziente è stato trasportato in reparto, quando l’infermiera di anestesia Laura dice all’OSS Paolo: “*Ne so più io di lui?*” [si riferisce all’anestesista]. L’OSS: “*Infatti*”. Infermiera di anestesia: “*Infatti avrei voluto vedere se il bambino si fosse sentito male ...*” [si riferisce al paziente appena operato].

Dall’estratto emerge che il paziente, al momento della chiusura del campo operatorio era ancora anestetizzato. Ciò è accaduto perché l’anestesista non ha

somministrato una dose di anestetici consona alla durata dell'intervento. Ciò che va evidenziato è che l'infermiera di anestesia solitamente si occupa solamente di coadiuvare l'anestesista e dunque di assisterlo nelle fasi di intubazione, estubazione e risveglio; le decisioni relative al dosaggio dell'anestetico, nonché al tipo di farmaci, di tubo endotracheale e di ambu, spettano invece solamente all'anestesista. Nell'estratto emerge come l'infermiera di anestesia, perplessa per il dosaggio somministrato dall'anestesista, abbia consigliato a quest'ultimo di modificarlo. L'infermiera Laura, dunque, attraverso le esperienze acquisite nel corso del tempo, ha svestito per un attimo i propri panni ed ha sfoderato (comunicando i dubbi al collega) le competenze anestesilogiche in suo possesso. L'anestesista è molto giovane e per questo forse poco esperto; in tal senso, la frase pronunciata dall'infermiera di anestesia è emblematica: *“Ne so più io di lui”*.

Può anche accadere che in sala si renda necessario performare una specifica attività e che l'operatore di solito preposto a questo non sia presente.

L'OSS Diego si è allontanato dalla sala e il chirurgo dottor Lenzi ha bisogno di un ferro posizionato sul tavolo servitore. Lo strumentista Alessia non può porgerglielo perché impegnato nell'aspirazione, così il secondo chirurgo (dottor Opera) decide di prendere il ferro richiesto. Ma il dottor Opera ha chiaramente i guanti sporchi, mentre sul tavolo servitore sono disposti i ferri sterili che solo OSS e strumentista dovrebbero toccare. Il dottor Lenzi grida: *“No! No! Non tocchi più niente, per favore!”*. Il dottor Opera ha contaminato i ferri sterili. L'OSS Diego nel frattempo raggiunge la sala operatoria e si ferma davanti la porta a chiacchierare con un collega. Il dottor Lenzi: *“Lei, anziché chiacchierare ... entri!”*. Diego: *“Ha bisogno di qualcosa?”*. Il dottor Lenzi grida *“Sì”* e Diego rientra posizionandosi di fronte lo strumentista Alessia.

Il dottor Opera, in quanto chirurgo, probabilmente non si è mai trovato in sala a dover porgere uno strumento al chirurgo più anziano. Solitamente sono gli strumentisti e gli OSS a farlo. La situazione illustrata mostra come l'assenza di un operatore in sala può comportare rischi e pericoli per i pazienti. Se è vero che la

condivisione di competenze ed abilità specifiche tra i membri delle equipe può rappresentare un elemento importante per l'allineamento delle dinamiche operatorie (Anderson e McDaniel, 2000; Finn, 2008) e dunque della sicurezza, è altrettanto vero che affinché tale allineamento si realizzi, è necessario che gli operatori sviluppino attraverso la pratica le competenze che solitamente vengono poste in essere dagli altri membri. Mentre nel primo caso l'infermiera esperta ha indossato i panni di anestesista (o ha tentato di farlo) cercando di prevenire una situazione a rischio, nel secondo estratto il chirurgo ha vestito i panni di OSS dando vita ad una situazione di pericolo potenziale. Nel primo esempio l'infermiera è intervenuta tentando di consigliare il collega anestesista; nel secondo, invece, il chirurgo ha deciso spontaneamente di performare l'attività operatoria di un altro professionista dell'equipe.

Quanto fin qui esposto riguarda l'allineamento tra le competenze esperte di due professionisti, ma può anche accadere che le competenze di un operatore non siano perfettamente allineate non alle competenze esperte di un collega, ma alle conoscenze sensibili e alle esigenze di un altro membro del team della sala.

La lampada scialitica viene direzionata dall'OSS Andrea subito dopo il posizionamento dei due chirurghi al tavolo operatorio, ma il dottor Brusco dice a voce alta: *“Possibile che nessuno sappia mai fare il proprio lavoro? Una cosa devono fare, una sola e la sbagliano!”*. Il chirurgo si riferisce all'OSS ed al posizionamento della lampada da lui effettuato. Andrea, in piedi di fronte la strumentista, con aria piuttosto contrariata, si avvicina al tavolo e sposta la lampada. Il dottor Brusco non dice nulla. In sala nessuno parla.

In sala ogni membro dell'equipe ha inevitabilmente specifiche esigenze legate alla gestione ed alla configurazione di spazi e tempi d'intervento, ma anche competenze esperte e conoscenze sensibili proprie e altrui. Tutti questi elementi sono a loro volta indissolubilmente intrecciati ad altri, quali ad esempio la luce

che illumina il campo operatorio. La lampada scialitica, infatti, va letta ed analizzata non quale mero strumento o oggetto tecnico della sala, ma piuttosto come elemento dinamico che, annodandosi al tessuto organizzativo ed agli elementi che lo compongono, contribuisce attivamente alla corretta esecuzione delle attività in sala. L'importanza della lampada scialitica emerge se si riflette sul fatto che nell'operare, i chirurghi hanno bisogno che il campo operatorio sia illuminato in maniera corretta. Da un punto di vista organizzativo ciò vuol dire che la luce diviene uno strumento di supporto o da supportare, al pari di qualunque altro oggetto operatorio; dal punto di vista della sicurezza, invece, quanto affermato indica il ruolo chiave che la lampada gioca nel supportare le conoscenze sensibili dei chirurghi.

Poiché solitamente è l'OSS a posizionare la lampada, sarà questo operatore a dover mettere in atto le proprie competenze e conoscenze sensibili affinché le conoscenze sensibili del chirurgo (in particolare la vista) vengano soddisfatte. Le competenze esperte e le conoscenze sensibili di un professionista dunque devono allinearsi alle conoscenze sensibili di un altro affinché tutto si svolga senza intoppi. Si è già sottolineato nella sezione precedente l'importanza della figura degli strumentisti quale elemento di raccordo tra il chirurgo e la sala operatoria nel suo complesso. Affinché gli strumentisti lavorino in maniera competente, è necessario che lavorino d'anticipo: porgere gli strumenti giusti e nel modo giusto ai chirurghi può non essere sufficiente a portare a termine una pratica senza intoppi. Si rende necessario lavorare d'anticipo, ovvero far sì che i chirurghi dell'equipe abbiano i ferri di cui hanno bisogno al momento giusto. Anticipare le richieste dei chirurghi è fondamentale per portare a termine con successo un compito o una fase del processo operatorio. Essere in grado di anticipare le richieste dei chirurghi vuol dire per gli strumentisti aver acquisito esperienza nel corso del tempo e dunque le competenze necessarie affinché saper come muoversi, quando e con quali strumenti.

Ecco cosa accade quando uno strumentista si trova a lavorare nel corso di un intervento a cui non ha nemmeno mai assistito in qualità di tirocinante o di “affiancato”¹².

Lo strumentista Andrea è visibilmente nervoso e, subito dopo l’ingresso in sala, dà un’occhiata alla lista operatoria e poi va via. Al suo rientro parla con l’OSS Piero e riferisce quanto gli ha appena detto Giuseppe (lo strumentista più anziano dell’ospedale): “*Allora, ce la posso fare. Non serve niente di più e niente di meno di quello che c’è qua*”[si riferisce ai ferri contenuti nel container]. Poi Piero aggiunge: “*Se si deve sostituire la valvola, Lupo [il primario di cardiocirurgia oggi in sala] di solito stressa, ma ti dice lui cosa fare*”. L’intervento si svolge serenamente, sebbene Andrea non sembri essere rilassato.

Al termine dell’intervento, Andrea, rimasto da solo in sala, si sfoga con me:

“*Tu parli di sicurezza, studi la sicurezza. È solo una questione di culo. Se oggi Giuseppe non fosse stato in vascolare [la sala adiacente a quella cardiocirurgia]? Nessuno nasce imparato! Se poi pensi alle mille cose a cui dobbiamo pensare ... se non ce le dicono quelli più grandi dove le impariamo? All’università? Dobbiamo toccarli i ferri, non guardare le figurine sul libro*”.

Andrea non ha mai strumentato nella sala operatoria in cui si trova a lavorare e non ha nemmeno mai avuto modo di assistere ad interventi di questo tipo. Andrea è inesperto. In quanto novizio, decide di chiedere ad un collega esperto alcuni consigli relativi ai ferri da utilizzare ed eventualmente alle criticità che possono verificarsi. L’intervento cui deve prendere parte è delicato e richiede competenze specifiche che solo un collega con più anni di esperienza può indicargli. Tuttavia, lo strumentista pone in evidenza alcuni nodi problematici

¹² Questa espressione è usata assai frequentemente dagli/le operatori/trici del blocco chirurgico per indicare quell’arco di tempo (variabile da 1 a 3 mesi) nel corso del quale i/le singoli/e operatori/trici partecipano alle attività in sala, ma supervisionati da un membro più anziano. Durante questo periodo, gli affiancati non hanno alcun potere decisionale. A differenza dei tirocinanti, però, possono prendere parte all’intervento su richiesta dei chirurghi, svolgendo mansioni solitamente di competenza degli OSS. Uno strumentista assunto da un mese circa mi spiega quella che lui stesso definisce “la vera utilità” dell’affiancamento: “*Serve per farci sentire parte del gruppo, ma tutti sappiamo che siamo estranei perché piccoli*”.

relativi allo strumentare in una sala in cui non si è mai lavorato, con ferri che non si conoscono bene e con operatori (in particolare chirurghi) di cui non si conoscono abitudini e modi. Andrea, in particolare, accentua la questione relativa all'apprendere facendo: non si impara a lavorare in sicurezza e in maniera competente semplicemente studiando, ma mettendo in pratica le competenze acquisite sui libri. In questo senso il supporto di un collega più esperto, con le competenze necessarie alla messa in atto di una determinata pratica medica, sembra essere la chiave di volta per ricoprire correttamente il proprio ruolo quando le competenze a disposizione da sole non sono sufficienti.

Diversa è invece la situazione illustrata nell'estratto che segue, in cui i rischi per la sicurezza del paziente si manifestano e la routine operatoria subisce una frattura.

L'intervento è in corso da circa quaranta minuti quando tra i tirocinanti si leva un brusio più alto del solito. Dopo appena un minuto la strumentista Lorena dice a voce alta: "*Si muove!*". L'anestesista Reggio non è in sala e l'infermiera di anestesia Daniela sta conversando con Paolo (OSS). Il dottor Berto, intento nell'aspirazione del sangue dal campo operatorio, solleva lo sguardo e scorge un movimento di entrambe le braccia del paziente. Il dottor Berto: "*Daniela! La nostra gentile ospite [si riferisce alla paziente] si sta muovendo. Che facciamo?*". Daniela scatta e raggiunge la testa del tavolo operatorio. Intanto il dottor Berto, una volta ultimata l'aspirazione e dunque fermata l'emorragia, rimane con le mani in alto in attesa dell'intervento dell'operatrice. Daniela, però, non sa esattamente cosa fare. È visibilmente confusa. L'anestesista Reggio è andata via dalla sala circa quindici minuti fa. La paziente intanto compie movimenti sempre più bruschi e sempre maggiori. I tirocinanti sono allibiti. Daniela chiede: "*Quanto propofol?*". Il dottor Berto non sa (o non vuole) indicare la dose di anestetico da somministrare, così si limita a dire: "*Io non lo so. Sappiamo dov'è la Reggio?*". Daniela risponde dicendo: "*Doveva vedere una cosa per il cugino in rianimazione*". Intanto i minuti passano e la paziente continua a muoversi. Finalmente un tirocinante si offre di andare a chiamare l'anestesista. Neanche il tempo di varcare la soglia della sala operatoria che la dottoressa Reggio fa di nuovo il suo ingresso. Notando i volti piuttosto preoccupati di tirocinanti e operatori,

subito domanda: “*Che c’è?*” e si dirige verso Daniela. Quest’ultima spiega che la paziente si muove e chiede quanto propofol deve somministrare. L’anestesista non risponde. Prende la siringa col propofol che Daniela ha in mano e la somministra. “*Solo un minuto, per favore*” aggiunge rivolgendosi al chirurgo in attesa di riprendere l’intervento. Un minuto dopo in sala sembra rientrare la situazione di allerta e tutto riprende come sempre.

Non di rado accade che in sala operatoria un paziente si muova nel corso dell’intervento. Nel caso specifico non è chiaro se la dose di farmaco iniettato alla paziente fosse insufficiente perché l’intervento è durato più di quanto previsto dall’anestesista, o perché l’anestesista ha infuso una quantità errata di propofol. Ciò su cui però occorre focalizzare l’attenzione è che l’infermiera di anestesia non è stata in grado di agire da sola, senza la supervisione (o per meglio dire le indicazioni) della dottoressa Reggio.

Gli aspetti salienti di questo estratto sono:

- l’anestesista era assente dalla sala operatoria nel corso di una situazione potenzialmente pericolosa per la paziente;
- ad accorgersi della situazione di pericolo è stata la strumentista, mentre chi solitamente siede alla testa del tavolo operatorio (l’infermiera) e vigila sull’andamento dell’anestesia era piuttosto distante dal “punto di controllo”;
- la pratica medica in sala subisce un arresto perché la paziente si muove e questa sospensione continua finché non rientra l’anestesista in sala;
- nessuno degli operatori si è offerto di andare ad avvisare l’anestesista circa la situazione di emergenza in sala; è stato un tirocinante ad attivarsi in tal senso.

Tutti questi aspetti permettono di riflettere sul ruolo di primo piano che possono rivestire le competenze esperte nella gestione e nel controllo della sicurezza dei pazienti. Il fatto che l’infermiera non sapesse quanto anestetico somministrare è indicativo del fatto che l’assenza di un operatore con specifiche competenze può causare danni anche gravi ai pazienti. Inoltre, sebbene le competenze costituiscano il fattore chiave per l’analisi della situazione illustrata, emerge come anche le conoscenze sensibili ricoprano un ruolo di primo piano: il

movimento delle braccia della paziente è stato notato dalla strumentista semplicemente guardando il corpo disteso sul tavolo operatorio.

Peraltro, come già osservato (cfr. cap. 5 par. 1), il movimento dei pazienti nel corso di un intervento è considerato routine, non straordinarietà. Sebbene infatti nell'estratto proposto emerge la rottura della routine operatoria derivante dal movimento della paziente nel corso dell'intervento, la situazione illustrata rappresenta una eccezione. Nonostante accada frequentemente che i pazienti si muovano nel corso degli interventi, assai di rado ciò comporta conseguenze in termini di riconfigurazione delle routine operatorie.

L'intervento in corso è piuttosto delicato. Il primario presente in sala lo ha più volte sottolineato prima dell'arrivo del paziente in sala, manifestando i propri dubbi circa la possibilità che il paziente riesca a superare l'intervento. A più di un'ora dall'incisione del campo operatorio, il Primario dottor Petrale si accorge che qualcosa non va e dice all'infermiera Antonella: "*Anto, qua è tutto contratto*" [si riferisce ai muscoli dell'addome del paziente]. Antonella siede sullo sgabello posto dinanzi il ventilatore intenta a leggere una rivista di gossip, mentre l'anestesista Pozzi è andato via dalla sala già da qualche minuto per una pausa caffè. Alle parole del chirurgo, Antonella si alza dallo sgabello, estrae la siringa di propofol prontamente custodita nella tasca del camice e somministra dell'altro anestetico. Nessuno in sala nel frattempo ha interrotto ciò che stava facendo. Il tutto si svolge nell'arco di una manciata di secondi.

Questo estratto mostra il movimento del paziente come un evento routinario, al quale tutti sembrano essere abituati. Nessuno dei membri dell'equipe ha manifestato preoccupazione o paura per il movimento del paziente, così come nessuno ha chiesto di contattare l'anestesista di turno. L'assenza dell'anestesista, che solitamente provvede alla somministrazione di una dose aggiuntiva di anestetico, non ha comportato nessuna sospensione delle attività in sala. Da un punto di vista organizzativo le pratiche in sala hanno continuato a scorrere grazie all'infermiera di anestesia e alla somministrazione di altro anestetico; in tal senso

si può affermare che le competenze dell'infermiera di anestesia hanno permesso di portare a termine questa fase del processo operatorio in maniera competente.

Quanto fin qui illustrato attraverso l'analisi degli stralci delle osservazioni e gli estratti di conversazioni con operatori del blocco operatorio, permette di riflettere sui differenti volti che competenze esperte e conoscenze sensibili acquisiscono nella costruzione e configurazione della sicurezza operatoria: esse rappresentano elementi fondamentali per la costruzione di pratiche mediche sicure e al contempo, in virtù di questa centralità nel network della sicurezza, possono destabilizzare le pratiche mediche in sala.

Conclusioni

L'analisi proposta in questo capitolo ha permesso di illustrare come competenze esperte e conoscenze sensibili contribuiscono in maniera congiunta alla costruzione della sicurezza quale pratica situata. Più nello specifico, ciò su cui ho voluto focalizzare l'attenzione è il modo in cui queste due dinamiche organizzative e lavorative, si allineano o dis-allineano alle pratiche mediche ed organizzative.

Le ragioni per cui competenze esperte e conoscenze sensibili vanno considerate come inscindibili nella costruzione della sicurezza risiedono nell'interprofessionalità che caratterizza i team chirurgici. Le differenti visioni ed expertise professionali che popolano le sale operatorie fanno sì che ciascun operatore sviluppi una maniera differente di approcciarsi al processo operatorio, ai pazienti, agli operatori, nonché alla sicurezza. A seconda infatti della professionalità posseduta e del ruolo che ricopre, ciascun membro svilupperà:

- una differente considerazione di cosa sia la sicurezza e di come si costruisca;
- una maniera differente di focalizzare le proprie conoscenze sensibili su una specifica fase del processo operatorio, su questo o quell'oggetto, piuttosto che su un operatore o una parte del corpo in cura.

Affinché le pratiche mediche si svolgano senza intoppi o pericoli, è necessario non solo che ciascun operatore metta in pratica le proprie competenze e conoscenze sensibili nella maniera corretta, ma anche che le allinei a quelle altrui.

La centralità di queste due dinamiche organizzative e lavorative nella costruzione della rete della sicurezza operatoria risulta chiara se si riflette sul modo in cui gli operatori articolano le “proprie” pratiche agganciandole a quelle degli altri membri dell’equipe. Per ciò che attiene in particolare le competenze esperte, è possibile sottolineare come, ad esempio, l’allontanamento (seppur momentaneo) di un operatore dalla sala può determinare una riconfigurazione dei ruoli e dei compiti, con la conseguente messa in pratica di competenze tutt’altro che esperte da parte dell’operatore che prende il posto del collega assente. In uno degli estratti proposti è stata illustrata la situazione in cui un chirurgo necessita di un ferro sterile e, dal momento che l’OSS si è allontanato dalla sala, il secondo chirurgo prende il ferro dal tavolo servitore per porgerlo al collega. Nel mettere in atto questa pratica, però, il chirurgo ha finito per contaminare la sterilità del tavolo servitore. Le ragioni di questo errore risiedono certamente nell’inesperienza, ma ciò su cui vale la pena concentrarsi è il modo in cui dinamiche e processi organizzativi hanno contribuito alla costruzione di questa situazione a rischio. Le dinamiche e i processi in questione intrecciano inevitabilmente differenti competenze esperte. La situazione a rischio verificatasi in sala sembra essere l’esito di un dis-allineamento tra competenze esperte, spazi organizzativi e ruoli professionali. L’esempio forse più emblematico del modo in cui competenze esperte e conoscenze sensibili sono indissolubilmente legate tra loro nella costruzione della sicurezza in sala è quello relativo alla fase del posizionamento dei pazienti sul tavolo operatorio. La posizione che il paziente assume deve essere tale da consentire a ciascun membro di svolgere il proprio ruolo in maniera competente, ma anche e soprattutto deve permettere ai singoli operatori di incastrare il proprio operato in sala a quello degli altri, negoziando tempi, spazi, competenze esperte e conoscenze sensibili.

Ciò che ho voluto illustrare in questo capitolo è l’analisi di due dinamiche organizzative e lavorative indispensabili in sala operatoria per portare a termine i

processi operatori senza rischi, né pericoli per gli attori organizzativi coinvolti. Dall'analisi proposta emerge come tali dinamiche possiedano un volto duplice: da un lato rappresentano un elemento solido (ma non per questo stabile), la base su cui una serie di altri elementi e dinamiche organizzative sono poggiate o annodate; dall'altro, costituiscono un elemento dinamico che si aggancia o si sgancia alle altre componenti organizzative.

CAPITOLO 9

Sicurezza e pratiche comunicative in sala operatoria

Introduzione

Parlare, in sala operatoria, costituisce una vera e propria pratica medica. Il carattere situato della sicurezza operatoria fa sì che le dinamiche comunicative che hanno luogo in sala accompagnino le performance dell'equipe contribuendo alla stabilizzazione di queste ultime.

A partire dall'illustrazione delle pratiche comunicative istituzionali e ordinarie (cfr. cap. 6), il capitolo si articolerà nei seguenti tre paragrafi:

- nel primo analizzerò le dinamiche comunicative istituzionali; in particolare, verrà evidenziato come le dinamiche comunicative, agganciandosi ai processi tecnologici, nonché alle competenze esperte ed alle conoscenze sensibili degli attori che popolano la sala, scandiscono (e vengono a loro volta scandite da) i tempi e gli spazi del processo operatorio;

- nel secondo paragrafo, l'attenzione verrà focalizzata su quell'insieme variegato di dinamiche comunicative che permettono di istruire gli attori organizzativi (siano essi operatori o pazienti), dando indicazioni circa la maniera in cui lavorare e "abitare" la sala;

- nel terzo ed ultimo paragrafo, l'attenzione sarà focalizzata sulla comunicazione ordinaria, ovvero su quell'insieme di dinamiche comunicative che, pur non avendo per oggetto le pratiche lavorative, contribuisce alla creazione di un clima organizzativo più o meno sereno, e quindi alla costruzione del clima della sicurezza.

Ciascuna di queste dinamiche comunicative verrà analizzata focalizzando l'attenzione sul modo in cui si aggancia, si sgancia, si allinea e dis-allinea alla sicurezza quale pratica situata.

9.1. Le dinamiche comunicative in sala e la scansione delle pratiche mediche

I tempi e gli spazi all'interno del blocco operatorio sono scanditi dalle pratiche mediche che in esso hanno luogo a partire dalle dinamiche comunicative che gli attori organizzativi mettono in scena. Così, ad esempio, la fine e l'inizio di un intervento saranno dettati dalle dinamiche comunicative tra anestesista e chirurgo.

In sala operatoria l'anestesista inizia l'intubazione e, una volta terminata, il chirurgo chiede: "*Anestesista, ci siamo?*". L'anestesista risponde di sì e l'intervento ha inizio.

Finché il chirurgo non riceve risposta positiva da parte dell'anestesista, le attività di tutti gli operatori rimangono sospese, eccezion fatta per quelle messe in atto da infermiera di anestesia ed anestesista. Sarebbe dunque la dinamica comunicativa tra chirurgo e anestesista a dettare il momento di inizio dell'intervento, mentre le comunicazioni tra gli altri membri dell'equipe rimangono (al pari delle pratiche mediche di ciascuno) sospese finché il paziente non diventa incosciente.

Può anche accadere, però, che le dinamiche comunicative che accompagnano i tempi di inizio e di fine intervento non si allineino perfettamente alle pratiche operatorie e che quindi si generino fratture nella routine operatoria.

Sono le 8.25 quando in sala tutto è pronto per iniziare e l'infermiera Francesca raggiunge il reparto per trasportare la paziente in sala. Nel frattempo i chirurghi dottor Lancia e la dottoressa Paci raggiungono la sala operatoria. Dopo un paio di minuti l'equipe in sala è al completo: manca solamente Francesca. All'arrivo di Francesca in sala la paziente viene fatta distendere sul tavolo operatorio e i chirurghi lasciano la sala. Francesca procede con l'inserimento nel braccio della paziente, ma impiega più tempo del solito perché ha

difficoltà a “trovare la vena”. Al rientro dei chirurghi in sala Francesca è ancora intenta nell’inserimento della flebo. La dottoressa Paci: *“E allora? Com’è finita?”*. Francesca risponde: *“Ho quasi fatto”*. I due chirurghi, dopo aver indossato camici e guanti, si posizionano ai lati del tavolo operatorio. L’anestesista Traina decide di intervenire e procede lei stessa all’inserimento della flebo. Ancora qualche minuto di attesa. Nel frattempo anche il dottor Lancia inizia ad essere irrequieto: *“Non lo so ... ci penso io?”*. L’anestesista risponde: *“Non c’è”* [si riferisce alla vena]. La paziente nel frattempo è sveglia e accusa dolore al braccio sul quale Francesca e la dottoressa traina stanno lavorando. Alle 8.50 si può finalmente procedere all’induzione dell’anestesia. Una volta intubata la paziente il dottor Lancia sottolinea quanto sia importante che i tempi di intervento siano rapidi: *“Signore, se stiamo venti minuti solo per mettere un ago in vena non riusciamo sicuramente a finire in tempo. Va bene che è il primo, ma immaginate se fosse stato l’ultimo intervento. Che facevamo? Rimanevamo qua fino alle tre?”*. La dottoressa Traina ribatte: *“Ma non è colpa mia. Praticamente la signora è senza vene. Comunque ora si può incidere”*. L’intervento ha finalmente inizio.

Il fatto che la paziente non fosse ancora anestetizzata al momento dell’arrivo dei chirurghi in sala, ha comportato una sospensione dei tempi chirurgici. Il mancato coordinamento dei flussi di azioni e delle pratiche mediche dei singoli operatori ha dato vita ad una dinamica comunicativa finalizzata alla sollecitazione da parte dei chirurghi di agire con rapidità nei confronti di infermiera di anestesia ed anestesista. Il chirurgo sottolinea che il concludere ciascuna fase del processo chirurgico in modo tale che la successiva non subisca dilatazioni è fondamentale per garantire la conclusione della seduta operatoria senza ritardi. Da un punto di vista organizzativo è possibile sottolineare come i tempi di un intervento dipendano dall’incastro e dall’allineamento dei tempi delle singole fasi e procedure. Da un punto di vista più strettamente focalizzato sulla sicurezza, invece, è possibile sottolineare altri aspetti: innanzitutto la paziente era vigile e cosciente durante lo scambio di battute tra chirurghi e anestesista e ciò può certamente comportare agitazione e preoccupazione; inoltre, anestesista ed infermiera di anestesia non si sono preoccupate di tranquillizzare la donna durante

questa fase problematica. L'estratto illustrato permette di evidenziare che le dinamiche comunicative si configurano come una complessa danza tra elementi eterogenei: competenze esperte, oggetti tecnici e tempi d'intervento.

Allo stesso modo, solitamente accade che al termine di un intervento gli operatori attendano che l'infermiere di anestesia riceva l'ok dal chirurgo per sospendere l'induzione dell'anestesia.

L'intervento sta per essere ultimato. L'anestesista Gemma è in piedi, alla testa del tavolo operatorio ed osserva l'operato dei colleghi chirurghi. L'infermiera di anestesia, invece, è seduta sullo sgabello posto di fianco al ventilatore, intenta a sfogliare una rivista. Il chirurgo dottor Liotta, prima di lasciare la sala e di lasciare che il dottor Tinto chiuda il campo operatorio, dice alla dottoressa Gemma: *“Laura, puoi sospendere [si riferisce all'induzione di farmaci]. Abbiamo finito”*. La dottoressa sospende così l'infusione e dopo qualche minuto, procede all'estubazione.

Può però accadere che, anche per sancire la fine di un intervento, i tempi si dilatino. In tal caso, non tutta l'equipe operatoria ne risulta coinvolta.

La dottoressa Chilotto inizia la chiusura del campo operatorio. Prima di lasciare la sala, il chirurgo dottor Pesti domanda all'anestesista: *“Ma ha sentito poco fa che le ho detto che poteva sospendere?”*. L'anestesista risponde di sì, ma continua dicendo: *“Veramente ho calcolato male i tempi. Dormirà ancora un po' [si riferisce alla paziente]”*. Il dottor Pesti non aggiunge altro e va via dalla sala. L'infermiere Renato prepara l'occorrente per l'estubazione. Dopo un paio di minuti la dottoressa Chilotto termina la chiusura del campo e va via dalla sala. La strumentista Bianca medica la ferita e applica un cerotto sulla parte operata. L'anestesista a quanto pare non ha calcolato correttamente i tempi dell'intervento e la paziente è ancora anestetizzata. Renato domanda alla dottoressa Milani: *“In effetti hanno fatto presto”* riferendosi ai chirurghi, che hanno ultimato l'intervento in tempi rapidi. La paziente rimane anestetizzata ancora qualche minuto, finché non è possibile

procedere col risveglio e con il trasferimento in reparto.

I tempi dell'intervento si sono dilatati: la paziente era ancora anestetizzata dopo la chiusura del campo operatorio. Nello studio di Prentice (2007) viene analizzato il tempo chirurgico e si sottolinea che minore è il tempo dell'anestesia, più rapidamente i pazienti riusciranno a recuperare coscienza. Prentice però considera i tempi dell'anestesia come strettamente legati al modo in cui i chirurghi utilizzano i tempi dell'intervento (Prentice, 2007). Dall'estratto proposto, invece, ciò che emerge è che i tempi sono sì collegati al modo in cui i chirurghi gestiscono l'attività operatoria, ma anche alla maniera con cui altri umani e non umani che popolano la sala si agganciano alle pratiche mediche: le dinamiche comunicative si sono dis-allineate rispetto al network di elementi che compongono la sicurezza operatoria e viceversa. Mentre strumentista, chirurghi e OSS procedono alla conclusione delle pratiche mediche di loro competenza, infermiere di anestesia ed anestesista, risultano invece imbrigliati, vincolati alla dilatazione temporale.

Ma le dinamiche comunicative possono incidere sulla scansione temporale non solo definendo l'inizio e la fine di un intervento, ma anche sospendendo temporaneamente le attività in sala nel corso del processo operatorio.

In sala l'intervento è in corso da una ventina di minuti e si prevede che si concluderà non prima di un'ora. Il paziente sul tavolo operatorio però inizia a muoversi. La strumentista Sofia dice: *“Muove il braccio, o sbaglio?”*. L'infermiera di anestesia Flavia, in piedi accanto alla porta intenta a parlare con un tirocinante, si avvicina al monitor del ventilatore meccanico e somministra dell'altro anestetico. Intanto il chirurgo dottor Stenti attende in piedi, di fianco a Sofia, che il paziente ritorni ad essere immobile e poi riprende il proprio lavoro. Al rientro dell'anestesista Biondi in sala, Flavia dice: *“Dottorressa, ne ho fatti altri 20, ma già ho scritto tutto”*. La dottoressa prende la cartella anestesiologicala e verifica quanto detto da Flavia, poi va di nuovo via dalla sala, dicendo semplicemente: *“Ok”*.

Accade frequentemente che i pazienti nel corso degli interventi si muovano e altrettanto frequentemente accade che in questi momenti l'anestesista dell'equipe non sia in sala. La situazione illustrata mostra come la riconfigurazione delle pratiche mediche sia avvenuta a partire dalle parole della strumentista. La domanda di Sofia ha fatto sì che Flavia interrompesse la conversazione col tirocinante e si avvicinasse al tavolo operatorio. Non solo i tempi dunque, ma anche gli spazi operatori sembrano essere definiti dalle dinamiche comunicative e viceversa. In particolare, riguardo ai tempi, il chirurgo ha sospeso le proprie attività fino a che il paziente non ha riacquisito completa immobilità; di conseguenza, la strumentista, essendo vincolata al lavoro del dottor Stenti, ha anche lei sospeso la propria pratica lavorativa. Per ciò che attiene gli spazi, invece, le dinamiche comunicative hanno coinvolto spazi operatori differenti: quello abitato da chirurgo e strumentista, quello popolato dai tirocinanti e dall'infermiera al momento dell'incidente, nonché quello abitato abitualmente da infermiere ed anestesista.

Ma le dinamiche comunicative all'interno della sala operatoria sembrano contribuire soprattutto alla definizione di spazi e tempi relativi ad una specifica fase del processo operatorio: il posizionamento del paziente.

La paziente che sta per essere operata sta per raggiungere la sala operatoria accompagnata dall'infermiere Elio. Il resto dell'equipe è in sala, intenta a discutere il posizionamento. La strumentista Marina dice: *“Sotto il collo mettiamo un cuscino”*, ma l'anestesista dottor Sereni dice sorridendo: *“Sì, magari gli facciamo portare pure un caffè. Prima però chiediamogli se lo vuole macchiato o no”*. Marina non capisce quale sia esattamente il significato delle parole del collega e lo guarda con aria perplessa. Il chirurgo dottor Renzi, rivolgendosi all'anestesista dice: *“Sereni, senza cuscino non ho lo spazio materiale per operare”*. Il dottor Sereni: *“E col cuscino il CVC dove lo metto?”*. Il chirurgo: *“Non mi sono spiegato: col collo piegato può essere che non riesco neanche a incidere?”*. Il dottor Renzi, pronunciate queste parole, lascia la sala. Sereni si lascia andare a uno sfogo con Elio: *“Certo che c'è da impazzire ... Se tutte le volte devono avere ragione loro noi qua che facciamo?”*. Elio non dice nulla.

Le dinamiche comunicative che hanno avuto luogo in sala operatoria sottolineano il carattere negoziale del posizionamento. Le esigenze del chirurgo e quelle di anestesista ed infermiere di anestesia, vengono palesate per definire qual è il modo migliore di posizionare il paziente che sta per essere operato. Questa definizione degli spazi di intervento comporta anche una definizione delle pratiche e delle competenze che ciascun operatore deve o può porre in essere. Da un altro punto di vista, i differenti punti di vista e le differenti esigenze degli operatori sono anche dettate dalla maggiore o minore sicurezza che deriva dalla negoziazione. In particolare, se il paziente viene posizionato in un modo, il chirurgo non riuscirà ad intervenire nella maniera corretta (o forse a lui più congeniale); viceversa, a seconda del posizionamento del collo, l'anestesista avrà difficoltà ad inserire il catetere. Quindi, le dinamiche comunicative contribuiscono alla sicurezza operatoria nella misura in cui concorrono alla definizione di spazi, competenze esperte e conoscenze sensibili, nonché all'uso degli strumenti implicati nel processo operatorio.

Può anche accadere che spazi e tempi in sala operatoria subiscano una dilatazione quando l'equipe non è al completo.

L'anestesista Ponzi è andato via dalla sala da una decina di minuti, quando il chirurgo dottor Sarti dice: *“Si muove”*. L'infermiera Adele (che lavora in ospedale da un paio di mesi) si guarda intorno, guarda il monitor del ventilatore e poi il dottor Sarti. Quest'ultimo dice: *“Dov'è Ponzi?”*. Adele: *“Fuori, credo”*. Il dottor Sarti, rivolgendosi all'OSS Mario: *“Lo chiami, per favore?”*. Mario va in corridoio e dopo qualche secondo rientra dicendo: *“Qua fuori non c'è. Sarà nell'altra saletta [si riferisce alla sala caffè situata in fondo al corridoio]. Che faccio?”*. Il dottor Sarti: *“Cercalo e anche rapidamente! Qua siamo tutti in stand by”*. Intanto in sala tutto è come sospeso: tutti gli operatori sono in attesa del rientro dell'anestesista, inclusa Adele, ferma alla testa del tavolo operatorio con una siringa in mano. Dopo un paio di minuti entra il dottor Ponzi, guarda Adele con la siringa in mano e le chiede: *“La stavi ammirando? [riferendosi alla siringa]. Non ti hanno spiegato che si inietta? Ti faccio vedere come. Guarda!”*. Mentre il dottor Ponzi inietta l'anestetico nella flebo, Adele non proferisce parola. Dopo trenta

secondi Ponzi dice: *“Dottore, tutto ok. Può continuare”*. L’intervento riprende.

A partire dalle parole del chirurgo (*“Si muove”*), in sala si dà vita ad una dinamica comunicativa tra tre membri dell’equipe che scandisce i tempi operatori. Il tempo si dilata finché in sala l’equipe non risulta nuovamente al completo. Anche gli spazi sono stati attraversati dalle dinamiche comunicative, dentro e fuori la sala. Il fatto che l’anestesista si trovasse nella sala caffè, infatti, ha fatto sì che la gestione della situazione a rischio in sala, nonché delle pratiche mediche più in generale, fosse strettamente legata alle dinamiche comunicative anche al di fuori di essa. Da un punto di vista più strettamente legato alla sicurezza operatoria, ciò che occorre sottolineare è che una situazione a rischio in sala può a sua volta generare una serie di dinamiche comunicative che definiscono spazi e tempi d’intervento. Ma se si osserva la situazione illustrata da un’altra angolazione emerge che è vero anche il contrario: spazi e tempi organizzativi scandiscono e configurano le dinamiche comunicative all’interno della sala e contribuiscono dunque alla sicurezza operatoria. Le stesse riflessioni possono essere avanzate in relazione all’estratto che segue, dove gli attori coinvolti nelle dinamiche comunicative sono anche coloro i quali non prendono mai attivamente parte all’esecuzione delle pratiche mediche in sala: i tirocinanti.

Lo strumentista si trova al tavolo operatorio di fronte il dottor Trono, accanto al dottor Presti. I due chirurghi parlano tra loro di un intervento svoltosi la scorsa settimana all’interno in un ospedale di una città vicina. Il dottor Presti chiede allo strumentista Gabriele di porgergli il divaricatore. Gabriele, però, è distratto dalla conversazione che il tirocinante Matteo e l’OSS Davide stanno avendo circa il probabile acquisto di un giocatore da parte di una squadra di calcio. Il dottor Presti deve richiamare una seconda volta l’attenzione di Gabriele, chiamandolo per nome, prima di avere ciò che ha chiesto.

Il performarsi delle attività in sala sembra rimanere sospeso nel momento in cui lo strumentista, distratto dalla conversazione con OSS e tirocinante, ritarda nel porgere lo strumento richiesto al chirurgo. Tale sospensione viene da un lato interrotta dalle parole del dottor Presti e dall'altro viene alimentata e dilatata dalle parole tra i due operatori e il tirocinante. Il fatto poi che la conversazione tra i due operatori e Gabriele non avesse nulla a che fare con l'intervento e con la pratica operatoria più in generale, è indicativo del fatto che le dinamiche comunicative che scandiscono spazi e tempi d'intervento sono agganciate anche a dinamiche comunicative di tipo ordinario, assai distanti da quelle istituzionali. L'analisi della sicurezza operatoria può dunque venire letta come agganciata alle dinamiche comunicative istituzionali nella misura in cui queste ultime si intersecano ad altre dinamiche organizzative e ad altre dinamiche comunicative di tipo diverso. Nel paragrafo che segue verrà illustrato un ulteriore tipo di dinamiche comunicative: quello che consente di istruire ed educare operatori e pazienti circa la maniera corretta di abitare la sala operatoria.

9.2. Comunicare la sicurezza in pratica: istruzioni per l'uso

In questo paragrafo illustrerò un altro tipo di dinamiche comunicative istituzionali: quelle che hanno per oggetto istruzioni relative alle attività da compiere per i membri dell'equipe e per i pazienti.

Scelgo di iniziare l'analisi di queste dinamiche comunicative "istruttive" ponendo innanzitutto l'accento su un aspetto peculiare del blocco operatorio di questo ospedale. Il blocco operatorio dell'Ospedale Francesca Serio si contraddistingue da quello dell'Ospedale Santa Flavia per un aspetto in particolare: la costante presenza in sala di tirocinanti. L'equipe allargata che caratterizza il lavoro all'interno del blocco operatorio sembra influire sulle modalità con cui le dinamiche comunicative hanno luogo.

In sala il brusio di sottofondo dei 5 tirocinanti presenti viene bruscamente interrotto dal chirurgo dottor Castro, il quale è intento nell'esecuzione di un delicato intervento chirurgico. Una emorragia inaspettata provoca preoccupazione ed ansia nei due chirurghi, i quali parlano concitatamente tra loro e con la strumentista. *“Aspira, veloce!”* dice il dottore Castro alla strumentista Sonia, mentre il secondo chirurgo, il dottore Petralia, chiede all'OSS delle altre garze. In sala nessuno parla, ma durante questa concitazione i tirocinanti iniziano a scambiarsi pareri sul da farsi e sull'accaduto non previsto (l'emorragia). Il dottor Castro, però, infastidito dalle voci dei tirocinanti li ammonisce tutti dicendo: *“Insomma! Sapete cos'è un'emergenza? Questa! Questa!”*.
In sala non parla più nessuno fino a che il campo operatorio non viene chiuso.

Solitamente i tirocinanti chiacchierano tra loro nel corso di tutti gli interventi, ma sempre sottovoce, bisbigliando e assai di rado i membri dell'equipe li ammoniscono chiedendo loro silenzio. Dall'estratto si evince però che una situazione di emergenza e quindi di pericolo potenziale per il paziente, può generare insofferenza da parte dei chirurghi. Sembra quindi che, a seconda delle situazioni che si vengono a creare in sala, una parte delle dinamiche comunicative che ha luogo nel corso degli interventi chirurgici possa ostacolare la corretta esecuzione del processo operatorio.

Situazioni come questa sono del tutto eccezionali: mai mi è capitato di assistere ad una scena in cui uno o più operatori venivano invitati a non parlare per consentire ai colleghi di realizzare in maniera competente il proprio lavoro. Scelgo di inserire questo estratto in questa sezione dedicata alle dinamiche comunicative che istruiscono perché il chirurgo, ammonendo i tirocinanti, ha in un certo qual modo istruito i giovani spettatori in sala circa le modalità dello stare in sala nel corso di situazioni critiche. La situazione di pericolo potenziale ha infatti fatto sì che la routine operatoria che prevede che i tirocinanti che assistono agli interventi possano sempre comunicare tra loro senza intralciare l'operato dell'equipe, si rompesse, creando un nuovo flusso di dinamiche comunicative e interrompendone un altro.

Comunicare la maniera corretta di abitare la sala operatoria, però, non riguarda solamente i tirocinanti. Può infatti accadere che un operatore non conosca uno o più membri dell'equipe con cui sta per lavorare e che per questo chieda ai colleghi consigli relativi al come “stare” in sala con questo o quel collega.

In sala, ad inizio seduta, quando ancora il paziente da operare si trova in reparto, entra la strumentista Caterina (che oggi lavora nella sala operatoria adiacente), che domanda allo strumentista Martino: *“Ma tu sai com'è Giganti?”* (Il dottor Giganti è un chirurgo neo assunto, sul quale circolano voci non proprio positive). Martino risponde dicendo: *“Io non ci ho ancora lavorato, ma mi hanno detto che lancia tutto. Mani alte, sempre. Già Paolo si è punto giovedì”*.

Caterina risponde: *“Si l'ho saputo. Mamma mia! Sono terrorizzata. Ma ha problemi di suo o era solo nervoso?”*. Martino: *“No, no, sempre così è”*. Caterina va via dalla sala.

Saper lavorare in sala in maniera competente vuol dire anche informarsi circa un membro dell'equipe che non si conosce. Istruire in tal senso vuol dire fornire indicazioni circa il collega “sconosciuto”. Forse allertata dalle voci di corridoio, o forse allarmata semplicemente dalla notizia secondo cui un collega si sarebbe punto accidentalmente a causa delle abitudini lavorative del chirurgo neo assunto, Caterina ha deciso di chiedere informazioni (o conferma) ad un collega. Ciò che è certo è che lavorare in sala operatoria spesso vuol dire trovarsi a condividere spazi, tempi e pratiche operatorie con operatori con cui non si è mai lavorato prima. Martino si preoccupa di istruire la collega circa il da farsi: *“Mani alte, sempre”*. Solitamente gli strumentisti svolgono la propria attività in simbiosi con il chirurgo dell'equipe, ma per fare ciò devono sapere come il chirurgo in questione lavora. Sugerire alla collega di non tenere le mani abbassate, indica la possibilità che così facendo il lavoro di coordinamento e di simbiosi con il chirurgo condurrebbe ad una situazione a rischio. La possibilità di pungersi si

concretizza nel momento in cui il chirurgo getta i taglienti che utilizza senza prestare attenzione al modo in cui le mani dello strumentista sono posizionate in prossimità del tavolo servitore; allo stesso modo, la possibilità di pungersi si concretizza anche nella misura in cui lo strumentista di turno posiziona le mani nella maniera sbagliata, o non presta attenzione ai movimenti del chirurgo di turno.

Attraverso le dinamiche comunicative illustrate nell'estratto emerge come la sicurezza passi anche attraverso i suggerimenti di un collega di un'altra équipe e come tali suggerimenti fungano da istruzioni per chi, per la prima volta, deve svolgere le proprie pratiche con un collega di cui non si conoscono le abitudini.

L'estratto che segue enfatizza nuovamente l'importanza di conoscere e quindi di informarsi (venire informati) circa le abitudini e le esigenze chirurgiche di un operatore.

Alle 8.10 in sala sono presenti l'infermiera di anestesia Federica e l'OSS Dario. Dopo qualche minuto fa il suo ingresso in sala la strumentista Elena. Quest'ultima saluta e legge la lista operatoria posizionata sul tavolo, poi, rivolgendosi a Federica dice: *“Cominciamo bene! Finiremo dopodomani, lo sai, vero?”*. Federica: *“Ma che dici? Tre ernie inguine e due epigastriche?”*. Elena ribatte: *“Ma hai visto che oggi abbiamo Vella? L'ultima volta abbiamo finito un'ernia e poi mezz'ora per il risveglio? Ma dico io, non lo capisce che deve dimezzare i dosaggi?”*. Federica: *“Merda! Non lo sapevo. Io ci ho lavorato, ma solo in ortopedica. Ma poi che vuole fare? Mezz'ora a dormire muoiono? Entri sano ed esci morto. Cos'è stato? Niente, l'anestesista voleva farlo dormire per la notte”*. Elena: *“Dario, diglielo pure tu!”*. Dario sorride. Dopo qualche minuto Federica va a prendere il paziente in reparto. Al suo rientro in sala l'anestesista dottor Vella è già arrivato. Legge la lista, saluta il paziente e, in attesa dei chirurghi, chiacchiera con Dario. Alle 8.30 il dottor Sesti e la dottoressa Terni entrano in sala, si vestono e attendono che il paziente sia anestetizzato. Subito dopo l'intubazione, Federica guarda il monitor del ventilatore meccanico e leggendo le informazioni relative al dosaggio dell'anestetico, dice al dottor Vella: *“Dottore, non è meglio abbassare un po' Mezz'ora e hanno finito”*. Il dottor Vella: *“No, no, va bene così”*. Federica ed Elena si guardano e sorridono. Una

volta terminato l'intervento la dottoressa Terni lascia la sala e il dottor Sesti inizia la chiusura del campo operatorio. Federica dice all'anestesista: "*Sospendo?*" [si riferisce all'induzione dei farmaci anestetici]. Il dottor Vella: "*Ancora un paio di minuti*". Terminata la chiusura del campo operatorio, il dottor Vella sospende l'induzione dei farmaci, ma occorre aspettare altri dieci minuti prima che il paziente si risvegli completamente.

In questo estratto emergono due esempi diversi di dinamiche comunicative che istruiscono:

- il primo riguarda la conversazione tra Elena e Federica: la prima mette in guardia la seconda circa l'anestesista, in modo tale da non lasciarla impreparata e forse anche per evitare che i tempi del risveglio si dilatino troppo;

- il secondo, invece, ha a che fare con le dinamiche comunicative che hanno luogo tra Federica e l'anestesista. Federica, allertata dalla collega strumentista, prova a convincere l'anestesista ad utilizzare un dosaggio differente dell'anestesia, indicandogli che probabilmente l'intervento avrà durata breve.

La comunicazione tra i membri dell'equipe, peraltro, risulta fondamentale non solo per la gestione della pratica medica, ma anche per la gestione di eventuali situazioni di pericolo o rischio per il paziente. Da un lato, infatti, le dinamiche comunicative sembrano mettere in luce il "pericolo" che i tempi operatori si dilatino troppo; dall'altro risulta chiaro che più un paziente rimane sotto effetto dell'anestesia, più sarà considerato a rischio.

Ma un'altra dinamica comunicativa che istruisce si è realizzata durante il tentativo da parte di Federica prima di abbassare il dosaggio, poi di far sospendere l'induzione. Sebbene la riuscita non sia quella sperata dall'infermiera (l'anestesista non cambia il dosaggio e non sospende l'induzione), si tratta comunque di dinamiche che istruiscono o educano i componenti delle equipe circa il da farsi in sala.

Quello che propongo di seguito è invece un estratto in cui le dinamiche comunicative sono finalizzate a far sì che il flusso di pratiche mediche in sala non

si interrompa. Si tratta del passaggio di consegne nel momento in cui gli operatori dell'equipe finiscono il turno e vengono sostituiti da altri.

L'intervento ha inizio alle 13.10. Qualche minuto prima delle 14.00 entrano in sala operatoria l'OSS Piero e lo strumentista Ivan per dare il cambio ai colleghi. Dopo qualche minuto raggiunge la sala anche l'infermiera Ornella per dare il cambio alla collega Cristina. OSS, strumentista e infermiera di anestesia che stanno finendo il turno indicano ciascuno al collega che lo sostituirà il tipo di intervento, a che punto si trova e quali strumenti o farmaci sono stati utilizzati..

La condivisione di informazioni tra operatori in ingresso ed operatori in uscita risulta fondamentale per far sì che in sala tutto proceda senza rischi o pericoli. Ma il cambio turno avviene solitamente mentre l'intervento è ancora in corso; ciò vuol dire che in sala la pratica medica non subisce interruzioni, ma viene accompagnata da dinamiche comunicative che istruiscono.

Questo tipo di dinamiche comunicative avvengono sempre tra operatori appartenenti alla medesima categoria professionale e non vedono mai il coinvolgimento dei chirurghi. Questi ultimi, infatti, andranno via dalla sala solo ad intervento ultimato.

Solitamente il cambio turno avviene in momenti diversi: è difficile assistere ad una situazione in cui tutti gli operatori ad inizio turno entrano in sala nello stesso momento dando il cambio in contemporanea a tutti (tranne i chirurghi) i componenti dell'equipe in uscita. La sala operatoria durante questa fase risulta ancora più affollata: oltre ai membri dell'equipe in uscita ed ai tirocinanti, in sala ci sono anche gli operatori a inizio turno.

Un altro esempio di comunicazioni che istruiscono che coinvolgono operatori appartenenti alla medesima categoria professionale è quello rappresentato dalle situazioni in cui un operatore esterno all'equipe fa il suo

ingresso in sala per sapere quale sia il modo migliore per portare a termine un intervento chirurgico a cui non si è mai preso parte.

In sala, prima dell'inizio della seduta operatoria, fa il suo ingresso lo strumentista Manlio. Saluta e poi chiede allo strumentista Giorgio: *“Mai fatto mammelle. Mi aiuti?”*. Giorgio sorride e domanda: *“Ma con chi sei?”*. *“Con Pozzetto”* risponde Manlio. *“Allora tranquillo, è tutto sotto controllo, lui è calmo. Se mi avessi detto che eri con Giglio allora sarebbero stati c**** amari! Comunque, vieni qua, andiamo a bere un caffè e se offri tu ti spiego dalla A alla Z tutto quello che so. Tu me lo offri il caffè?”*. Giorgio risponde di sì sorridendo e i due strumentisti vanno via dalla sala.

L'operatore che istruisce il collega inesperto prima di fornire le indicazioni richieste domanda chi sia il chirurgo dell'equipe e ciò perché lavorare in sala operatoria vuol dire confrontarsi con operatori differenti che non solo hanno abilità, competenze ed expertise diverse, ma anche un diverso modo di rapportarsi agli altri membri dell'equipe. La dinamica comunicativa che ha luogo tra i due strumentisti è certamente una dinamica istituzionale che nasce dall'esigenza di uno dei due di sapere esattamente cosa fare e che travalica i confini della sala operatoria. Sebbene però l'esigenza di Manlio sia quella di conoscere come strumentare in sala nel corso di una mastectomia (ovvero quali ferri utilizzare e come procedere), la preoccupazione di Giorgio non è solo quella di fornire questo tipo di indicazioni, ma anche quella di descrivere in che modo il chirurgo si rapporterà al collega ed in che modo quest'ultimo dovrà (o forse potrà) rapportarsi al chirurgo. Portare a termine una pratica in maniera competente, dunque, vuol dire non solo sapere quali ferri usare, ma anche con chi si lavora.

Le dinamiche comunicative istituzionali che istruiscono vedono di tanto in tanto coinvolti anche i pazienti, soprattutto quando questi stanno per venire anestetizzati. Durante la fase immediatamente precedente all'induzione

dell'anestesia in sala, le dinamiche comunicative “preparatorie” avvengono sempre tra infermiere di anestesia e paziente o tra anestesista e paziente e hanno per oggetto il sonno.

La paziente viene posizionata sul tavolo operatorio quando l'anestesista Freddi fa il suo ingresso in sala. Posizionandosi alla testa del tavolo operatorio, la dottoressa saluta la paziente e le dice: *“Adesso le mettiamo questa mascherina sulla bocca. Lei conti fino a dieci e si rilassi. Si addormenterà e quando aprirà gli occhi sarà già finito tutto”*. La paziente annuisce e nel giro di qualche secondo si addormenta.

Allo stesso modo, anche durante la fase di risveglio, le dinamiche comunicative che istruiscono vedono coinvolti anestesisti e pazienti.

Il campo operatorio è stato chiuso e la chirurgo dottoressa Fossa lascia la sala operatoria. L'anestesista Piazza ha interrotto l'induzione dei farmaci e chiede all'infermiera Fabiana di preparare l'occorrente per l'estubazione. Il paziente inizia a muoversi e apre gli occhi. L'anestesista gli dice: *“Tutto bene, tutto bene. Signor Gatto, ha un tubo in gola. Adesso glielo tolgo, stia fermo. Faccia la tosse, forte forte!”*. Il paziente tossisce e l'estubazione si conclude con successo. Nei minuti immediatamente successivi, l'infermiera di anestesia rimane accanto al paziente e si preoccupa di ricordare a quest'ultimo di compiere dei respiri profondi. Poi lo accompagna in reparto insieme all'OSS.

Le dinamiche comunicative che ruotano intorno all'induzione dell'anestesia ed al risveglio sono finalizzate ad istruire il paziente circa il da farsi. Se nel primo caso gli operatori (infermiere ed anestesista) si preoccupano di spiegare ai pazienti che stanno per addormentarsi, nel secondo li stimolano a compiere respiri profondi.

Lo scopo dell'anestesia è quello di isolare temporaneamente i sensi di un paziente dal trauma dell'intervento chirurgico (Goodwin, 2008) e per fare ciò è necessario accompagnare tale isolamento con dinamiche comunicative finalizzate a spiegare cosa sta per accadere al corpo in cura. Il passaggio del corpo in cura da uno stato di attività ad uno di passività e viceversa è sempre affiancato da dinamiche comunicative specifiche, in cui al paziente viene spiegato cosa sta per accadere (*“Si addormenterà e quando aprirà gli occhi sarà già finito tutto”*) o quali gesti deve compiere (*“Faccia la tosse, forte forte!”*).

Quanto illustrato in questo paragrafo risulta interessante da un punto di vista organizzativo se si focalizza l'attenzione sul modo in cui una dinamica comunicativa che istruisce i componenti di una equipe chirurgica o i pazienti si interseca a molteplici spazi e luoghi. Ma anche un altro aspetto merita di essere sottolineato: le dinamiche istituzionali che istruiscono possono contribuire alla creazione di un clima più o meno positivo in sala e, così facendo, ad una maggiore o minore sicurezza operatoria.

Il ruolo giocato dalle dinamiche comunicative sulla costruzione di un clima più o meno positivo in sala verrà illustrato più nel dettaglio nelle pagine che seguono, focalizzando l'attenzione sulle dinamiche comunicative di tipo ordinario.

9.3. Dinamiche comunicative ordinarie e clima operatorio

Parlare di dinamiche comunicative di tipo ordinario in sala operatoria vuol dire fare riferimento a quella parte delle dinamiche comunicative che non hanno per oggetto il processo operatorio o le pratiche mediche, ma argomenti e vicende che hanno nulla o poco a che fare con le attività che hanno luogo in sala. Poiché tali dinamiche comunicative supportano e vengono a loro volta supportate dalla pratica medica in sala, al pari di quelle istituzionali, contribuiscono alla costruzione della sicurezza operatoria (Lingard et al., 2004).

Si tratta di dinamiche comunicative che possono avere luogo tra operatori, tra operatori e pazienti, o piuttosto tra tirocinanti e operatori.

Scelgo di iniziare l'illustrazione dell'analisi con un estratto che vede protagonisti i tirocinanti presenti in sala e l'infermiera di anestesia.

In sala operatoria l'intervento è in corso da una decina di minuti. I tirocinanti oggi sono piuttosto irrequieti: conversano ininterrottamente tra loro dall'inizio dell'intervento e con un tono di voce più alto del solito. Uno dei due chirurghi dell'equipe, il dottor Ostia, di tanto in tanto rivolge lo sguardo verso di loro, ma non dice nulla. L'anestesista Montini va via dalla sala, mentre l'infermiera di anestesia Teresa raggiunge il gruppo di tirocinanti dinanzi la porta della sala e inizia con loro una conversazione circa le nozze (le terze) del Primario di Ostetricia che si sono celebrate quattro giorni fa. I quattro tirocinanti sembrano piuttosto divertiti dal racconto dell'infermiera. Il dottor Ostia ad un certo punto grida: *“Infermiera! Il paziente!”*. Teresa si volta e vede che il paziente sta muovendosi piuttosto vistosamente, mentre i due chirurghi e la strumentista sono fermi, in attesa che il paziente venga nuovamente immobilizzato. Teresa raggiunge il carrello coi farmaci ed inietta una ulteriore dose di anestetico nella flebo. Dopo neanche un minuto, osserva nuovamente il monitor del ventilatore meccanico e dice: *“Tutto ok. Ora è a posto”*. Il dottor Ostia riprende così l'intervento, ma mentre Teresa sta nuovamente raggiungendo i tirocinanti dice: *“Infermiera, le conversazioni private fatele fuori e soprattutto a fine turno. Io sto qua per lavorare, non so voi ...”*. Teresa così si volta e si siede sullo sgabello posto alla testa del tavolo operatorio, senza dire nulla.

La dinamica comunicativa che ha luogo in sala e che dà il via alla riconfigurazione delle pratiche operatorie è certamente di tipo ordinario. A partire però da questa dinamica comunicativa ne segue un'altra di tipo istituzionale: il chirurgo richiama l'attenzione dell'infermiera perché il paziente sta compiendo dei movimenti. Le dinamiche comunicative all'interno delle sale operatorie contribuiscono alla costruzione di un clima più o meno sereno e possono

ostacolare o no la sicurezza operatoria: da un lato, il fatto che l'infermiera abbia discusso con i tirocinanti ha certamente creato un clima sereno e di ilarità tra questi attori organizzativi; dall'altro, però, le esigenze operatorie (la necessità di rendere il corpo del paziente nuovamente immobile) hanno fatto sì che le dinamiche comunicative ordinarie subissero una brusca interruzione. Ciò che però risulta ancora più interessante è che, nel momento in cui in sala il flusso delle attività riprende a scorrere senza problemi (quando cioè al paziente viene somministrata una ulteriore dose di anestetico), il chirurgo ritiene opportuno dire all'infermiera che questo tipo di conversazioni (quelle ordinarie) devono essere svolte non solo fuori dalla sala, ma anche e soprattutto non durante l'orario di lavoro. Secondo il chirurgo, dunque, sembra che le dinamiche comunicative ordinarie ostacolino il normale svolgersi delle attività in sala invece di contribuire alla creazione di un clima positivo. La letteratura di stampo clinico manageriale, così come quella sociologica, ha sottolineato l'importanza di analizzare le dinamiche comunicative all'interno delle sale operatorie come in grado di influire sull'attenzione dei membri del team impegnati nell'intervento chirurgico (Sevdalis et al., 2007; Lingard et al., 2006). Ma può anche accadere però che l'elemento ordinario comporti stress ed un clima tutt'altro che sereno, ad esempio quando l'oggetto di discussione ruota intorno ad allusioni sessuali e stereotipia di genere. Durante le settimane di osservazione non mi è mai capitato di assistere ad una situazione imbarazzante in cui allusioni sessuali fossero oggetto di discussione all'interno della sala e più in generale all'interno del blocco operatorio. Questo aspetto mi ha molto incuriosito ed ho cercato di comprendere le ragioni di questa situazione del tutto eccezionale, ponendo delle domande ad alcune operatrici nel corso di conversazioni informali che hanno avuto luogo nei momenti di pausa. Scelgo di presentare integralmente quanto affermato da Lorena, infermiera di anestesia che più di altre ha descritto con dovizia di particolari l'intero processo organizzativo che ha portato a questo cambiamento di rotta all'interno dell'ospedale.

“Fino a un mese e mezzo fa, più o meno, la situazione era insopportabile soprattutto per

*noi infermiere. C'è un chirurgo di cui non posso farti il nome, che praticamente infastidiva tutte le infermiere (quelle belle e quelle brutte, senza differenza) con battutine stupide sul sesso o su parti del corpo intime. Bene, una di queste si è rotta i *****, è andata da Testagrossa (il direttore sanitario) e ha fatto prima un colloquio e poi una carta scritta per il trasferimento, dove a quanto pare ha spiegato quello che questo pezzo di m**** diceva ogni giorno. Ovvio che questa cosa ha fatto il giro del mondo e che quindi tutti gli altri si sono cacati sotto e si mantengono belli tranquilli, senza dare fastidio a nessuna. Guarda, è arrivato il paradiso. Quelle rare volte che succede che qualcuno mi lancia un'occhiata un poco strana, io faccio una battuta e dico che me ne vado da Testagrossa. Devi vedere come si impauriscono!*

Lorena racconta questo aneddoto con aria soddisfatta, ma quando le domando quali provvedimenti sono stati presi nei confronti del chirurgo in questione, mi risponde afflitta: *“Vabbè, che gli dovevano fare? Un richiamo formale, niente di più. Ma se l'è fatta sotto però, credimi!”*.

All'interno del blocco operatorio di questo ospedale, quindi, non ho avuto modo di assistere a situazioni in cui stereotipi di genere ed allusioni sessuali fossero al centro di conversazioni all'interno della sala. Tuttavia, risulta interessante sottolineare come si sia posto fine ad una situazione che tutte le operatrici con cui ho avuto modo di parlare hanno definito “odiosa”. Ancor più interessante è che il richiamo formale indirizzato al chirurgo che più degli altri si rendeva partecipe di battute a sfondo sessuale, ha fatto sì che tutti gli altri operatori (soprattutto chirurghi) interrompessero questa abitudine. Sebbene infatti le operatrici hanno riferito di questo episodio in particolare, tutte hanno sottolineato come fosse una pratica piuttosto diffusa tra diversi chirurghi quella di *“mettere in imbarazzo solo perché sei femmina”* o *“farti battute sessuali e sessiste perché non conti niente”*.

Illustrato così l'aspetto delle dinamiche comunicative ordinarie che vedono protagonisti operatori e tirocinanti, scelgo adesso di presentare quella parte delle dinamiche comunicative che vede coinvolti pazienti e operatori.

Nel momento in cui un paziente fa il suo ingresso in sala, trascorrono solo pochi minuti prima che abbia inizio l'induzione dell'anestesia. In quest'arco temporale può accadere che:

- nessuno degli operatori rivolga parola al paziente, soprattutto se gli operatori sono in ritardo sulla tabella di marcia;

- l'infermiera di anestesia cerchi di rompere il ghiaccio con il paziente chiacchierando dei più svariati argomenti; in tal caso può anche accadere che uno o più operatori presenti in sala prenda parte alla conversazione.

La paziente entra in sala accompagnata dall'infermiera Francesca e viene aiutata a distendersi sul tavolo operatorio. Francesca inserisce la flebo dicendo: *“Sentirà solo una puntura, ma faccio subito”* e poi controlla la pressione. A quanto pare i valori sono più alti della norma, così Francesca dice alla paziente: *“Ma che mi combina? Si sta preoccupando? Guardi che è una stupidaggine”*. La donna sorride. Francesca inizia così a porre una serie di domande personali alla donna (*Ha figli? Da quanti anni è sposata? Dove abita?*). La donna risponde a tutte le domande. Francesca controlla nuovamente la pressione e all'arrivo dell'anestesista Fiaschetti dice a quest'ultima: *“La massima era alta, leggi qua (indicando la cartella anestesologica), ma ora è a posto”*. L'anestesista saluta la paziente e procede con l'induzione dell'anestesia.

La dinamica comunicativa cui l'infermiera dà luogo ha come fine quello di rendere la paziente serena. Ciò che contribuirebbe alla costruzione della sicurezza della paziente in sala è anche una dinamica comunicativa che nulla ha a che fare con il processo operatorio cui verrà sottoposta, ma che inevitabilmente lo accompagna. In letteratura sono presenti numerosi studi e ricerche relative alle dinamiche comunicative che hanno luogo nel corso della fase preoperatoria (Lingard et al., 2004; 2006; Sesti et al., 2007), ma scarsa attenzione viene dedicata alle dinamiche comunicative ordinarie che vedono coinvolte i pazienti. Questo aspetto riveste invece un ruolo di primo piano non solo per la costruzione della sicurezza, ma anche per la gestione delle pratiche mediche in sala. A seconda

infatti dello stato di maggiore o minore tensione in cui vertono i pazienti in attesa dell'intervento, in sala possono crearsi dilatazioni temporali o rotture delle routine operatorie.

Quanto illustrato in questo capitolo attraverso l'analisi degli stralci delle osservazioni e gli estratti di conversazioni con operatori del blocco operatorio, permette di riflettere sui differenti volti che le dinamiche comunicative acquisiscono nella costruzione e configurazione della sicurezza operatoria: rappresentano dinamiche che, agganciandosi alle pratiche mediche, attraversano spazi e tempi operatori e si allineano a competenze esperte e conoscenze sensibili, oggetti tecnici ed artefatti tecnologici, danno forma alla sicurezza all'interno del blocco operatorio.

Conclusioni

L'analisi proposta ha voluto evidenziare come le dinamiche comunicative, al pari degli altri due elementi del network eterogeneo che dà forma e stabilità alla sicurezza operatoria, si configurano in due modi differenti:

- come insieme tutt'altro che stabile che nasce a partire da altre dinamiche organizzative e dalle pratiche lavorative che hanno luogo in sala;
- come infrastruttura a partire dalla quale la sicurezza quale pratica situata prende forma e si stabilizza.

I dati della ricerca sul campo sono stati analizzati suddividendoli in tre grandi categorie, ciascuna delle quali facente capo ad uno specifico aspetto delle dinamiche comunicative:

1. le dinamiche comunicative che scandiscono (e a loro volta sono scandite da) il processo operatorio e le pratiche mediche in sala;
2. le dinamiche comunicative che contribuiscono ad istruire gli attori organizzativi (siano essi pazienti o operatori) circa il da farsi affinché abbiano luogo pratiche mediche competenti;

3. le dinamiche comunicative ordinarie che contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo più o meno positivo e quindi più o meno favorevole per l'esecuzione di un processo operatorio senza rischi né pericoli.

Ognuna di queste categorie è stata analizzata partendo dall'idea secondo cui la comunicazione, rappresenta un elemento inscindibile dalla sicurezza della pratica medica. Per ciò che attiene le dinamiche comunicative istituzionali, è stato evidenziato come le dinamiche comunicative realizzate tra gli attori organizzativi si agganciano al network della sicurezza. Un esempio interessante a questo proposito può essere individuato nelle dinamiche comunicative che hanno luogo nel corso della fase del posizionamento dei pazienti. Il carattere negoziale di questa fase del processo operatorio emerge dalle dinamiche comunicative tra operatori ed operatrici. La negoziazione riguarda gli spazi organizzativi (a seconda del modo in cui il paziente viene posizionato, ciascun operatore avrà uno spazio diverso in cui agire) e i tempi d'intervento (a seconda del posizionamento, l'intervento avrà una durata differente). Ma le dinamiche comunicative, contribuendo all'allineamento di spazi e tempi di intervento, nonché delle pratiche mediche e delle competenze di ciascun operatore, definiscono anche la forma che acquisirà la sicurezza in sala.

Le dinamiche comunicative che istruiscono gli attori organizzativi circa le attività che hanno luogo in sala contribuiscono alla costruzione della sicurezza e quindi di pratiche mediche competenti. Un esempio del ruolo di primo piano che queste dinamiche ricoprono nella definizione della sicurezza operatoria può essere fornito facendo riferimento ad una situazione in cui protagonisti sono due operatori appartenenti alla medesima categoria professionale. Uno degli operatori in questione non possiede le expertise necessarie allo svolgimento dell'intervento che sta per iniziare e per questo raggiunge un collega più esperto nella sala operatoria adiacente, per chiedergli indicazioni circa il modo corretto di intervenire. L'operatore che istruisce il collega inesperto non solo si preoccupa di fornire le indicazioni richieste (come, con quali strumenti, ecc.), ma si preoccupa anche di domandare chi sia il chirurgo dell'equipe e ciò perché lavorare in sala operatoria vuol dire confrontarsi con operatori differenti che non solo hanno

abilità, competenze ed expertise diverse, ma anche un diverso modo di rapportarsi agli altri membri dell'equipe. Questa dinamica comunicativa, dunque, è certamente finalizzata ad istruire, ma portare a termine una pratica in maniera competente vuol dire non solo sapere quali ferri usare, ma anche con chi si lavora. Competenze esperte e processi tecnologici sembrano dunque essere strettamente agganciate alle dinamiche comunicative istituzionali di questo tipo.

Infine, con l'analisi delle comunicazioni ordinarie, ho inteso porre l'accento sul modo in cui queste definiscono e stabilizzano il clima in sala operatoria. Questa parte della danza comunicativa in sala, al pari delle comunicazioni istituzionali, funge da elemento utile alla stabilizzazione ed alla definizione della sicurezza contribuendo alla creazione di un clima organizzativo più o meno positivo. Parlare in sala di questioni che nulla hanno a che fare con la pratica medica comporta molto spesso la ri-configurazione di una serie di elementi e dinamiche organizzative: l'allontanamento degli operatori dallo spazio in sala che di solito occupano fa sì che la pratica medica attraversi ambienti organizzativi multipli e che i tempi organizzativi vengano continuamente negoziati; intraprendere una conversazione con un paziente in fase preoperatoria può incidere sulla serenità di quest'ultimo e dunque sul modo in cui affronterà l'operazione. Questi elementi contribuiscono chiaramente alla costruzione della sicurezza operatoria nella misura in cui si allineano o dis-allineano tra loro, e nella misura in cui si agganciano alle altre dinamiche del network della sicurezza, favorendo un clima organizzativo più o meno sereno.

Le dinamiche comunicative, dunque, risultano imbrigliate in un network composto da molteplici dinamiche e pratiche organizzative.

CONCLUSIONI:
LA SICUREZZA COME PRATICA E NETWORK
ETEROGENEO

Dopo aver illustrato il framework teorico (cfr. cap. 1 e 2) e metodologico (cfr. cap. 3) nella prima parte di questa tesi ed aver, in un secondo momento, esposto dettagliatamente la ricerca empirica condotta, ritengo ora necessario interpretare il materiale empirico dei due casi di studio evidenziandone gli aspetti più salienti e puntualizzando le riflessioni fino a questo momento elaborate.

La sicurezza operatoria, così come emerso nelle pagine che precedono queste riflessioni conclusive, si configura come pratica situata, capacità emergente del sistema-organizzazione. La sicurezza in tal senso è qualcosa che si costruisce e si stabilizza a partire dalle attività che i singoli attori (umani e non) coinvolti nel processo operatorio performano nel loro fare quotidiano. La sicurezza operatoria si costruisce nel corso delle attività in sala, ma per comprendere questo processo di costruzione è necessario fare riferimento alle diverse dinamiche organizzative che entrano in gioco. A tal fine, ho focalizzato l'attenzione sulle attività che hanno luogo all'interno delle sale operatorie, ponendo l'accento su dinamiche sociali e materiali e sul modo in cui queste si intrecciano nel corso del normale svolgersi delle pratiche operatorie.

Il filo rosso che ha tenuto insieme le pagine di questa tesi è stato rappresentato dall'idea della sicurezza quale pratica, che acquista concretezza e solidità nelle connessioni che si stabiliscono all'interno di un network di elementi eterogenei. Come sottolineato nel capitolo 2, una delle caratteristiche delle pratiche organizzative risiede proprio nella loro sociomaterialità (Orlikowski, 2007). In riferimento alla sicurezza, in particolare, ho cercato di mostrare come qualunque tipo di pratica venga performata all'interno dei blocchi operatori sia sempre l'esito dell'allineamento o dis-allineamento di elementi sociali e materiali: conoscenze sensibili e competenze esperte, oggetti tecnici ed artefatti tecnologici,

dinamiche comunicative e clima organizzativo. Tanto nei capitoli teorici, quanto in quelli empirici, ciascuno di questi elementi è stato descritto ed analizzato separatamente dagli altri, ma ciò che emerge dall'intero lavoro è che la sicurezza viene performata proprio grazie all'intreccio che si viene a creare e stabilizzare tra di essi.

Oggetti e tecnologie, ad esempio, risultano indissolubilmente intrecciati alle conoscenze sensibili ed alle competenze esperte. L'elevata densità tecnologica che caratterizza i contesti ospedalieri, infatti, fa sì che ciascuna delle attività che ha luogo in sala operatoria avvenga con l'ausilio o di un oggetto tecnico o di un artefatto tecnologico, ma al tempo stesso richiede agli attori le competenze esperte e le conoscenze sensibili che permettono di gestire, utilizzare e supportare i non umani coinvolti nel processo operatorio. Non a caso, alcune delle questioni più rilevanti per la stabilizzazione della sicurezza operatoria sembrano ruotare intorno all'intreccio tra umano e non-umano (come nel caso di eventuali situazioni di *breakdown* connesse all'improvviso malfunzionamento di un oggetto, alla sua assenza o al suo smarrimento).

Quando umani e tecnologie si dis-allineano, entrano in gioco le dinamiche comunicative. Queste consentono di istruire gli operatori e, così facendo, di compensare eventuali deficit o mancanze relative alle performance di oggetti e artefatti tecnici. Agganciandosi a competenze esperte e conoscenze sensibili, le dinamiche comunicative permettono inoltre la condivisione tra operatori circa cosa fare e cosa sta accadendo/è accaduto e dunque di bypassare *breakdown* e situazioni di incertezza. Più nello specifico, quando il legame con il nodo dei non umani è dis-allineato, competenze esperte e conoscenze sensibili possono essere condivise attraverso dinamiche comunicative verbali e non, suggerendo e istruendo gli attori organizzativi circa la maniera corretta di aggirare il malfunzionamento di uno strumento.

Le conoscenze sensibili e le competenze esperte, a loro volta, sembrano essere fittamente agganciate alle dinamiche comunicative, nella misura in cui divengono oggetto di discussioni, scambi e interazioni (verbali e non) tra operatori e tra operatori e pazienti. In qualunque attività lavorativa ed organizzativa, gli

attori utilizzano i corpi ed attivano i propri sensi per imparare, conoscere ed agire in maniera competente (Strati, 1999; 2003; 2007). In tal senso, è possibile affermare come conoscenze sensibili e competenze esperte possono fungere da nodo “risolutore” del network della sicurezza anche a seconda della maniera in cui una competenza viene condivisa tra attori organizzativi. L’esperienza che un operatore ha maturato nel corso del tempo può divenire importante nella gestione di situazioni di pericolo nella misura in cui tale esperienza viene condivisa con un operatore meno esperto che si trova per la prima volta a dover performare una specifica attività in sala. Allo stesso modo, le conoscenze sensibili sono frequentemente oggetto di condivisione e di scambi/dinamiche comunicative. Guardare, toccare ed ascoltare, ricoprono un ruolo di primo piano nella creazione di attività competenti: l’esito di una pratica medica può (ad esempio) dipendere dall’abilità nel “vedere” con gli occhi di un altro operatore. In questo caso, le dinamiche comunicative che sottostanno alla capacità sensibile in questione permettono una condivisione quasi empatica tra attori organizzativi, talvolta anche molto distanti tra loro. La condivisione sembra dunque essere l’elemento chiave che tiene insieme, annodati ed eventualmente allineati, conoscenze sensibili e competenze esperte, da un lato, e dinamiche comunicative istituzionali dall’altro: è condividendo competenze e conoscenze sensibili che gli attori organizzativi sembrano in grado di superare o anticipare situazioni a rischio ed evitare pericoli potenziali.

Le dinamiche comunicative rappresentano non a caso il fattore umano considerato essenziale in letteratura per la creazione e la stabilizzazione di pratiche operatorie sicure. Le dinamiche comunicative di tipo istituzionale scandiscono i tempi di utilizzo degli oggetti e, a loro volta, sono scandite dalla maniera in cui gli operatori fanno funzionare e utilizzano gli “oggetti operatori” e gli “oggetti protettivi”. Le dinamiche comunicative di tipo ordinario facilitano invece la costruzione e la stabilizzazione del network della sicurezza nella misura in cui favoriscono o ostacolano la creazione in sala di un clima organizzativo positivo.

Alla luce di quanto appena affermato, è possibile sottolineare come i due casi di studio analizzati non si distanzino tra loro nella costruzione e stabilizzazione della sicurezza nei blocchi operatori. In ambedue i contesti ospedalieri in cui ho condotto l'osservazione, infatti, la sicurezza operatoria sembra essere l'esito dell'annodamento tra gli elementi appena illustrati, a cui possono, di volta in volta, annodarsene altri. È in relazione a questi ultimi, che le due realtà organizzative sembrano distinguersi:

- nell'Ospedale Santa Flavia la stabilizzazione del network della sicurezza sembra connessa agli spazi multipli che gli attori organizzativi attraversano nel corso del processo operatorio, quando una situazione di pericolo potenziale o un breakdown si manifestano. Quando tecnologie, conoscenze sensibili e dinamiche comunicative si dis-allineano, gli attori organizzativi mettono in atto strategie e performano pratiche che travalicano i confini della sala operatoria e, così facendo, gli spazi divengono elemento del network. Gli spazi, in tal senso, non sono dei meri luoghi fisici in cui transitano gli attori che abitano i blocchi operatori, ma piuttosto contesti d'azione che vengono di volta in volta organizzati a seconda delle contingenze e abitano delle pratiche che in essi prendono forma;

- nell'Ospedale Francesca Serio la stabilizzazione del network della sicurezza sembra invece essere strettamente legata alla presenza costante in sala di equipe allargate, in cui un numero variabile di tirocinanti assiste (e talvolta partecipa attivamente) alle attività operatorie. Questo dettaglio apparentemente secondario sembra rivestire grande importanza nella stabilizzazione delle pratiche della sicurezza in sala, almeno in due modi: da un lato la presenza in sala dei tirocinanti fa sì che questi apprendano la sicurezza "da vicino", sul campo; dall'altro, la loro presenza permette di gestire eventuali situazioni a rischio o eventi avversi.

Analizzare la sicurezza quale pratica situata, attraverso l'osservazione etnografica e lo shadowing, mi ha dunque permesso di leggere ed individuare non solo le dinamiche che maggiormente contribuiscono alla creazione della sicurezza operatoria, ma anche i processi che tengono insieme queste dinamiche in un unico grande network. Per quanto un approccio *practice-based* alla sicurezza

organizzativa sia già stato promosso (cfr. cap. 2), le ricerche sino ad oggi condotte hanno per lo più analizzato singole dinamiche e processi organizzativi, facenti capo ora alla sfera delle dinamiche comunicative (Lingard et al., 2002; 2004; 2006; Sevdalis et al., 2007), ora a quella delle tecnologie (Heath et al., 2003; Sims, 2005; Cabitza e Simone, 2006), ora ancora alle conoscenze sensibili ed al *sensemaking* (Albolino e Cook, 2005; Yule et al., 2006; Owen et al., 2009). Io ho puntato all'individuazione non più di un singolo processo organizzativo considerato come influente nella stabilizzazione di pratiche mediche sicure, ma di un insieme di processi e dinamiche organizzative. Una volta individuate, ho indagato la maniera in cui tali dinamiche riescono a mantenersi le une agganciate alle altre. Nello studio della sicurezza organizzativa, la comprensione e l'analisi della "natura" dei legami tra gli elementi del network permette anche di andare oltre la separazione (spesso forzata) tra gli studi di stampo clinico e manageriale e la letteratura di matrice sociologica: poiché entrambe le letterature sono oggi giunte all'individuazione di alcune dinamiche chiave (in buona parte coincidenti) nella creazione e stabilizzazione della sicurezza organizzativa, potrebbe risultare interessante integrare i risultati prodotti da ricerche condotte da prospettive differenti.

Riferimenti bibliografici

- Albolino, S., Cook, R., (2005), Medici in terapia intensiva: sensemaking, sicurezza e lavoro quotidiano, *Studi organizzativi*, 7(2), pp. 7-28.
- Alby, F., Zucchermaglio, C., (2006), Afterwards we can understand what went wrong, but now let's fix it: How Situated Work Practices Shape Group Decision Making Export, *Organization studies*, 27(7), pp. 943-966.
- Amsterdaska, O., (1987), Medical and Biological Constraints: Early Research on variation in bacteriology, *Social Studies of Science*, 17, pp. 657-87.
- Anderson, R. A., McDaniel, R. R., (2000), Managing healthcare organizations: where professionalism meets complexity science, *Health Care manager Review*, 25(1), pp. 83-92.
- Akrich, M., Pasveer, B., (2004), Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives, *Body & Society*, 2-3(10), pp. 63-84.
- Ball, M., J., Weaver, C., Abbott, P.A., (2003), Enabling technologies promise to revitalize the role of nursing in an area of patient safety, *International journal of medical informatics*, 69(1), pp. 29-38.
- Barley, S., (1986), Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments, *Administrative Science Quarterly*, 31, pp. 78-108.
- Barnes, B., (2001), *Practice as collective action*, in Schatzki, T., et al., (a cura di), *The practice turn in contemporary theory*, London: Routledge.
- Bechky, B., (2003), Sharing Meaning Across Occupational Communities: The Transformation of Understanding on a Production Floor, *Organization Science*, 3(14), pp. 312-330.

- Beck, U., (1986), *The Risk Society*, London: Sage,
- Beck, U., Holzer, B., (2007), *Organizations in world risk society*, in Pearson, C. M., Roux-Dufort, C., Clair, J. A., *International handbook of organizational crisis management*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berg, M., (1997), *Rationalizing Medical Work. Decision Support Techniques and Medical Practices*, The MIT Press, Cambridge, MA.
- Berg, M., Mol, A., (a cura di), (1998), *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques and bodies*, Londra: Duke University Press, Durham.
- Berger, P., Luckmann, T., *La realtà come costruzione sociale*, Bologna: Il Mulino.
- Brennan, T., A., (2000), The Institute of Medicine report on medical errors- could it do harm, *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1123-1125.
- Brown, J. S., Duguid, P., (1991), Organizational Learning and Communities of Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation, *Organization Science*, vol. 2(1), pp. 40-57.
- Bruni, A., (2003), *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Roma: Carocci.
- Bruni, A., (2005), Shadowing Software and Clinical Records: On the Ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts, *Organization*, 3(12), pp. 357-78.
- Bruni, A., (2008), La medicina come ingegneria dell'eterogeneo e pratica socio-materiale, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 49(3), pp. 451-476.
- Bruni, A., (2010), *La sicurezza organizzativa. Un'etnografia in sala operatoria*, Carocci: Roma
- Bruni, A., Gherardi, S., (2007), *Studiare le pratiche lavorative*, Bologna: Il Mulino.

- Bruni, A., Gherardi, S., Poggio, B. (2004), *Gender and entrepreneurship. An ethnographic approach*, London: Routledge.
- Bruns, H. C., (2009), Leveraging functionality in safety routines: Examining the divergence of rules and performance, *Human Relations*, 62(9), pp. 1399-1426.
- Cabitzza, F., Simone, C., (2006), You taste its quality: making sense of quality standards on situated artifacts, Proceedings of the First Mediterranean Conference on Information Systems, Venezia, Italia.
- Calás, M., Smircich, L., (1992), *Rewriting Gender in Organization Theory*, in Read, M., Hughes, M., Rethinking Organizations. London: Sage.
- Callon, M., Rabeharisoa, V., (2003), Research “in the wild” and shaping of new social identities, *Technology in society*, 25(2), pp. 193-204.
- Cardano, M., (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Roma: Carocci.
- Carthey, J., deLeval, M. R., Reason, J., (2001), Institutional resilience in healthcare systems, *Quality in healthcare*, 10(1), pp. 29-32.
- Cartwright, L., (2000), Reach Out and Heal Someone: Telemedicine and the Globalization of health care, *Health*, 4(3), pp. 347-377.
- Casper, M. e Berg, M., (1995), Constructivist Perspectives on Medical Work: Medical Practices and Science and Technology Studies, *Science, Technology & Human Values*, 4(20), pp. 395-407.
- Catino, M., (2006), *Da Chernobyl a Linate: incidenti tecnologici o errori organizzativi?*, Milano: Mondadori.
- Clegg, S. R., Kornberger, M., Rhodes, C., (2005), Learning/becoming/organizing, *Organization*, 12(2), pp. 147-167.

- Clifford, J., Marcus, G. E., (1986), *Writing Culture: The Poetics and Politics in Ethnography*. Berkley, CA: University of California Press; trad. it. (2001), *Scrivere le culture*, Roma: Meltemi.
- Cohen, T., Blatter, B., Almeida, C., Shortliffe, E., Patel, V., (2006), A cognitive blueprint of collaboration in context: Distributed cognition in the psychiatric emergency department, *Artificial Intelligence in Medicine*, 37(2), pp. 73-83.
- Cooper, R., (2010), The generalized social body: distance and technology, *Organization*, 17(2), pp. 242-256.
- Corradi, G., Gherardi, S., Verzelloni, L., (2008), Through the practice lens: where is the bandwagon of practice-based studies heading?, *Management learning*, 41(3), pp. 265-283.
- Czarniawska, B., (2004), On time, space and action nets, *Organization*, 11(6), pp. 773-791.
- De La Garza, C., (1999), Tempo, autonomia e discrezionalità nella manutenzione di infrastrutture ferroviaria, Per una ergonomia di processo, Dossier "Ergonomia", 12, Atti del XIX Seminario del Programma Interdisciplinare di Ricerca Organization & Well-being.
- De Lauretis, T., (1996), *Sui generis. Scritti di teoria femminista*, Milano: Feltrinelli.
- Drach-Zahavy, A., Somech, A., (2006), Reducing medication administration errors (MAEs): Applying a proactive organizational learning approach, *The Israel science foundation*, 50(23), pp. 19-25.
- Drew, P., Heritage, J., (1992), *Talk at work: Interaction in institutional settings* Cambridge: Cambridge University Press.

- Engestrom, Y., (1987), *Learning by expanding: an activity theoretical approach to development research*, Helsinki: Orienta Konsultit.
- Ewenstein, B., Whyte, J. K., (2007), Beyond Words: Aesthetic Knowledge and Knowing in Organizations, *Organization Studies*, 28(5): 689-708.
- Flinn, R., (2008), The language of teamwork: reproducing professional divisions in the operating theatre, *Human relations*, 61(1), pp. 103-130.
- Gephart, R. P., Van Maanen, J., Oberlechner, T., (2009), Organizations and Risk in Late Modernity, *Organization Studies*, 2-3 (30), pp. 141-155.
- Gherardi, S., (1995), *Gender, symbolism, and organizational cultures*, London: Sage.
- Gherardi, S., (1998), *Il genere e le organizzazioni. Il simbolismo del femminile e del maschile nella vita organizzativa*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gherardi, S., (2000), Practice-based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations, *Organization*, 7(2), pp. 211-223.
- Gherardi, S., (2002), Learning the trade. A culture of Safety in Practice, *Organization*, 2 (9), pp. 191-223.
- Gherardi, S., (2006a), *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*, Oxford: Blackwell.
- Gherardi, S., (2006b), Practicing gender at work: Further thoughts on reflexivity, *Gender, Work and Organization*, 3(13), pp. 254–276.
- Gherardi, S., (2007), *La tecnologia come pratica sociale: un quadro interpretativo*, in *Le tecnologie tra apprendimento e lavoro*, a cura di Gherardi, S., Bologna: Il Mulino.
- Gherardi, S., Nicolini, D., (2000), The Organizational Learning of Safety in Communities of Practice, *Organization*, 1(9), pp. 7-18.

- Gherardi, S., Nicolini, D., (2001), Il pensiero pratico. Un'etnografia dell'apprendimento, *Rassegna italiana di sociologia*, 42(2), pp. 231-255.
- Gherardi, S., Nicolini, D., Odella, F., (1997), Dal rischio alla sicurezza: il contributo sociologico alla costruzione delle organizzazioni affidabili, *Quaderni di Sociologia*, 13(41), pp. 79-104.
- Gherardi, S., Poggio, B., (2003), *Donna per fortuna, uomo per destino. Il lavoro raccontato da lei e da lui*, Milano: Etas.
- Gherardi, S., Strati, A., (a cura di), (2004), *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Roma: Carocci.
- Gibson, J. J., (1979), *The Ecological Approach to Visual Perception*, Boston: Houghton-Mifflin.
- Glaser, B. G., Strauss, A., (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, London: Weindenfeld and Nicolson.
- Goodwin, D., Pope, C., Mort, M., Smith, A., (2005), Access, boundaries and their effects: Legitimate participation in anaesthesia, *Sociology of Health and Illness*, 27(6), pp. 855-871.
- Goodwin, D., (2008), Refashioning Bodies, Reshaping Agency, *Science Technology & Human Values*, 3(33), pp. 345-363.
- Greenberg, C. C., Roth, E. M., Sheridan, T. B., Gandhi, T. K., Gustafson, M. L., Zinner, M. J., Dierks, M. M., (2006), Making the operating room of the future safer, *The American surgeon*, 11(72), pp.1102-1108.
- Healey, A. N., Undre, S., Sevdalis, N., Koutantji, M., Vincent, C. A., (2006), The complexity of measuring interprofessional teamwork in the operating theatre, *Journal of interprofessional care*, 20 (5), pp.485-95.

- Heath, C., Button, G., (a cura di) (2002) Special Issue on Workplace Studies, *British Journal of Sociology*, 52 (2), pp.163-179.
- Heath, C., Luff, P., (2000), *Technology in Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, C., Luff, P., Svennson, M. S., (2003), Technology and Medical Practice, *Sociology of Health & Illness*, 3(25), pp. 75-96.
- Helmreich, R. L., (2000), On error management: lessons from aviation, *Education and debate*, 7237(320), pp. 781-85.
- Helmreich, R., L., Schaefer, H., (1994), *Team performance in the operating room*, in Bohner, M.S., Human error in medicine, Hillsdale, N. J, Lawrence Erlbaum Associates.
- Hendrick, H. W., (1991), Ergonomics in organizational design and management, *Ergonomics*, 6 (34), pp. 743-756.
- Hindmarch, J., Pilnick, A., (2002), The tacit order of teamwork: collaboration and embodied conduct in anaesthesia, *Sociological Quarterly*, 2(43), pp. 139–164.
- Hirschauer, S., (1991), The Manufacture of Bodies in Surgery, *Social Studies of Science*, 2(21), pp. 279-319.
- Hollnagel, E., (2004), *Barriers and Accident Prevention*, Aldershot Hampshire: Ashgate.
- Hollnagel, E., Woods, D. D., Leveson, N., (2006), *Resilience Engineering: concepts and precepts*, Aldershot Hampshire: Ashgate.
- Iedema, R., Rhodes, C., (2010), The Undecided Space of Ethics in Organizational Surveillance, *Organization Studies*, 31(2), pp. 199-217.

- Kaushal, R., Barker, K. N., Bates, D. M., (2001), How can information technology improve patient safety and reduce errors in children's health care?, *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 155(9), pp. 1002-1007.
- Knorr-Cetina, K., Bruegger, U., (2002), Traders' Engagement with Markets: A Postsocial Relationship, *Theory, Culture and Society*, 5-6 (19), pp. 161-185.
- La Porte, T. R., Consolini, P. M., (1991), Working in Practice But Not in Theory: Theoretical Challenges of High-Reliability Organizations, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1(1), pp. 19-48.
- Latour, B., (1991), Technology is Society Made Durable, in Law, J. (ed.), *A Sociology of Monsters*, Londra: Routledge.
- Latour, B., Woolgar, S., (1979), *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Lave, J., Wenger, E., (1991), *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Mass. University Press.
- Law, J., (1987), *Technologies and Heterogeneous Engineering: The Case of the Portuguese Expansion*, in *The Social Construction of Technical Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*, a cura di W. E. Bijker, T. P. Hughes T. J. Pinch, The MIT Press, Cambridge, MA.
- Law, J., (1994), *Organizing Modernity*, Oxford: Blackwell.
- Law, J., Hassard, J., (a cura di), (1999), *Actor Network Theory and After*, Oxford: Blackwell.
- Law, J., Mol, A., (2004), Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia, *Body & Society*, 2-3(10), pp. 43-62.

- Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G., DeVito, I., (2002), Team communications in the operating room: talk patterns, site of tension, and implications for novices, *Academic medicine*, 77(3), pp. 232-237.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R. Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., Grober, E., (2004), Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects, *Quality and safety in health care*, 5(13), pp. 330-334.
- Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker, G. R., Orser, B., Doran, D., (2006), Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of “utility” from preoperative team briefings, *Journal of interprofessional care*, 20(5), pp. 471-483.
- Martin, P. Y., (2006), Practising Gender at Work: Further Thoughts on Reflexivity, *Gender, Work & Organization*, 13(3), pp. 254–276.
- Middleton, D., Brown, S., (2002), The Baby as a Virtual Object: Agency and Stability in a Neonatal Care Unit, *Athenea Digital*, 1 pp.1-24.
- Mol A., (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham, NC.
- Moreira, T., (2004), Coordination and Embodiment in the Operating Room, *Body & Society*, 1(10), pp.109-129.
- Mort, M., May, C. R., Williams, T., (2003), Remote doctors and absent patients: acting at a distance in telemedicine?, *Science technology and human values*, 2(28), pp. 274-295.
- Mort, M., Smith, A., (2009), Beyond information: intimate relations in sociotechnical practice, *Sociology*, 43(2), pp. 215-231.

- Nicolini D., Bruni, A., Fasol, R., (2004), *La telemedicina in letteratura*, in *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, a cura di S. Gherardi e A. Strati, Roma:Carocci.
- Nolan, T. W., (2000), System changes to improve patient safety, *Education and debate*, 320, pp. 771-773.
- Orlikowski W. J., (1992), The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations, *Organization Science*, 3(3), pp. 398-427.
- Orlikowski, W. J., (2000), Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations, *Organization Science*, 11(4), pp. 404-428.
- Orlikowski, W., (2007), Sociomaterial Practices: Exploring Technology at Work, *Organization Studies*, 28(9), pp. 1435-1448.
- Orlikowski, W. J., Robey D., (1991), Information technology and the structuring of organizations, *Informational Systems Research*, 2(2), pp. 143–169.
- Owen, C., Béguin, P., Wackers, G., (2009), *Risky work environments. Reappraising Human Work within Fallible Systems*, Farnham: Ashgate publication.
- Perrow, C., (1984), *Normal accidents: living with high-risk technologies* New York: Basic Books.
- Perrow, C., (2007), *The next Catastrophe: Reducing Our Vulnerabilities to Natural, Industrial, and Terrorist Disasters*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Polanyi, M., (1958), *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*, Chicago, University of Chicago Press; trad. it. *La conoscenza personale. Verso una filosofia postcritica*, Milano: Rusconi, 1990.

- Prentice, R., (2007), Drilling surgeon: the social lessons of embodied surgical learning, *Science Technology Human Values*, 32(5), pp.534-553.
- Rasmussen, J., (1986), *Information processing in human-machine interaction*, Amsterdam: North-Holland.
- Reason, J., (1997), *Managing the Risk Organizational Accidents*, Aldershot Hampshire: Ashgate.
- Reason, J., (2000), Human error: model and management, *Education and debate*, 72(320), pp. 725-726.
- Roberts, K. H., (1990), Some characteristics of one type of high reliability organization, *Organization Science*, 1(2), pp. 160-176.
- Rochlin, G., (1991), *Iran Air Flight 655 and the USS Vincennes: Complex, Large Scale Military Systems and the Failure of Control*, in La Porte, T.R., *Social Responses to Large Technical Systems: Control or Anticipation*, Kluwer Academic Publishers.
- Ron, N., Lipshitz, R., Popper, M., (2006), How organizations learn: post flightreviews in an F-16 fighter squadron, *Organization studies*, 27(8), pp. 1069-1089.
- Serres, M., (1982). *The parasite*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Sevdalis, N., Healey, A. N., Vincent, C. A., (2007), Distracting communications in the operating theatre, *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(3), p. 390-394.
- Sexton, B. J., Thomas, E. J., Helmreich, R. L., (2000), Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional survey, *Education and debate*, (320), pp. 745-749.
- Shilling, C., (1993), *The Body and Social Theory*, London: Sage.

- Simpson, R. L., (2004), Managing the three 'P's to improve patient safety: nursing administration's role in managing information technology, *International Journal of Medical Informatics*, 73(7-8), pp. 559-561.
- Sims, B., (2005), Safe science: material and social order in laboratory work, *Social studies of science*, 35(3), pp. 333-366.
- Smith, D., Elliott, D., (2007), Exploring the barriers to learning from crisis: organizational learning and crisis, *Management Learning*, 38(5), pp. 519-538.
- Star S. L., (1999), The Ethnography of Infrastructure, *American Behavioral Scientist*, 43(3), pp. 377-391.
- Strati, A., (1999), *Organization and Aesthetics*, Londra: Sage.
- Strati, A., (2004), *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*, Roma: Carocci.
- Strati, A., (2007a), *Aesthetics in the study of organizational life*, in Sage Handbook of the New & Emerging in Management & Organization, a cura di Barry, D., Hansen, H., Londra: Sage.
- Strati, A., (2007b), Sensible Knowledge and Practice-Based Learning *Management Learning*, 38(1), pp. 61-77.
- Suchman, L., (1987), *Plans and Situated Actions: The Problem of Human Machine Communication*, Cambridge University Press, New York.
- Suchman, L., (1997), *Centers of Coordination. A Case and Some Themes*, in *Discourse, Tools and Reasoning. Essays On Situated Cognition*, a cura di Resnik, L., Saljo, L., Pontecorvo, C., Burge, B., Berlin: Springer Verlag.
- Suchman, L., Blomberg, J., Orr, J. E., Trigg, R., (1999), Reconstructing Technology as Social Practice. *American Behavioral Scientist*, 43, pp. 392-408.

- Thacker, E., (1999), Performing the Technoscientific Body: Real Video Surgery and the Anatomy Theatre, *Body & Society*, 5(2-3), pp. 317-336.
- Timmermans, S., Berg, M., (2003), The Practice of Medical Technology, *Sociology of Health and Illness*, 25, pp. 97-114.
- Turner, B. A., (1976), The Organizational and Interorganizational Development of Disasters, *Administrative Science Quarterly*, 3(21), pp. 379-397.
- Turner, B. A., (1978), *Man-Made Disasters*, London: Wykeham.
- Turner, B. A., Pidgeon, N., (1997), *Man-Made Disasters (2nd edition)*, Oxford: Butterworth Heinemann.
- Van Maanen, J., 1988, *Tales of the field. On writing ethnography*, Chicago, University Chicago Press.
- Vaughan, D., (1996), *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture and Deviance at NASA*, Chicago: University of Chicago Press.
- Vaughan, D., (1999), The Dark Side of Organizations: Mistake, Misconduct and Disaster, *Annual Review of Sociology*, (25), pp. 271-305.
- Waldby, C., (1999), IatroGenesis: The Visible Human Project and the Reproduction of Life, *Australian Feminist Studies*, 14(29), pp. 77-90.
- Waldby, C., (2000), *The Visible Human Project: Informatic Bodies and Posthuman Medicine*. London: Routledge.
- Walsham, G., Han, C. K., (1991), Structuration theory and information systems research, *Journal of Applied Systems Analysis*, 17, pp. 77- 85.
- Wears, R., L., Berg, M., (2005), Computer technology and clinical work still waiting for godot, *The journal of the american medical association JAMA* 293(10), pp. 1261-1263.

- Webster, A., (2002), Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health Medicine and the Body, *Current sociology*, 50(3), pp. 443-457.
- Weick, K., (1995), *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weick, K., Sutcliffe, K. M., Obstfeld, D., (2005), Organizing and the process of sensemaking, *Organization Science*, 4(16), pp. 409–421.
- Wenger, E., (1998), *Communities of practices. Learning, meaning and identity*, New York: Cambridge university Press.
- Whalen, J., Whalen, M., Henderson, K., (2003), Improvisational Coreography in Teleservice Work, *British Journal of Sociology*, 53:239-258.
- Wiegmann, D. A., Shappell, S. A., (2001), Human error analysis of commercial aviation accidents: application of the human factors analysis and classification system (HFACS), *Aviation Space and Environmental Medicine*, 11(72), pp. 1006-1016.
- Winch, G. M., Maytorena, Eunice, (2009), Making Good Sense: Assessing the Quality of Risky Decision-making, *Organization Studies*, 2-3(30),pp. 181-203.
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., Maran, N., (2006), Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature, *Science direct*, vol. 139(2), pp. 140-149.
- Zucchermaglio, C., (1996), *Vygotskij in Azienda*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Ringraziamenti

Alla fine di questo lungo percorso, è doveroso ringraziare i compagni di viaggio (umani e non) che mi sono stati accanto e che mi hanno permesso di arrivare fino alla fine.

Un ringraziamento sentito va agli operatori ed alle operatrici dell'Ospedale Santa Flavia e dell'Ospedale Francesca Serio, che mi hanno permesso di scrutarli/e al lavoro e che hanno reso le note etnografiche ricche di aneddoti e "immagini" significative. Grazie di cuore alla Caposala Orsa che, a dispetto delle voci di corridoio, è stata con me sempre disponibile e mi ha fatto sentire a casa e al Dottore Cascio, senza il quale l'accesso al campo sarebbe stato assai più complicato.

Un grazie di cuore va alla Prof.ssa Silvia Gherardi, per le preziose indicazioni e i consigli per non farmi "perdere la rotta" e al dott. Attila Bruni per avermi seguito durante il tragitto. Grazie anche al Prof. Antonio Strati per avermi interrogato più e più volte sull'oggetto della mia ricerca ed alla Research Unit on Communication, Organizational Learning and Aesthetics per avermi dato la possibilità di imparare tanto e di sperimentarmi come ricercatrice.

I ringraziamenti vanno anche al Brasile: grazie al Prof. Omar Ribeiro Thomas, che mi ha permesso di concretizzare l'esperienza all'interno dell'UNICAMP; grazie alla "Professora" Guita Grin Debert che ha creduto in me, dandomi la possibilità di far parte del Centro PAGU e per aver condiviso con me riflessioni su genere, omosessualità ed organizzazioni, aprendomi nuovi scenari di studi e ricerche; grazie al Prof. Marcelo de Souza Bispo per l'opportunità di presentare il mio lavoro di tesi agli alunni della Universidade Metodista de São Paulo; grazie a Mauro Brigeiro per il tempo e l'ascolto che mi ha dedicato.

Ma il grazie verso il Brasile deve necessariamente estendersi agli amici ed alle amiche che hanno reso i nove mesi di permanenza meravigliosi: a Eduardo, per la disponibilità e la vicinanza, l'affetto e l'attenzione, ma soprattutto per aver creduto in me sempre, sorbendosi ore e ore di discussioni e presentazioni del mio lavoro; a Elen e Marquinhos, per i pranzi, le cene e le bevute all'insegna della

spensieratezza, e per essermi rimasti accanto incessantemente; alle compagne di casa e ai “doutores” e “doutorandos” con cui ho condiviso riflessioni accademiche e non.

Grazie alle amiche ed agli amici italiane/i a cui ho detto “no” infinite volte per lavorare alla tesi: ad Annalisa C. che (nonostante l’accento trentino) mi ha tenuto compagnia e mi ha supportato e sopportato con affetto e pazienza; a Giulia, preziosa compagna di avventure e disavventure dottorali, che si è fatta carico di silenzi, sfoghi e chiacchiere (brasiliane, trentine e palermitane) sempre col sorriso sulle labbra; a Sara, per aver reso le corse a tre e le chiacchierate lungo l’Adige un po’ meno ciniche; a Marcello, l’amico di sempre, per le serate alla Vucciria e a Ballarò ricche di confronti e riflessioni sul futuro; a Vicio, per avermi accompagnato fino a un passo dalla fine, con pazienza e infinito affetto. Un grazie gigantesco va a Matteo e Urban, amici preziosi senza i quali forse oggi non sarei qui e al Prof. Carlo Borzaga per avermi ascoltato e per avermi fornito preziosi consigli.

Ringrazio anche la pazienza e la forza di continuare che hanno ceduto poche volte e che mi hanno permesso di arrivare fino alla fine. Un grazie alla musica che ha reso il lavoro di tesi molto più piacevole e distensivo, anche e soprattutto durante le notti trascorse davanti al pc. Grazie alla fotografia e alle letture non accademiche che hanno permesso alla mia mente ed alla fantasia di respirare, sentirsi vive e fertili nonostante tutto.

Un gigantesco grazie va ad Ernesto, che (suo malgrado) si è ritrovato ad avermi accanto nel momento peggiore del PhD (quello finale) e che mi è stato vicino con stima, attenzione, rispetto ed amore, trasmettendomi la forza e la voglia di continuare tutte le volte che la stanchezza ha rischiato di avere la meglio su tutto il resto.

Infine, il grazie più grande va ai miei genitori, che mi hanno accompagnato in questo percorso dall’inizio alla fine, ascoltando sfoghi e riflessioni, appoggiandomi nelle scelte e credendo in me sempre. A loro devo questo traguardo.

