

Dipartimento  
di Impresa e Management

Cattedra Organizzazione Aziendale

***Arginare le crisi organizzative:  
capacità adattiva e coordinamento di un  
ospedale ai tempi del COVID-19***

**Prof. Spagnoletti Paolo**

RELATORE

**Fortino Francesco**

CANDIDATO

Anno Accademico 2019/2020

## Indice

### Capitolo I

Comprendere la rilevanza delle crisi in ambito organizzativo nella contemporaneità  
e focus sul COVID-19 4

1.1 Introduzione: come le crisi hanno stravolto il panorama organizzativo  
nella storia recente 4

1.2 La crisi dei sistemi organizzativi al giorno d'oggi: l'impatto del nuovo Coronavirus 5

1.2.1 Focus sul COVID-19: lo stato dell'emergenza e della diffusione 6

### Capitolo II

*Framework* teorico tra *sensemaking*, Resilienza e *Crisis Management* 12

2.1 Quadro teorico 12

2.2 Il *sensemaking* 12

2.2.1 Il processo del *sensemaking* in parallelo con l'episodio dell'infermiera 14

2.2.2 Il modello di Campbell: *Enactment Theory* 20

2.2.3 Come e perché il *sensemaking* può collassare all'interno della struttura  
organizzativa: Il disastro di Mann Gulch 23

2.3 Come arginare le crisi: l'analisi della letteratura del *Crisis Management*  
e della resilienza 32

2.3.1 Il *Crisis Management*: focus su leadership e team 34

2.3.2 La resilienza: il ciclo di vita e il *framework* 36

### Capitolo III

La resilienza nel concreto con il progetto DARWIN e nell'organizzazione  
di un ospedale nella lotta al COVID-19 47

3.1 Gap tra *framework* teorico e implementazione pratica 47

3.2 Il progetto DARWIN e le linee guida DRMG: strumenti per la salvaguardia

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| delle infrastrutture critiche                                                | 48 |
| 3.3 Come il progetto DARWIN rende più resilienti le organizzazioni sanitarie | 53 |
| 3.4 La gestione della crisi COVID in un ospedale in prima linea              | 57 |
| 3.5 Conclusioni                                                              | 64 |
| Fonti Bibliografiche e Sitografia                                            | 67 |

# Capitolo I

## Comprendere la rilevanza delle crisi in ambito organizzativo nella contemporaneità e focus sul COVID-19

### 1.1 Introduzione: come le crisi hanno stravolto il panorama organizzativo nella storia recente

*La parola crisi, scritta in lingua cinese, è composta di due ideogrammi. Uno rappresenta il pericolo e l'altro rappresenta l'opportunità. In una crisi, sii consapevole del pericolo, ma riconosci l'opportunità.*

— John F. Kennedy

Pericolo ed opportunità: questa ambigua dittologia è la crisi.

Sebbene il concetto di “crisi” governi un effetto di cesura, che proietta la storia in un “ieri” ed “oggi”, distinguendo e separando, essa è, soprattutto, opportunità. E' opportunità di giudizio e scelta, come testimonia l'etimo greco κρίσις. E' nell'accezione positiva del termine che si potrà cogliere il contributo di valore verso i processi di riflessione e valutazione che la crisi comporta.

Circoscrivendo il discorso alla mera sfera organizzativa, si leggerà, negli ultimi decenni, un incremento dell'impatto che la crisi ha riversato nelle organizzazioni.

Basti pensare alla tragedia dell'11 settembre 2001, la Caduta delle Torri Gemelle, che ha lasciato una cicatrice indelebile sul modo, mutando, inesorabilmente, il modo di rapportarsi delle infrastrutture critiche nei confronti dell'emergenza.

Sul piano economico, la crisi del 2007-2008 ha, senza indugio, contribuito ad influenzare, in modo aggressivo, la conformazione delle organizzazioni, dunque costrette ad una maggiore attenzione verso la prevenzione delle avversità.

## **1.2 La crisi dei sistemi organizzativi al giorno d'oggi: l'impatto del nuovo Coronavirus**

Tornando ai nostri giorni, lo stato di emergenza più grave, che ha assunto in poco tempo un aspetto globale, impattando duramente tutti gli aspetti della vita, è il nuovo Coronavirus, altrimenti detto COVID-19. Esso si è originato a partire da febbraio 2020 in Cina, diffondendosi, progressivamente, in quasi tutti i paesi del mondo, causando numerose vittime e disagi, particolarmente a livello organizzativo. L'11 marzo il virus è stato dichiarato pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

I governi dei vari paesi, nella maggior parte dei casi, hanno disposto quarantena domiciliare ai cittadini e la successiva chiusura di aziende, fabbriche ed organizzazioni di ogni tipo, ad eccezione delle attività produttive fondamentali. Le organizzazioni, colte alla sprovvista, hanno dovuto fronteggiare un'emergenza devastante: molte si sono riorganizzate tramite *smart working*, le scuole e le università hanno provveduto ad implementare lezioni ed esami online. Molte aziende, in particolare quelle della moda, come Prada, Louis Vuitton o Armani, hanno riconvertito le proprie produzioni per commercializzare o donare igienizzanti sanitari e mascherine protettive.

Il COVID-19 si è presto trasformato da emergenza di salute a crisi di organizzazione sanitaria, inducendo gli ospedali a riorganizzarsi e, in alcuni casi, a riconvertirsi per ospitare più pazienti possibili.

### **1.2.1 Focus sul COVID-19: lo stato dell'emergenza e della diffusione**

La diffusione del virus ha impattato, in maniera rapida e di giorno in giorno più severa, il nostro Paese, che si è trovato a gestire un'emergenza quasi impossibile da prevedere. Tuttavia, ricordiamo che Barack Obama, l'ex Presidente degli Stati Uniti d'America, in un intervento al *National Institute of Health* nel 2014, disse: "Potrebbe e verosimilmente arriverà un momento in cui si diffonderà una malattia trasmissibile per via aerea e che sarà mortale." (Ceccarelli C., 2020).

L'Italia è stato il secondo paese in ordine di tempo ad essere maggiormente colpito dal virus; di conseguenza, ha potuto prendere a riferimento soltanto la gestione dell'emergenza in Cina. A sua volta, il Bel Paese, nonostante diverse critiche, è divenuto un modello da seguire per gli Stati successivamente impattati dal COVID-19. D'altra parte, la gestione dell'emergenza ha mostrato un andamento non sempre lineare e coerente e poteva sicuramente essere guidato in maniera più efficiente, in alcune regioni piuttosto che in altre. In particolare, ciò è reso evidente dai numeri impressionanti dei dati raccolti a partire da febbraio sul territorio nazionale: la regione Lombardia, appartenente all'originaria zona rossa, ha registrato in maniera costante circa il 40% dei contagi del Paese. Questo dato può osservarsi nella figura 1, che riporta i dati sulla diffusione del virus regione per regione e che indica 27.736 persone attualmente positive in Lombardia, rispetto ai 72.070 totali in tutto il Paese; dal punto di vista dei casi totali, inoltre, se ne registrano 84.119 in Lombardia, a fronte di 223.885 sull'intero territorio nazionale.

PCM-DPC dati forniti dal Ministero della Salute

| Regione        | AGGIORNAMENTO 15/05/2020 ORE 17.00 |                      |                           |                                   |                     |          |             |                                                                 |           |              |
|----------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|                | POSITIVI AL nCoV                   |                      |                           |                                   | DIMESSI/<br>GUARITI | DECEDUTI | CASI TOTALI | INCREMENTO<br>CASI TOTALI<br>(rispetto al giorno<br>precedente) | TAMPONI   | CASI TESTATI |
|                | Ricoverati<br>con sintomi          | Terapia<br>intensiva | Isolamento<br>domiciliare | Totale<br>attualmente<br>positivi |                     |          |             |                                                                 |           |              |
| Lombardia      | 4.705                              | 276                  | 22.765                    | 27.746                            | 40.962              | 15.411   | 84.119      | + 299                                                           | 550.405   | 325.071      |
| Piemonte       | 1.593                              | 108                  | 9.412                     | 11.113                            | 14.676              | 3.557    | 29.346      | + 137                                                           | 239.507   | 161.854      |
| Emilia Romagna | 763                                | 114                  | 5.124                     | 6.001                             | 17.166              | 3.943    | 27.110      | + 54                                                            | 253.497   | 160.622      |
| Veneto         | 311                                | 24                   | 4.104                     | 4.439                             | 12.688              | 1.762    | 18.889      | + 44                                                            | 484.639   | 264.091      |
| Toscana        | 238                                | 67                   | 2.863                     | 3.168                             | 5.739               | 976      | 9.883       | + 24                                                            | 197.365   | 144.237      |
| Liguria        | 385                                | 31                   | 2.187                     | 2.603                             | 5.121               | 1.336    | 9.060       | + 65                                                            | 76.012    | 45.307       |
| Lazio          | 1.173                              | 79                   | 2.836                     | 4.088                             | 2.672               | 604      | 7.364       | + 73                                                            | 197.599   | 157.880      |
| Marche         | 178                                | 18                   | 2.599                     | 2.795                             | 2.847               | 977      | 6.619       | + 16                                                            | 84.351    | 53.813       |
| Campania       | 341                                | 17                   | 1.378                     | 1.736                             | 2.522               | 396      | 4.654       | + 15                                                            | 131.544   | 59.162       |
| Puglia         | 285                                | 23                   | 1.873                     | 2.181                             | 1.724               | 461      | 4.366       | + 9                                                             | 87.687    | 60.613       |
| Trento         | 53                                 | 9                    | 344                       | 406                               | 3.461               | 451      | 4.318       | + 3                                                             | 63.700    | 38.273       |
| Sicilia        | 198                                | 11                   | 1.551                     | 1.760                             | 1.351               | 263      | 3.374       | + 8                                                             | 112.929   | 101.487      |
| Friuli V.G.    | 80                                 | 3                    | 658                       | 741                               | 2.116               | 318      | 3.175       | + 14                                                            | 100.400   | 62.319       |
| Abruzzo        | 205                                | 6                    | 1.243                     | 1.454                             | 1.313               | 381      | 3.148       | + 12                                                            | 54.028    | 37.587       |
| Bolzano        | 50                                 | 5                    | 304                       | 359                               | 1.929               | 290      | 2.578       | 0                                                               | 52.939    | 23.969       |
| Umbria         | 25                                 | 2                    | 63                        | 90                                | 1.259               | 73       | 1.422       | + 2                                                             | 53.801    | 37.660       |
| Sardegna       | 75                                 | 10                   | 376                       | 461                               | 762                 | 125      | 1.348       | + 3                                                             | 39.844    | 34.864       |
| Valle d'Aosta  | 37                                 | 0                    | 40                        | 77                                | 953                 | 142      | 1.172       | + 6                                                             | 11.413    | 8.814        |
| Calabria       | 56                                 | 2                    | 447                       | 505                               | 544                 | 95       | 1.144       | + 1                                                             | 52.701    | 50.847       |
| Molise         | 8                                  | 2                    | 217                       | 227                               | 158                 | 22       | 407         | + 4                                                             | 10.468    | 10.281       |
| Basilicata     | 33                                 | 1                    | 86                        | 120                               | 242                 | 27       | 389         | 0                                                               | 20.851    | 20.359       |
| TOTALE         | 10.792                             | 808                  | 60.470                    | 72.070                            | 120.205             | 31.610   | 223.885     | + 789                                                           | 2.875.680 | 1.859.110    |

|                      |         |
|----------------------|---------|
| ATTUALMENTE POSITIVI | 72.070  |
| TOTALE GUARITI       | 120.205 |
| TOTALE DECEDUTI      | 31.610  |
| CASI TOTALI          | 223.885 |

**Figura 1:** Dati sulla diffusione del contagio sul territorio nazionale italiano, forniti dal Ministero della Salute, aggiornati al 15/05/2020.

In merito a ciò, sono significative le parole del virologo Giorgio Palù, che ha messo in luce la drammatica differenza nella diffusione del virus in due regione confinanti, la Lombardia e il Veneto (mentre la prima conta 27.746 contagiati, la seconda soltanto 4.439) :“Il Veneto ha ancora una cultura e una tradizione della Sanità pubblica, con presidi diffusi sul territorio. La Lombardia, molto meno.[...] In Lombardia hanno ricoverato tutti, esaurendo ben presto i posti letto. Il 60% dei casi confermati. Da noi (Veneto), i medici di base e i Servizi di igiene delle Asl hanno fatto filtro: solo il 20%. Tenendo a casa i positivi asintomatici si è evitato l’affollamento degli ospedali e la diffusione del contagio”. Il virologo evidenzia in questo senso la differente gestione dell’emergenza sul territorio, indicando la tendenza centralizzatrice

dell'amministrazione lombarda, rispetto a quella veneta, basata su numerosi presidi, presenti su diverse aree del territorio. Egli ha proseguito definendo il carattere della crisi, affermando che «questa non è un'emergenza clinica e di assistenza ai malati, ma di sanità pubblica». (Imarisio M., 2020).

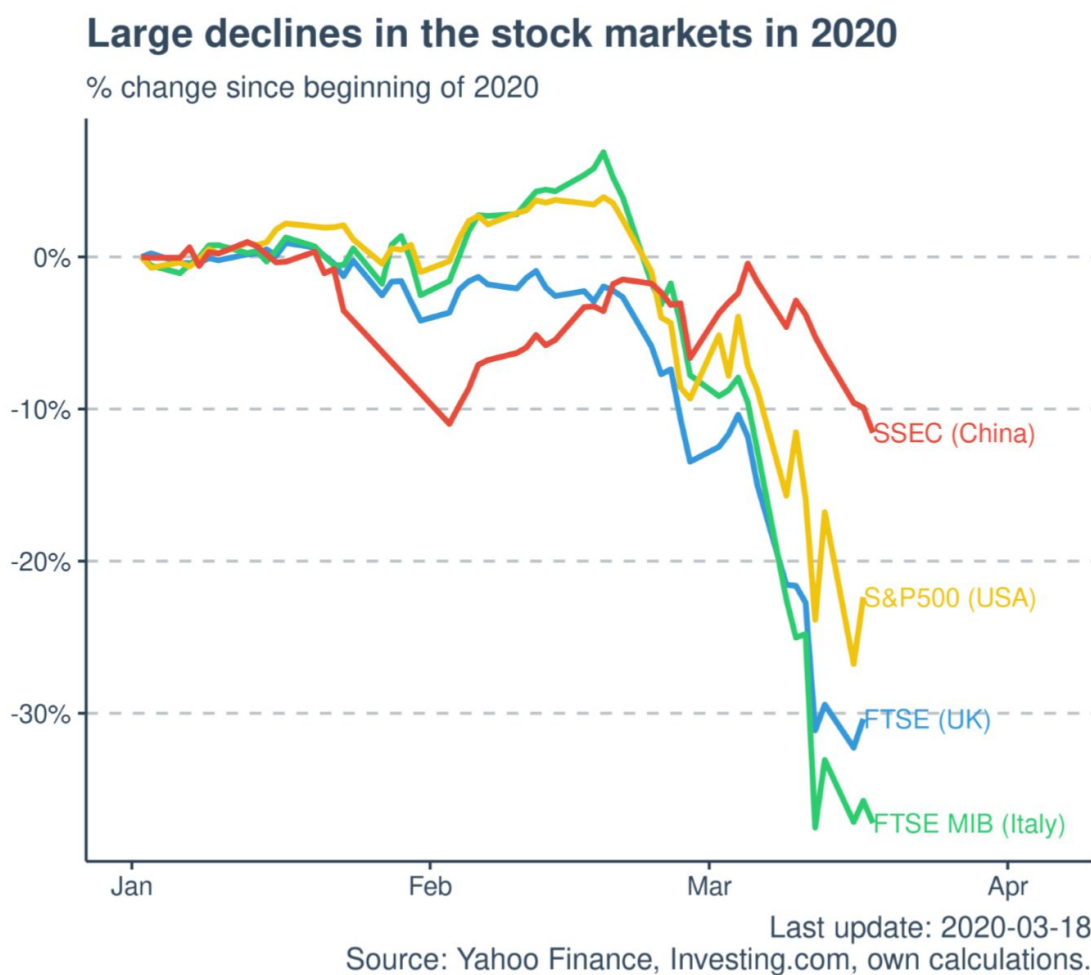
La diffusione del virus è stata particolarmente rapida e ha interessato quasi tutti i Paesi del mondo, costringendoci ad affrontare una grave pandemia mondiale, come non ne abbiamo mai conosciute nella storia recente. Lo stato della pandemia nel mondo, al 17 maggio 2020, (figura 2) vede più di 4 milioni e mezzo di casi, con gli Stati Uniti d'America come la nazione più colpita (quasi un milione e mezzo di casi).



**Figura 2:** Mappa mondiale della diffusione del virus in tempo reale, aggiornata al 17/05/2020 (*COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*).



Nella gestione della critica diffusione del virus, il governo italiano e la pubblica amministrazione hanno dovuto tenere conto, oltre che dell'aspetto sanitario, sul quale hanno costantemente consultato un apposito comitato tecnico-scientifico, dell'immenso problema economico che ne è scaturito e che ha messo in ginocchio l'Italia su tutti i settori. Un esempio del declino economico è l'andamento dei mercati delle borse valori, osservabile in figura 3.



**Figura 3:** Profondi declini delle borse valori nel 2020, aggiornati al 18/03/2020 (*London Business School Covid Economics*).

L'origine del virus è ancora oscura: esso deriva sicuramente dal SARS-CoV-1 che ha contagiato 8000 persone tra il 2002 e il 2003, e presenta un match del DNA del 96% con il coronavirus presente nei pipistrelli; in questo senso è probabile che la diffusione nel corpo umano sia avvenuto tramite un soggetto intermedio (Surico P., Galeotti A., 2020). Si pensa che esso sia originato nel cosiddetto *wet market*, dove si usa macellare gli animali vivi all'aperto, a Wuhan, in Cina, all'inizio di dicembre 2019.

Il virus si diffonde molto rapidamente, dato che può entrare nell'organismo tramite il naso, la bocca e gli occhi; si attacca al tratto respiratorio e può espandersi ai polmoni, causando problemi respiratori più o meno gravi e possibilmente la morte (Surico P., Galeotti A., 2020). Non esiste ad ora un vaccino e in molti casi bisogna intubare i pazienti; per trattenere la diffusione del virus è necessario materiale di protezione, come mascherine e guanti, da utilizzare in ambiente sanitario e non. Questo è un ulteriore aspetto della gestione dell'emergenza, che ha trovato l'amministrazione pubblica, il settore sanitario, i produttori e i distributori impreparati, così come l'utilizzo dei tamponi e dei test sierologici. Tale materiale, infatti, per lungo tempo è stato difficilmente reperibile e ha reso la gestione del problema ancor più complessa.

Tra le critiche alla gestione della situazione, si pone in primo piano la mancanza di azione amministrativa all'inizio della crisi, quando si registravano soltanto pochi casi: se la pubblica amministrazione avesse agito con fermezza e determinazione con misure preventive fin da questo momento, la situazione si sarebbe probabilmente evoluta in maniera differente. Tuttavia, inizialmente, la gestione è stata basata sui dati riportati dalla Cina, che dimostravano una mortalità minore di quella effettiva. In tal senso, Maria Rita Gismondo, direttore responsabile del laboratorio di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica Bioemergenze dell'Ospedale Sacco di Milano, la struttura in cui vengono analizzati i campioni di possibili casi di Coronavirus, affermò il 23 febbraio 2020: "Si è scambiata un'infezione appena più seria di un'influenza per una pandemia letale" (Al. Tr., 2020).

In base a questi dati inesatti e all'origine ancora oscura del virus, alcuni Stati si stanno muovendo a livello legale contro la Cina, per fare chiarezza sulla situazione e affidare eventuali responsabilità dell'accaduto. In particolare, il procuratore generale dello Stato del Missouri (USA), Eric Schmitt, ha fatto causa alla Cina, che avrebbe diffuso dati alterati sulla diffusione del COVID-19 per poter accumulare più materiale sanitario di protezione (AA. VV., 2020).

Alla luce di questa e delle altre emergenze, diventa evidente e necessaria l'esigenza di una indagine più approfondita su come le organizzazioni possano prevenire, fronteggiare e arrestare le crisi.

Dopo aver passato in rassegna le varie teorie relative alla gestione delle avversità in ambito organizzativo- come *sensemaking*, resilienza e *Crisis Management*- l'attenzione verrà rivolta alla formulazione di strategie di resilienza rispetto a infrastrutture critiche, in particolare quelle ospedaliere, concludendo con un'analisi del caso dell'organizzazione sanitaria di un ospedale italiano di fronte all'aggressiva diffusione del COVID-19.

## Capitolo II

### ***Framework teorico tra sensemaking, Resilienza e Crisis Management***

#### **2.1 Quadro teorico**

In primo luogo, al fine di addentrarsi nel mondo della crisi e dei processi che portano alla sua risoluzione, risulta fondamentale ricostruire un framework teorico che possa guidare l'attore durante lo svelamento e l'evoluzione dell'evento critico.

Procedendo con ordine, l'attore dovrà tenere presente il filone della letteratura del *sensemaking*, considerato come base teorica e linea guida cui fanno riferimento le teorie della resilienza e del *Crisis Management*, le quali, interfacciandosi, individuano gli strumenti per la risoluzione della crisi.

#### **2.2 Il *sensemaking***

Il *sensemaking* è un fenomeno che concerne la trasformazione delle circostanze in una esplicita situazione di più facile comprensione, specie a livello verbale, che funga come scacchiera volta all'intraprendenza di azioni; è un continuo processo di sviluppo retrospettivo- in quanto si basa su gli avvenimenti, le circostanze e gli indizi individuati o acquisiti precedentemente- di immagini plausibili che razionalizzino ciò che succede e sta continuando a succedere nell'ambiente circostante, tenendo conto anche delle azioni, dei comportamenti e delle interrelazioni degli attori all'interno dello stesso (Weick K.

E. et al, 2005). Tale processo permette di costruire degli appigli a cui gli attori possono aggrapparsi, per non farsi trascinare dal turbine caotico degli eventi. Esso rappresenta il punto di partenza per intraprendere delle azioni, che siano coerenti con quello che si sta verificando intorno a noi.

Tale concetto è rivolto verso quei processi attraverso i quali l'uomo cerca plausibilità nella comprensione di eventi o problemi ambigui e confusi. I processi insiti nel *sensemaking* presentano e tentano di rispondere alle domande: 'qual è la storia?' e, conseguentemente, 'cosa dovrei fare adesso?' (Weick K. E. et al, 2005). Mentre ponendosi la prima domanda l'attore porta in esistenza l'avvenimento, con la seconda attribuisce significato all'evento, significato che permette di agire nel continuo flusso caotico di avvenimenti. In prima istanza, dunque, l'individuo, considerato come entità della struttura organizzativa, dovrà attribuire senso alle circostanze, in modo poi da poter agire coerentemente.

Il processo del *sensemaking* avviene spesso in maniera implicita nella mente dell'attore, ma conoscendolo e studiandolo, rendendolo dunque esplicito, si dà il via a un processo sistematico, che può portare a risultati più soddisfacenti. Inoltre, l'individuo, in questo modo, è più preparato a fronteggiare la crisi e può destreggiarsi meglio nell'avversità.

L'attore deve tener conto del *sensemaking* ed esercitarlo persino nella vita quotidiana professionale, nel regolare esercizio delle proprie funzioni. È proprio in questo modo che egli potrà individuare immediatamente i segnali di anomalie, che pian piano determinano un cambiamento nel regolare svolgimento delle attività organizzative, risultando spesso nel verificarsi della crisi.

Lo sforzo più sofferto da parte dell'attore, volto all'attribuzione di senso all'ambiente circostante, si verifica quando le circostanze si discostano da ciò che l'individuo pensava che avrebbe percepito, basandosi su schemi mentali precostituiti.

Per come descritto finora, si potrebbe assimilare il *sensemaking* all'organizzazione, ma va operata una distinzione in tal senso. Infatti, l'organizzazione permette di ordinare il flusso di azione dell'essere umano e di orientarlo verso il perseguimento di un certo fine od obiettivo: essa emerge attraverso l'attribuzione di senso. Inoltre, in ambito teorico, il *sensemaking* ha funzione supplementare: colmare le lacune della teoria organizzativa.

È necessario inoltre introdurre un'ulteriore distinzione tra *sensemaking* e *decision-making*, ossia il processo di identificazione e di scelta tra due o più alternative, basata sulle preferenze, i valori e gli ideali del *decision-maker*. Il *sensemaking*, infatti, si focalizza sull'interpretazione di azioni e del loro contesto, piuttosto che sulla valutazione della scelta. Ciò risulta evidente dall'incidente in Iraq nell'aprile del 1994, quando i piloti di due F-15 spararono a due elicotteri alleati, uccidendo 26 persone. Secondo l'analisi di Scott Snook nel 2000, non si trattava di capire perché i piloti hanno 'deciso' di premere il grilletto, ma piuttosto di comprendere e analizzare quali fattori e quali circostanze abbiano influenzato i piloti e come esse siano state interpretate. La sua ricerca ha evidenziato che 'persino io (Snook) avrei potuto compiere lo stesso 'stupido errore'' (Snook S., 2000).

### 2.2.1 Il processo del *sensemaking* in parallelo con l'episodio dell'infermiera

Faremo riferimento a un episodio, *realmente* avvenuto, che ha per protagonista un'infermiera (Benner P., 1994, pp. 139-140, traduzione a cura dell'autore), per comprendere ed analizzare il *sensemaking* come processo continuo.

*Infermiera: Ho avuto in cura un bimbo di 900 grammi, che aveva 26 o 27 settimane, molti anni fa, che era stato in salute per circa due settimane. Quel giorno presentava un dotto aperto. La differenza tra come stava alle 9 e come stava alle 11 era drammatica. A quel punto ero molto preoccupata di cosa*

*sarebbe accaduto dopo. Ci sono molte complicazioni per la pervietà del dotto di Botallo, non in sé per sé, ma per il fatto che causa molte altre cose. Ero molto preoccupata che il bimbo stesse iniziando a mostrare i sintomi di tutte queste possibili complicazioni.*

*Intervistatore: Solo in quelle due ore?*

*Infermiera: Tu guardi il bambino perché lo conosci, e lo sai come stava due ore fa. È una differenza drammatica per te, ma è difficile spiegarlo a qualcuno a parole. Vai dal medico interno e dici: "Guardi, sono molto preoccupata di X, Y, Z" e loro rispondono: "Ok". Poi aspetti per 30-40 minuti, dopo vai dal medico che supervisiona l'interno e dici: "Lo sa, sono molto preoccupata di X, Y, Z". Loro dicono: "Ne parliamo ai rounds".*

*Intervistatore: Quali sono gli X, Y, Z che ti preoccupano?*

*Infermiera: Il fatto che il bimbo è più letargico, pallido, il suo stomaco è più grande, che non mangia, che il suo test sanguigno potrebbe essere un po' strano. Tutte cose di questo tipo. Non ricordo gli esatti dettagli di questo caso; ci sono insieme di cose che vanno male. Si osserva ritenzione urinaria nel paziente. Sembra che stiano fallendo (i reni). Questo tipo di cose. Il loro (pazienti) polso va male, la loro pressione sanguigna cambia. Ci sono milioni di cose che accadono.*

Inizieremo cercando di rispondere alla domanda 'qual è la storia?' o 'cosa sta succedendo?', parallelamente alla sottesa rilevanza assegnata alla parola, in termini di comunicazione, significato e categorizzazione; a seguire, per completare il processo di *sensemaking*, cercheremo di rispondere alla domanda 'cosa dovrei fare adesso?', concentrandoci sul fine, l'azione, determinante per risolvere la crisi (Weick K. E. et al, 2005). Sebbene da questa osservazione emerga il binomio parola-azione come due fasi

distinte e successive l'una all'altra, nel concreto la parola e l'azione spesso coesistono nei vari stadi dell'evoluzione del processo del *sensemaking*.

L'infermiera nota che 'ci sono insiemi di cose che vanno male', che 'ci sono milioni di cose che accadono', riferendosi al costante e infinito flusso caotico di avvenimenti in cui ci troviamo. All'inizio del processo del *sensemaking*, l'attore si scontra con questa realtà caotica. La funzione primaria del *sensemaking* è proprio quella di ordinare il flusso di caos e di eventi che circondano l'attore.

Nel momento in cui l'infermiera nota la 'differenza drammatica' tra come il bimbo stava alle 9 e come stava alle 11, ha luogo la fase iniziale del processo, quella di individuazione e collegamento. In questo momento il *sensemaking* ha il compito di estrarre eventi significativi dal flusso caotico di avvenimenti. Tali eventi, che già erano accaduti, prima di allora non erano stati considerati come un processo autonomo, con un suo significato intrinseco. È il riconoscimento dell'infermiera che permette di estrarre tali eventi e di dare loro un nome. Tale individuazione si basa sull'osservazione e l'analisi dell'infermiera, nonché sulla sua conoscenza pregressa della materia, sull'esperienza sul campo e su schemi mentali precostituiti: tutti fattori che guidano la fase di individuazione e riconoscimento (Weick K. E. et al, 2005). In questo senso, è rilevante anche la dimensione sociale del *sensemaking*, in quanto l'infermiera è condizionata da tutti gli operatori sanitari con cui entra in contatto o da qualche scambio di battute con i genitori del paziente e via dicendo.

È importante sottolineare che non è possibile dare il via al processo di attribuzione di senso, se l'attore, in prima persona o come organizzazione nel suo complesso, non presume qualcosa e intraprende subito un'azione volta a verificare tale presunzione, attraverso 'progressive approssimazioni' (Paget M. A., 1988, p.143). In particolare, questo principio prende vita nell'attività medica di diagnosi ed è osservabile nel caso in



oggetto, in cui l'infermiera presume che il bimbo non sia bene, in base a dei segnali che ha notato e interpretato, e agisce immediatamente per confermare tale congettura.

Il *sensemaking* va inoltre analizzato nella sua accezione sistemica: spesso il sistema di riferimento o, in senso più ampio, l'ambiente circostante inibiscono o favoriscono il processo di attribuzione di significato. In particolare, nella struttura organizzativa, il *sensemaking* si sviluppa a livello sistemico, piuttosto che nella mente di un soggetto specifico, in base al grado di coordinamento e di comunicazione, quindi di distribuzione di informazione, tra i lavoratori. Nel caso in esame si prende a riferimento il sistema dei turni delle infermiere e dei dottori, nonché la simultanea presenza di diversi professionisti che gravitano intorno al paziente e come i diversi operatori si interfacciano tra loro.

Un passo in avanti è rappresentato dall'etichettare tale evento. Il principio sotteso è quello del cosiddetto *functional deployment*, proprio dell'ambito sanitario, per cui si tende a etichettare i sintomi del paziente con il nome di una malattia, in modo da seguire uno schema precostituito nel curarla (Weick K. E. et al, 2005).

Il *sensemaking* funziona tramite lo stesso meccanismo: inserire in una categoria l'evento critico, dopo averlo individuato e tirato fuori dalla corrente di caos, al fine di poter essere guidati nella gestione e la risoluzione del problema. Da tenere presente, tuttavia, è la struttura radiale di tale etichetta: la categoria può infatti individuare numerose sotto-tipologie, alcune più centrali e altre più periferiche, in base alle caratteristiche. Questo può far sì che nei casi più periferici possa crearsi un equivoco nel significato.

È necessario sottolineare che i sintomi del paziente sono identificabili dall'infermiera alle ore 11, solo ed esclusivamente per via dell'analisi effettuata precedentemente alle 9. L'infermiera, infatti, nota che 'la differenza tra come stava (il bimbo) alle 9 e come stava alle 11 era drammatica'. Ciò dimostra una fondamentale caratteristica del *sensemaking*, ossia la retrospezione: l'infermiera osserva i sintomi alle ore 11 e percorre

i passi a ritroso, stabilendo un collegamento e individuando un motivo comune. È proprio in virtù di tale processo che la donna riesce a nominare l'evento critico e a inserirlo in una categoria.

In analogia è da considerare il lavoro di Marianne Paget sulla qualità retrospettiva del campo della sanità, concentrandosi sull'accezione di errore diagnostico. In particolare, un'azione è errata solamente quando considerata alla luce delle conseguenze che ha sortito. Ciò può avvenire soltanto in un secondo momento rispetto a quando l'attore ha intrapreso l'azione. Di conseguenza l'atto non è sbagliato di per sé, nel suo svelamento, ma assume l'accezione di errore solo quando e se genera esternalità negative o non rispecchia il risultato desiderato. In tal senso, la fase di categorizzazione propria del *sensemaking*, fallisce nel considerare l'atto nella sua dinamica di svelamento, analizzando soltanto la sua dimensione statica finale.

*In questo momento, ero stata nell'unità due o tre anni. Stavo iniziando veramente a capire come funzionavano le cose, ma non ero così brava da prendermi la responsabilità per una situazione del genere. Ho parlato con l'infermiera con più esperienza e le ho detto: "Dai un'occhiata a questo bimbo" e le ho detto la mia storia. Lei ha risposto "Ok". I rounds sarebbero iniziati di lì a poco e lei va dal medico supervisore silenziosamente e gli dice: "Sa, questa ragazza, Jane, è molto preoccupata di questo bimbo, [...] mi ricorda di quest'altro bimbo, Jimmie, che abbiamo avuto in cura tre settimane fa". Il dottore risponde: "Oh". Tutto si ferma. Prende lo stetoscopio e ascolta i battiti del bimbo, lo visita e dice: "Chiamate i chirurghi". (Risatina) è quel tipo di cosa che sapevamo già come curare. Non c'era tempo per aspettare. Lui era l'unico che potesse prendere quella decisione.*

*Era un caso che avevamo presentato ad altri medici supervisori, che avrebbero dovuto diagnosticarlo, ma che non lo fecero. Siamo stati in grado di effettuare*

*una diagnosi in solo due frasi, perché sapevamo perfettamente di quello di cui stavamo parlando. L'infermiera sapeva esattamente cosa stava facendo, il medico supervisore sapeva che lei sapeva cosa stava facendo, lei sapeva con esattezza quale bottone premere con lui e come farlo.*

La comunicazione, come veicolo di trasporto di informazioni in ambito operativo, assume rilevanza fondamentale nella gestione e risoluzione di eventi critici. In questo episodio, ciò è reso evidente dall'interazione tra l'infermiera più esperta e il medico supervisore che sono stati 'in grado di effettuare una diagnosi in solo due frasi', perché conoscevano alla perfezione quello di cui stavano parlando. Questa osservazione si ricollega anche agli schemi mentali precostituiti e la conoscenza di base come lenti attraverso le quali osservare l'evento critico e mettere in moto il processo del sensemaking.

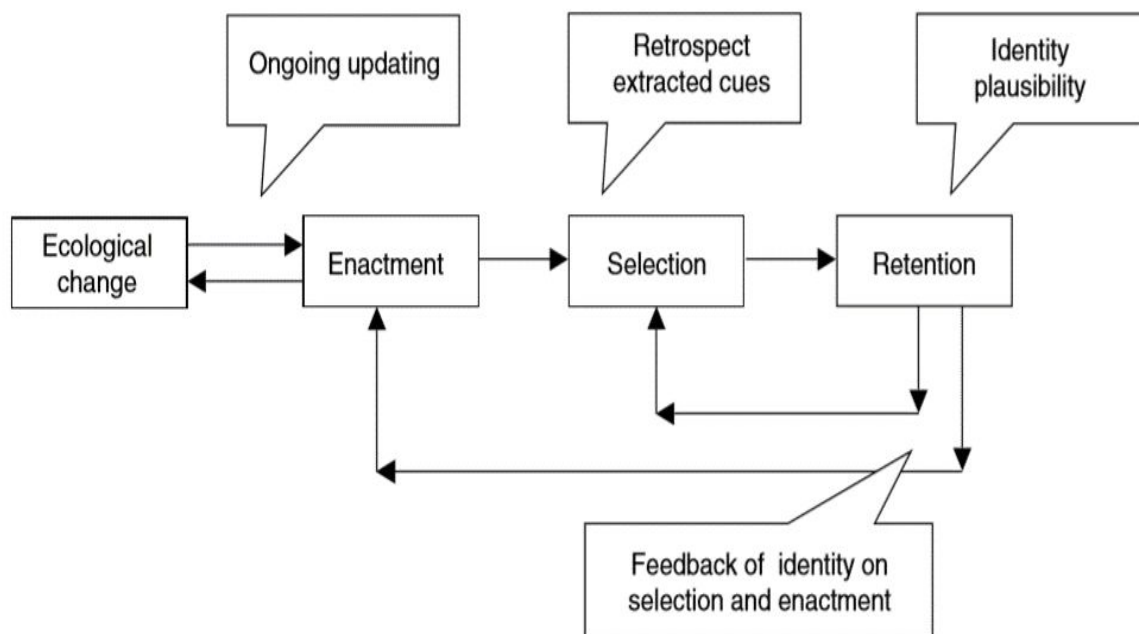
Una delle cause tipiche del collasso dell'organizzazione durante lo svelamento di un evento critico è proprio l'asimmetria informativa, risultante dalla confusione e non frequenza dello scambio di informazioni. La comunicazione è ostacolata da rumore nel passaggio nel canale informativo dal mittente al destinatario. Ciò può aggravarsi in organizzazioni dalla struttura molto complessa, sotto la pressione di una crisi.

Nel caso in esame, si ha un esempio di perfetto coordinamento comunicativo degli attori all'interno della struttura organizzativa. La seconda infermiera, infatti, compie un'azione complessa, che deve invece risultare regolare nella routine amministrativa: dopo essersi interfacciata con la prima infermiera, analizza implicitamente la complessità della situazione, trova un *understanding* condiviso con il dottore, in base a pregresse interazioni con quest'ultimo, e lo esplicita a parole, in modo che il dottore comprenda istantaneamente cosa sta accadendo e possa subito orientare tale comprensione all'azione, rivolta alla risoluzione dell'evento critico.

### 2.2.2 Il modello di Campbell: *Enactment Theory*

Il *sensemaking* assume particolare rilevanza in situazioni che contengono tanti, troppi significati possibili o, di contro, troppo pochi. Il suo ruolo è quello della ricerca di significato e rappresenta un modo per affrontare l'incerto. Più nello specifico, l'attore si sente perso nel suo ambiente, senza alcun appiglio, nel momento in cui si trova in una situazione di discrepanza, per cui ciò che si aspetta di vedere, di incontrare e ciò che pensava sarebbe accaduto si discosta molto da ciò che sta avvenendo e dalla maniera in cui si sta manifestando. È proprio in circostanze del genere che l'attore è chiamato, per attribuire nuovamente significato all'ambiente circostante e per ordinare il flusso caotico degli avvenimenti, a dare il via al processo del *sensemaking*. Ciò avviene di norma in maniera implicita, ma potrebbe sortire effetti più risolutivi, se l'attore sapesse precisamente cosa sta facendo, seguendo delle linee guida che possano portarlo alla finalità desiderata. In particolare, è comune che sotto la pressione e l'ansia dovuti all'evento critico, l'attore possa crollare; la conoscenza della teoria del *sensemaking*, invece, fornisce degli appigli all'attore, che può agire di conseguenza.

Per completare la teoria del *sensemaking*, si deve fare riferimento al modello di Campbell, la cosiddetta *Enactment Theory*, che si basa sulla sequenza *Ecological change- Enactment- Selection- Retention*. Il principio base è che la struttura organizzativa sia in grado di adattarsi ai cambiamenti dell'ambiente esterno, attraverso l'evoluzione del processo di *sensemaking*, fondato sulle interpretazioni retrospettive che si sviluppano tramite l'interazione tra i membri dell'organizzazione.



**Figura 4:** Teoria dell'*Enactment* di Campbell (Weick et al, 2005, p. 414).

Nella relazione reciproca tra *Ecological change* ed *Enactment* sono comprese alcune attività tipiche del *sensemaking* come ordinare il flusso caotico degli avvenimenti e accorgersi di anomalie nel manifestarsi degli eventi. Nella fase di *Enactment* è inclusa la fase del processo del *sensemaking* di individuazione e collegamento che comincia a convertire il caos di ciò che sta accadendo in un ordine definito. Tale fase deve poi essere affinata dalla categorizzazione, come visto in precedenza, ma i possibili significati da attribuire all'avvenimento restano comunque numerosi. A questo punto il *sensemaking*, ancora non fornisce una linea guida orientata all'azione. Proprio per questo è necessaria la seguente fase di selezione, la quale consiste nello scegliere quali significati possano essere più plausibili. Tale scelta si basa su modelli e schemi mentali precostituiti, ma anche su una visione retrospettiva, conoscenza pregressa e interazioni sociali.

Il fine è quello di trovare una narrativa che possa essere plausibile, in modo da poter interpretare il più correttamente possibile l'avvenimento e orientare la successiva azione dell'attore. Quest'ultima fase è intrinsecamente complessa e richiede una particolare capacità dell'attore di essere saggio.

In questo contesto, si intende per saggezza la capacità di basarsi su tutto il proprio bagaglio culturale e alle esperienze maturate nel passato, al fine di effettuare tale scelta, senza tuttavia fare cieco affidamento su di esse; in effetti, spesso, gli avvenimenti ci risultano inspiegabili a prima analisi, proprio perché le lenti dei nostri occhiali, che abbiamo indossato finora e attraverso le quali osserviamo il mondo e ciò che accade, sono in realtà di una gradazione insufficiente.

La storia selezionata, per quanto plausibile, rimane provvisoria; è solo tramite la fase di *Retention* che diviene più consolidata, in quanto si collega alle esperienze passate e orienta finalmente all'intraprendenza dell'azione.

La plausibilità della narrativa assume dunque centralità nel processo del *sensemaking*: quest'ultimo riguarda più la ricerca di storie plausibili, aggiornate e riformulate durante il processo, in base ai nuovi dati a disposizione, piuttosto che l'accuratezza della descrizione dell'evento critico. Questo principio va contro quello non solo del buon senso, ma anche delle ricerche in ambito di performance manageriale, la quale è invece fondata sull'accuratezza. Quest'ultima, infatti, fornisce un criterio guida nel processo di *decision making* che il manager deve affrontare nella sua routine quotidiana, all'interno della struttura organizzativa.

Tuttavia, dato l'elevato livello di inaccuratezza nella percezione dei *manager*, secondi alcuni studi (Mezias J. M., Starbuck W. H., 2003), alcuni studiosi hanno sottolineato che il problema principale nelle organizzazioni sia interpretare enormi flussi di dati e trasformarli in conoscenza, sulla base della quale si possa agire, sottolineando ancora una volta la validità del *sensemaking*. In particolare, i manager dovrebbero operare

analizzando via via il contesto che li circonda, attribuendo senso ad esso e a ciò che sta accadendo, avendo a mente una visione che tenda ad un obiettivo di medio/lungo termine.

Il sensemaking è profondamente legato al concetto di identità: Come può l'attore andare alla ricerca di un senso dell'ambiente circostante se prima non attribuisce senso a sé stesso? La ricerca dell'identità personale dell'attore diviene il primo passo per iniziare il processo di sensemaking. Inoltre, bisogna considerare che la propria identità subisce delle evoluzioni nel corso del tempo in base a nuove conoscenze acquisite, esperienze compiute, azioni intraprese e in base a cambiamenti dell'ambiente esterno e a cosa accade. Di conseguenza, mentre il mondo cambia, si evolve anche la nostra identità, in un processo di interrelazione e di scambio reciproco e, per implementare correttamente il *sensemaking*, bisogna tener conto di entrambi i cambiamenti e cercare di attribuire senso l'uno all'altro e viceversa. Quando cambia la percezione della nostra identità, infatti, cambia anche il modo in cui percepiamo tutto il resto. Inoltre, la nostra identità subisce variazioni anche in base a ciò che gli altri pensano di noi e anche tale percezione, a sua volta, può variare. Dunque, a seconda di come cambia l'immagine che gli altri individui hanno di noi e come ci trattano, la nostra identità può stabilizzarsi o destabilizzarsi e influenzare il processo di *sensemaking*, ad esempio come analizziamo il flusso caotico degli avvenimenti o come lo interpretiamo.

### **2.2.3 Come e perché il sensemaking può collassare all'interno della struttura organizzativa: Il disastro di Mann Gulch**

Il disastro di Mann Gulch rappresenta l'esempio più celebre nella letteratura del sensemaking. L'episodio è stato descritto inizialmente nel libro *Young Men and Fire* (1992) di Norman Maclean, per poi essere analizzato in chiave di *sensemaking* da Karl E. Weick nel 1993.

Tale disastro aiuta a comprendere come l'organizzazione interpreta e reagisce all'evento critico, sotto pressione e di fronte a circostanze che evolvono rapidamente nel loro manifestarsi. L'analisi dell'evento si focalizzerà principalmente sulle interazioni tra i membri dell'organizzazione, sul coordinamento comunicativo, e l'influenza che sortisce il leader nella formazione del processo di *sensemaking*.

L'incidente è avvenuto il 5 agosto 1949 nell'area di Mann Gulch. Il giorno precedente, un fulmine colpì un albero morto e innescò l'incendio. La squadra selezionata di pompieri si paracadutò sul posto per arginare le fiamme; il paracadute della radio non si aprì ed essa si disintegrò al suolo. Durante l'episodio, le circostanze cambiarono rapidamente e colsero impreparato il gruppo di pompieri, la cui struttura organizzativa fallì nel comprendere l'entità della crisi e la portata delle fiamme e ad adattarsi all'evolversi della situazione, causando tragicamente 13 morti. Questo incidente è divenuto un drammatico precedente che ha stimolato i pompieri, come organizzazione, a rivedere le varie strategie e disposizioni, al fine di rendere più sicura la propria attività.

A seguire una breve narrazione del tragico incidente (Weick K. E., 1993, traduzione a cura dell'autore).

*La squadra incontrò il ranger Jim Harrison che aveva tentato di arginare le fiamme per quattro ore, radunò le proprie attrezzature e cenò. Intorno alle 5:10, i pompieri cominciarono a muoversi lungo il lato meridionale del burrone per circondare il fuoco. Dodge e Harrison, tuttavia, che erano in prima fila, erano preoccupati che la foresta vicino alla quale erano atterrati potesse essere una 'trappola di morte'. Per questo dissero al comandante in seconda, William Hellman, di portare la squadra attraverso il lato settentrionale del burrone e guidarli verso il fiume lungo il lato della*



*collina. Mentre Hellman fece ciò, Dodge e Harrison mangiarono un pasto veloce. Dodge si riunì al gruppo alle 5:40 e prese posizione in testa alla squadra, muovendosi verso il fiume. Poteva vedere le fiamme andare avanti e indietro lungo il pendio sulla sinistra.*

*[...]Dopo Dodge vide [...] che il fuoco era avanzato di 200 yard e si stava muovendo verso di loro. Dodge ordinò di andare nella direzione opposta, verso la cresta, in cima. Il gruppo si trovò subito a camminare attraverso erba molto alta e stavano perdendo piede in confronto alle fiamme. Dodge gridò loro di gettare la propria attrezzatura e dopo, a sorpresa di tutti, accese un piccolo fuoco davanti a loro e ordinò di sdraiarsi nell'area bruciata. Nessuno lo fece e scapparono tutti verso la cresta. Due persone, Sallee e Rumsey, raggiunsero una fessura nella cresta. [...] Dodge sopravvisse perché si sdraiò sulle ceneri del suo 'escape fire'.*

A prima analisi, tale episodio riprende alcuni dei concetti tipici del *sensemaking*, trattati in precedenza, e ne introduce di nuovi. La riuscita dell'operazione, in questi casi, per un certo grado dipende da come è implementato il processo di *sensemaking*; quest'ultimo, infatti, assume particolare rilevanza proprio in situazioni di crisi del genere, in cui gli attori sono sottoposti a pressione costante e allo stress. Il caso in questione è un estremo, in quanto si tratta di un evento critico, nella sua più drammatica manifestazione, dove l'*outcome* delle azioni dell'attore può essere la vita o la morte.

La stessa importanza, nel manifestarsi dell'evento critico e nel tentativo, in questo caso disperato, di risolverlo, hanno l'attore come individuo e l'organizzazione nel suo complesso, dai propri membri e come si interfacciano gli uni gli altri, alla struttura organizzativa, come è sviluppata e fino a che grado riesce ad assorbire l'evento critico, data la sua conformazione. Tra queste due sfere d'interesse, in tal senso, occupa una

posizione nell'intersezione dei due insiemi, la figura del *leader*, centrale nell'analisi per comprendere le dinamiche del gruppo. Da sottolineare, inoltre, sono i segnali che l'ambiente circostante fornisce agli individui e come vengono interpretati, i quali possono offrire un'interessante chiave di lettura.

Il rapido e continuo cambiamento dell'ambiente in cui gli attori sono immersi e con cui devono fare i conti, è evidenziato dal fatto che inizialmente la portata prevista dell'incendio era tra i 10 e i 99 acri, mentre poco dopo l'incidente, la portata stimata era di 4500 acri. Servirono altri 450 pompieri e cinque giorni di lavoro per estinguere le fiamme. Il processo di *sensemaking* appare dunque più complesso da realizzarsi nel concreto, dato il continuo cambiamento delle circostanze esterne.

I pompieri cadono vittima della loro stessa razionalizzazione della situazione. Fin dall'inizio, infatti, sono indotti a credere, dai segnali che emettono le circostanze, che si tratti di un fuoco non particolarmente difficile da domare. Con il graduale manifestarsi dell'evento critico e l'evolversi della situazione, i pompieri, basandosi sui segnali prodotti da altri membri dell'organizzazione, tendono a rafforzare tale convinzione, nonostante le fiamme divampino sempre più. Tali segnali di carattere implicito sono: un membro, David Navon continua a scattare foto, nonostante l'incendio si stia sviluppando, perciò la situazione non potrà essere così critica; Dodge e Harrison mangiano la cena mentre marciano verso il fiume, suggerendo che l'incendio non possa essere realmente peggiorato; I segnali si fanno contrastanti nel momento in cui Dodge ordina di gettare per terra i propri attrezzi e subito dopo di sdraiarsi sulle ceneri del fuoco, generando confusione negli altri membri della squadra, che si trovano precipitati nell'evento critico; la discrepanza negli atteggiamenti del leader, Dodge, che invita i compagni ad adottare la strategia dell'*escape fire*, e del secondo in comando, Hellman, che deliberatamente ignora gli ordini e fugge per la sua vita. Né gli attori nel proprio, né tantomeno l'organizzazione riescono ad analizzare le circostanze mutevoli e a interpretare in maniera plausibile i diversi segnali ricevuti dall'ambiente.

La rapidità di cambiamento e peggioramento delle condizioni esterne e di come si sono estese le fiamme può essere ricondotta alla teoria degli incidenti normali di Perrow, secondo la quale quando gli eventi sono interdipendenti, piccoli errori possono scatenare un effetto a catena, producendo danni ingenti. È il caso del disastro aereo di Tenerife, in cui un KLM 747 e un Pan Am 747 si sono scontrati, causando la morte di 583 persone. Questo tragico incidente, avvenuto il 27 Marzo 1977, durante il decollo dei due aerei di linea dall'aeroporto Los Rodeos di Tenerife, è stato il risultato di piccole frizioni nella routine organizzativa degli impiegati e di comunicazioni imparziali e confuse, fraintese dagli operatori, nel collegamento tra i piloti e la torre di controllo. Tali piccoli errori, combinati fra loro all'interno del sistema, sono sfociati, in pochi istanti decisivi, in una vera e propria tragedia, evitabile dai protagonisti della vicenda, se avessero prestato più attenzione e avvertito e interpretato correttamente i segnali del caso (Weick K. E., 1990).

Alla luce della velocità e del carattere distruttivo dell'evento critico in questione, si può considerare l'incidente come un 'episodio cosmologico' che 'avviene quando le persone avvertono immediatamente e profondamente che l'universo non è più un sistema razionale e ordinato' (Weick K. E., 1993, traduzione a cura dell'autore). In virtù di ciò, tendono a collassare contemporaneamente sia il senso attribuito finora a ciò che si stava verificando, sia i mezzi -come la logica o la struttura organizzativa- che servirebbero per ricostruirlo.

La criticità dell'avvenimento non risiede tanto nel fatto che l'incendio dell'inizio si aggrava esponenzialmente nel giro di qualche ora, quanto il modo in cui ciò avviene, in modalità che rendono sempre più complesso razionalizzare la situazione e attribuire significato a quello che sta accadendo.

L'incidente ricorda come sia differente il procedimento di *decision-making* dal *sensemaking* e suggerisce come nonostante un'organizzazione che sia adeguata e preparata nella prima area, possa comunque disintegrarsi sotto la pressione di un evento

critico, nel caso in cui non riesca a implementare adeguatamente il processo di *sensemaking*. Infatti, mentre il decision making è finalizzato su come scegliere e implementare una strategia razionale, il *sensemaking* avviene ancora prima e affronta quesiti più essenziali, diretti a comprendere dove siamo e cosa sta accadendo, prima ancora di poter chiederci come convenga agire. Prima di rispondere a queste domande, non c'è niente da decidere.

Un tema centrale, accennato precedentemente, è quello dell'identità. Nel caso in esame, i membri del gruppo perdono la propria identità, o meglio, avvertono una discrepanza tra la visione identitaria che hanno di loro stessi e ciò che invece le circostanze esterne suggeriscono loro di essere. Tale sensazione è avvertita nel momento in cui il leader, Dodge, ordina loro di 'gettare la propria attrezzatura'. Proprio in questo momento, i pompieri, spogliati della propria attrezzatura, della propria divisa, di ciò che li rende pompieri, non si sentono più tali; di conseguenza, gli individui non si sentono più parte del gruppo, membri di un'organizzazione, e abbandonano tutti gli schemi mentali precostituiti e i principi organizzativi che li avevano guidati fino a quel punto. La questione, perciò, assume subito connotati esistenziali: 'Se non sono più un pompiere, allora chi sono?' (Weick K. E., 1993). Una volta dissolto il gruppo in quanto tale e dissolti i legami che legano gli individui e li rendono membri di un'organizzazione, è più facile comprendere come essi non abbiano ubbidito all'ordine del comandante di sdraiarsi sulle ceneri dell'*escape fire*.

Se tale crisi identitaria è il fattore principale che ha determinato il collasso della struttura dell'organizzazione, un ulteriore fattore è rappresentato dal percorso confuso e disordinato che hanno seguito i pompieri. Questo percorso è stato ordinato da Dodge e seguito dal secondo in comando, Hellman. Tale strategia ha provocato un distanziamento tra i membri dell'organizzazione e ha permesso a Hellman di prendere il comando, seppur per poco. Quest'ultimo non è riuscito a calarsi nel ruolo di leader, date le caratteristiche della sua personalità e la sua inclinazione a implementare gli ordini,

piuttosto che crearli. Ne è risultata grande confusione per gli attori, che già si trovavano in un flusso caotico di avvenimenti.

In generale, dunque, gli attori tendono a farsi prendere dal panico, dato il rapido mutare delle circostanze, che non gli fornisce alcun appiglio logico. È proprio il panico, instillato nella mente degli attori e causato da vari fattori concatenati, la principale causa del fallimento dell'operazione e della tragica morte delle 13 persone.

Sigmund Freud ha trattato questo tema in relazione al panico che si può diffondere in gruppi di militari: la conseguenza più comune è che gli ordini dei superiori non vengano più seguiti, che si dissolva l'organizzazione in quanto tale e che svaniscano i legami tra i membri; ciò risulta in una sensazione di paura e di panico che prendono il sopravvento. Secondo Freud, dunque, la 'disintegrazione del gruppo precipita il panico' (Freud S., 1922). Durante l'incidente, più i legami tra i membri si sfaldano più il senso di pericolo cresce, così come la paura, e l'individuo tende sempre più ad ignorare le linee guida della struttura organizzativa e gli ordini, per abbandonarsi agli istinti primitivi di pura sopravvivenza: in questo modo l'universo, spogliato dall'ordine e dalla razionalità, diviene caotico ed inspiegabile.

La struttura in gruppi resilienti è fondata su due pilastri: la struttura informale, basata su schemi di interazione sociale tra i membri, il cui fine è rafforzare i legami tra gli attori, ma soprattutto di creare un *understanding* condiviso e comune di ciò che sta accadendo, attribuendo un significato all'ambiente circostante; la configurazione dei ruoli, delle competenze e delle attività, che facilita il processo di *sensemaking*. Di conseguenza la struttura organizzativa favorisce l'interpretazione dell'evento critico, ma allo stesso tempo il significato che attribuiamo all'organizzazione ne determina la struttura, in quanto fondata per un verso sulle interazioni reciproche dei suoi membri. In tal senso 'i significati influenzano i *framework*, che influenzano i significati' (Weick K. E., 1993, traduzione a cura dell'autore). Alla luce di ciò, Il gruppo dei pompieri risulta abbastanza vulnerabile in quanto è di recente costituzione e i membri non sono particolarmente

legati fra loro: la comunicazione e l'interazione tra di loro non è elevata. Mentre Eisenberg individua la cosiddetta intimità non discreta -fondata sul coordinamento, la comunicazione e il rispetto- come base adeguata per interfacciarsi gli uni gli altri e relazionarsi all'interno della struttura organizzativa, l'incidente di Mann Gulch ci dimostra come essa non risulti abbastanza resiliente e sia invece necessario, di fronte ad eventi così distruttivi, un legame più forte tra i membri dell'organizzazione, che sia in grado di restituire chiarezza di pensiero, in modo tale da poter evitare e oltrepassare gli ostacoli del percorso.

Dopo aver analizzato come è collassato il *sensemaking* nell'incidente di Mann Gulch e quali fattori hanno determinato la diffusione del panico generale, è fondamentale comprendere quali comportamenti e azioni gli attori avrebbero dovuto intraprendere, sia individualmente sia gli uni verso gli altri sia all'interno della struttura organizzativa. Parallelamente questo discorso ci porterà a capire per quali ragioni Dodge, Rumsey e Sallee sono sopravvissuti, in riferimento alle quattro fonti di resilienza -intesa come capacità di fronteggiare un evento critico- la quale verrà ora solamente introdotta, per poi essere analizzata accuratamente in seguito.

In riferimento all'accaduto durante l'incidente, ciò che ci si aspetta in condizioni di pressione del genere è che gli attori regrediscano a uno stato primordiale, rispondendo esclusivamente all'impulso dei propri istinti. Tuttavia, Dodge in maniera sorprendente riesce, mantenendo la calma, ad elaborare una soluzione creativa, a partire dai materiali che aveva a disposizione e le conoscenze ed esperienze pregresse. Nonostante gli altri membri dell'organizzazione avessero sotto i propri occhi la soluzione che avrebbe salvato le loro vite, presi dal panico, non riuscirono ad assimilare lo stesso processo logico di inventiva, proprio della resilienza e denominato di improvvisazione e bricolage, che è riuscito a formulare Dodge.

Questo aspetto si riconduce all'atteggiamento di saggezza, altra fonte di resilienza, in parallelismo col pensiero socratico, che prevede che conoscenza e ignoranza vadano di

pari passo: più l'attore conosce, più non deve essere vittima della presunzione della conoscenza, ma invece deve essere sempre pronto a mettere in discussione le sue certezze. Questo atteggiamento resiliente non è stato adottato dai pompieri che, considerando la soluzione di Dodge come esterna al proprio bagaglio di esperienze, non la vedono come una via d'uscita appropriata e, in quanto tale, non la prendono neanche minimamente in considerazione.

Come risultato dall'analisi precedente, la più determinante causa della diffusione del panico e del fallimento dell'operazione è stato il collasso della struttura organizzativa. Per prevenire ciò, adottando un atteggiamento resiliente, si può ricostituire la struttura dell'organizzazione. Tale ricostruzione può avvenire unicamente all'interno della mente dei membri, i quali devono fissare un sistema virtuale dei ruoli amministrativi, resistente all'impatto dell'evento critico e alla pressione che ne deriva. Questo processo mentale è in grado di restituire un ordine al flusso caotico degli avvenimenti e a fornire agli attori delle linee guida orientate all'azione. Se i pompieri avessero tenuto tale atteggiamento, avrebbero seguito gli ordini di Dodge, senza sprofondare nel panico.

In situazioni particolarmente critiche, tuttavia, neanche il sistema virtuale di ruoli è abbastanza resiliente, dato che dovrebbe adattarsi molto velocemente ai cambiamenti continui delle circostanze esterne. Perciò in tali casi, l'unica forma di interazione che possa sopravvivere alla crisi è quella faccia a faccia: nel caso in esame, infatti, i due individui che si sono basati su questo tipo di interazione, Sallee e Rumsey, sono tra i pochi sopravvissuti.

## **2.3 Come arginare le crisi: l'analisi della letteratura del *Crisis Management* e della resilienza**

Il *Crisis Management* e la resilienza sono i due pilastri teorici che guidano l'organizzazione nel fronteggiare e arginare gli eventi critici. Come vedremo in seguito, essi si interfacciano tra loro e poggiano sulle fondamenta del *sensemaking*.

Se il *Crisis Management* fa riferimento alla capacità di riportare un'organizzazione al normale funzionamento di routine organizzativa, principalmente dopo che la crisi si sia manifestata e abbia danneggiato la stessa, la resilienza indica la possibilità di mantenere il funzionamento dell'organizzazione nonostante la perturbazione causata dalla crisi.

Più nello specifico, è necessario fare riferimento alla distinzione tra crisi come evento e crisi come processo. Da un filone della letteratura, la crisi è concepita come un evento cui l'organizzazione deve fare fronte per riportare in essere la routine organizzativa. In quanto evento, la crisi assume delle caratteristiche specifiche: si tratta di un avvenimento che ha luogo in un preciso momento e in uno spazio circoscritto, che ha un'origine, una causa specifica e identificabile e che determina un impatto rilevante sull'organizzazione nel suo complesso (Pearson C. M., Clair J.A., 1998).

Nel dettaglio, le connotazioni della crisi come evento sono: la minaccia che essa crea nei confronti degli ideali fondanti dell'organizzazione; presenta un problema che deve essere necessariamente risolto in un lasso di tempo ridotto, affinché l'organizzazione possa rientrare nella sua routine di regolare funzionamento, senza che siano stati arrecati danni permanenti alla stessa; è un qualcosa di inaspettato e imprevedibile per l'organizzazione. In questo senso, il *Crisis Management* non può dedicarsi alla prevenzione della crisi o affrontarla in vari modi durante il suo svelamento; la crisi è un evento raro, impossibile da prevedere, ad alta portata, per l'impatto che ha nei confronti dell'organizzazione e dei suoi stakeholders. Proprio per questo motivo si può pensare di affrontare l'evento critico, solo una volta avvenuto e a questo aspetto fa riferimento il



*Crisis Management*, che indica le varie tecniche per fronteggiare la crisi e come rispondere alla stessa, dopo il suo manifestarsi. Esso è incentrato sulla risposta sia dell'organizzazione sia dei suoi membri, quindi sia a livello individuale sia collettivo.

D'altronde, questa concezione del Crisis Management è espressione soltanto del ramo teorico della crisi come evento. L'altro ramo della letteratura del Crisis Management, infatti, fa riferimento alla crisi come processo evolutivo e ammette, perciò, un'analisi a più ampio raggio dell'avversità, attraverso i vari stadi del suo sviluppo. È a questa visione che si ancora anche la teoria del *sensemaking*, nonché quella della resilienza. Quest'ultima, dunque, si fonda sulla concezione della crisi come processo, di cui si possono individuare diverse fasi, su ognuna delle quali l'organizzazione può agire, attraverso determinate tecniche, per arginare gli eventuali danni.

Lo studioso Turner divide il processo critico in sei fasi: l'origine della crisi, il periodo d'incubazione, l'evento scatenante, le conseguenze immediate, il salvataggio o risoluzione e l'istituzione di nuove norme. La crisi può originare a partire da piccole frizioni del sistema, che, se prese isolatamente, sono innocue, ma interagendo tra loro, possono, dopo un periodo d'incubazione, sfociare in una crisi da attenzionare il prima possibile. Ciò avviene spesso a causa di assunzioni errate, alla complessità delle informazioni, a incomprensioni dovute a fattori culturali nell'individuazione e interpretazione dei segnali che anticipano le crisi e la riluttanza a immaginare il peggior possibile sviluppo di tali eventi.

È proprio la teoria della crisi come processo che rappresenta un anello di congiunzione tra il *Crisis Management* e la resilienza, la quale, tuttavia, è più orientata all'aspetto comportamentale ed emotivo della gestione della crisi.

### **2.3.1 Il *Crisis Management*: focus su *leadership* e *team***

Il *Crisis Management* consiste principalmente nel ripristinare l'equilibrio nella struttura organizzativa, data la perturbazione determinata dall'avversità. La relativa letteratura si è concentrata soprattutto sullo sviluppo di disposizioni e procedure da poter utilizzare in caso di emergenza, focalizzate sul coordinamento e la comunicazione. Assumono fondamentale rilevanza, in quest'ambito la struttura formale dell'organizzazione, come è diviso il lavoro tra i membri e gli obiettivi concreti che l'organizzazione si pone nella gestione della crisi.

Le due tematiche più attenzionate dalla letteratura del *Crisis Management* sono la *leadership* e il *team*. Come analizzato in precedenza, la struttura dell'organizzazione e le sue dinamiche interne tra membri sono necessarie per sopportare l'avversità e ripristinare l'equilibrio.

La figura del *leader* deve riuscire a interpretare correttamente la situazione e, di conseguenza, intraprendere il corretto stile di *leadership* che possa aumentare la frequenza e la qualità delle interazioni con gli *stakeholders*, puntando all'efficienza della comunicazione come arma per sopperire alla crisi. Il suo obiettivo centrale deve essere quello di fluidificare il processo critico, accompagnando l'avversità lungo le sue varie fasi di sviluppo, minimizzando i danni e arginandoli per quanto più possibile.

L'operato continuo e attento del *leader*, tuttavia, può sortire risultati positivi nella gestione dell'emergenza soltanto se il suo lavoro avviene su una base concreta e solida della struttura organizzativa, che deve essere in primo luogo costruita in modo da potersi adattare alla pressione della crisi e che deve fare del suo meglio per non soccombere all'impatto con la stessa. Fattore cruciale nel raggiungimento del *goal* è la fiducia che i membri dell'organizzazione riservano nel *leader*. Sebbene lo stile di *leadership* adottato sia strettamente dipendente dalla fiducia che gli altri hanno nel

leader, altrettanto interconnessa è la struttura organizzativa, il cui fallimento determinerebbe in questo senso un collasso a catena.

Il corretto ed efficace lavoro del *leader*, però, non dipende unicamente da come reagisce all'evento critico, una volta che esso si sia manifestato, ma anche e soprattutto a come egli prepari sé stesso e l'organizzazione all'eventualità che si verifichi un'emergenza più o meno grave. Ad esempio, la qualità della risposta dell'organizzazione alla crisi, infatti, dipende anche dal rapporto che il *leader* ha coltivato in precedenza con gli *stakeholders*.

Prima che l'avversità si manifesti ad elevata intensità, dopo il cosiddetto *triggering event*, circostanza durante la quale diverse piccole frizioni interagiscono per costituire una grave minaccia per l'organizzazione, il leader può intervenire a monte nel processo, individuando tali imperfezioni nel regolare funzionamento dell'organizzazione ed eliminandole all'origine.

Il leader inoltre, nel proliferare del caos, deve impegnarsi in prima persona nel processo di *sensemaking*, cui abbiamo affidato tanta rilevanza nella gestione dell'evento critico, in modo da fornire appigli logici ai dipendenti, dando in questo modo una parvenza quanto più concreta possibile, di solidità, ma soprattutto di stabilità, all'ambiente organizzativo.

D'altra parte, le attività di prevenzione e preparazione all'avversità non conferiscono la capacità di affrontare ogni tipologia di crisi. Focalizzandosi sulla reazione alla crisi, dunque, il leader deve essere abile nell'individuare e mobilitare le risorse opportune, massimizzare le tecniche di coordinamento e comunicazione all'interno dell'organizzazione, e deve avere la capacità di prendere decisioni sotto pressione in maniera lucida e rapida.

Gruppi emergenti hanno spesso forte potenziale nell'offrire aiuto durante un'emergenza, ma possono allo stesso tempo presentare diverse difficoltà: i loro limiti

sono legati a una più alta probabilità di errori o di non trasparenza e chiarezza nella comunicazione e nel coordinamento, nonché al caos che può derivare dai ruoli non ben definiti. In questo, il leader, per fronteggiare correttamente l'avversità, deve avere la capacità di rendere esplicite le potenzialità dei gruppi emergenti, minimizzando i loro limiti, i quali potrebbero mettere in pericolo gli individui e, ancor prima, la struttura dell'organizzazione (Williams T. A. et al , 2017) .

Gruppi all'interno dell'organizzazione possono determinare risultati positivi e indurre il sistema a ritrovare il suo equilibrio originario se fanno affidamento su un elevato grado di allenamento e di preparazione al disastro e se riescono a sviluppare, durante il processo di svelamento della crisi, un *understanding* comune e condiviso di ciò che sta accadendo all'interno del sistema. Per riuscire nell'intento, il team deve essere correttamente assemblato e ogni membro deve ricoprire una posizione precisa e ben individuata; le gerarchie devono essere chiare e la squadra deve puntare a ricollocare le risorse a disposizione, in base a ciò che richiede la situazione specifica, al fine di minimizzare i fattori che contribuiscono alla perturbazione dell'ambiente.

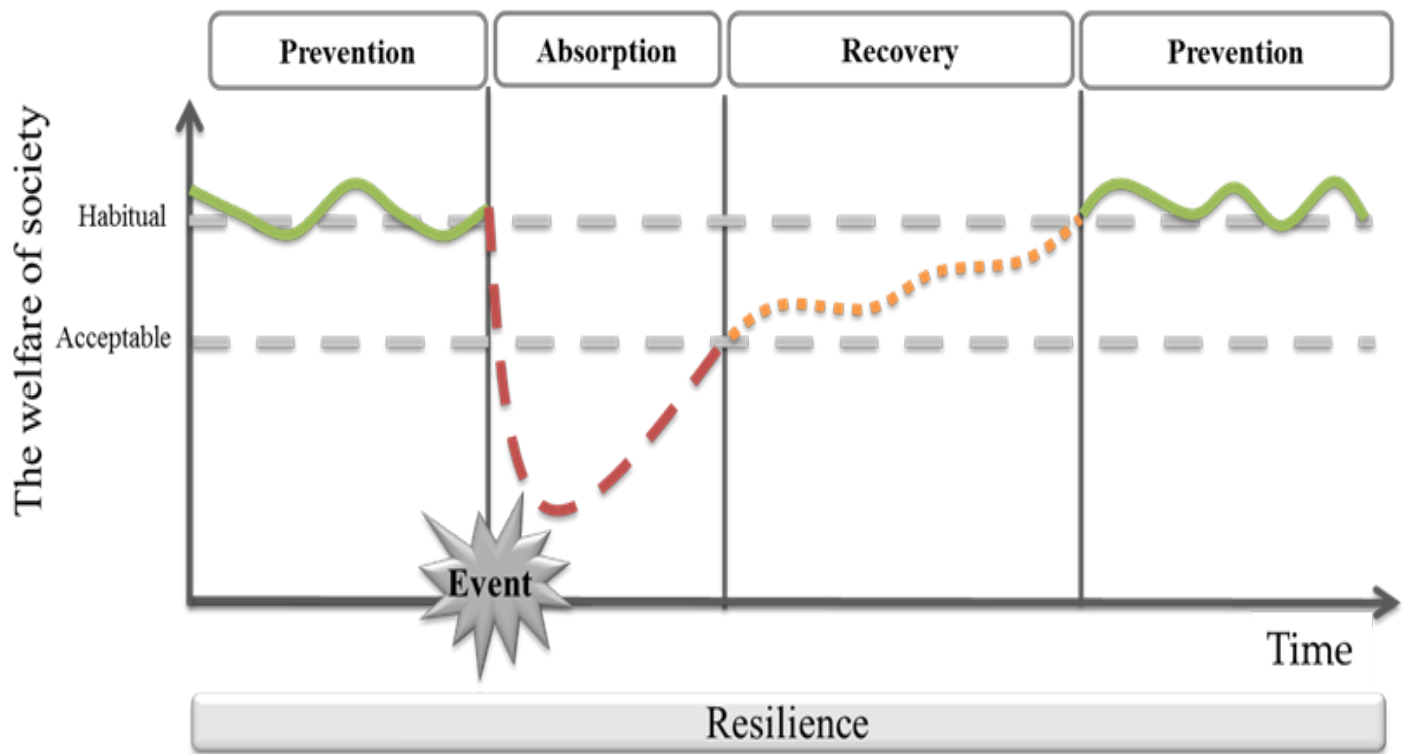
Le risorse devono perciò essere riorganizzate in una maniera diversa e funzionale, che possa fluidificare e facilitare la creazione di nuove strategie, formulate alla luce del continuo evolversi della situazione avversa. Il richiamo al disastro di Mann Gulch analizzato precedentemente è lampante: il leader Dodge, sotto la pressione crescente dovuta al rapido avanzare delle fiamme, riesce a formulare una strategia con le poche risorse che aveva intorno a lui, al fine di salvare il gruppo, l'*escape fire*.

### **2.3.2 La resilienza: il ciclo di vita e il *framework***

Resilienza, da resilire e resilio, significa rimbalzare, saltare all'indietro: se nella tecnologia dei materiali, la resilienza è la capacità di un materiale di assorbire una sollecitazione dinamica, senza rompersi, nell'ambito organizzativo una struttura risulta

resiliente se, di fronte a continue perturbazioni nel funzionamento della stessa o più in generale di fronte a un avvenimento critico, essa riesce ad adattarsi ai cambiamenti, resistendo senza collassare.

Come accennato precedentemente, la resilienza abbraccia tutte le fasi dello sviluppo della crisi, soffermandosi in misura maggiore, rispetto al *Crisis Management*, sulla prevenzione dell'avversità, attraverso un'incessante analisi dell'ambiente per individuare anomalie potenzialmente dannose. Una volta verificato l'evento critico, definito *triggering event*, la resilienza si occupa di arginarlo per quanto possibile, adattando la struttura organizzativa in modo da 'assorbire' le conseguenze dell'avversità. Nello stadio della ripresa, invece, l'organizzazione tende a ripristinare lo status quo. Tornati alla normale operatività, l'organizzazione resterà all'erta nel riconoscimento dei segnali ricevuti dal sistema, dando origine a un ciclo di resilienza, diviso in questo modo in tre step (osservabile nella figura 5).



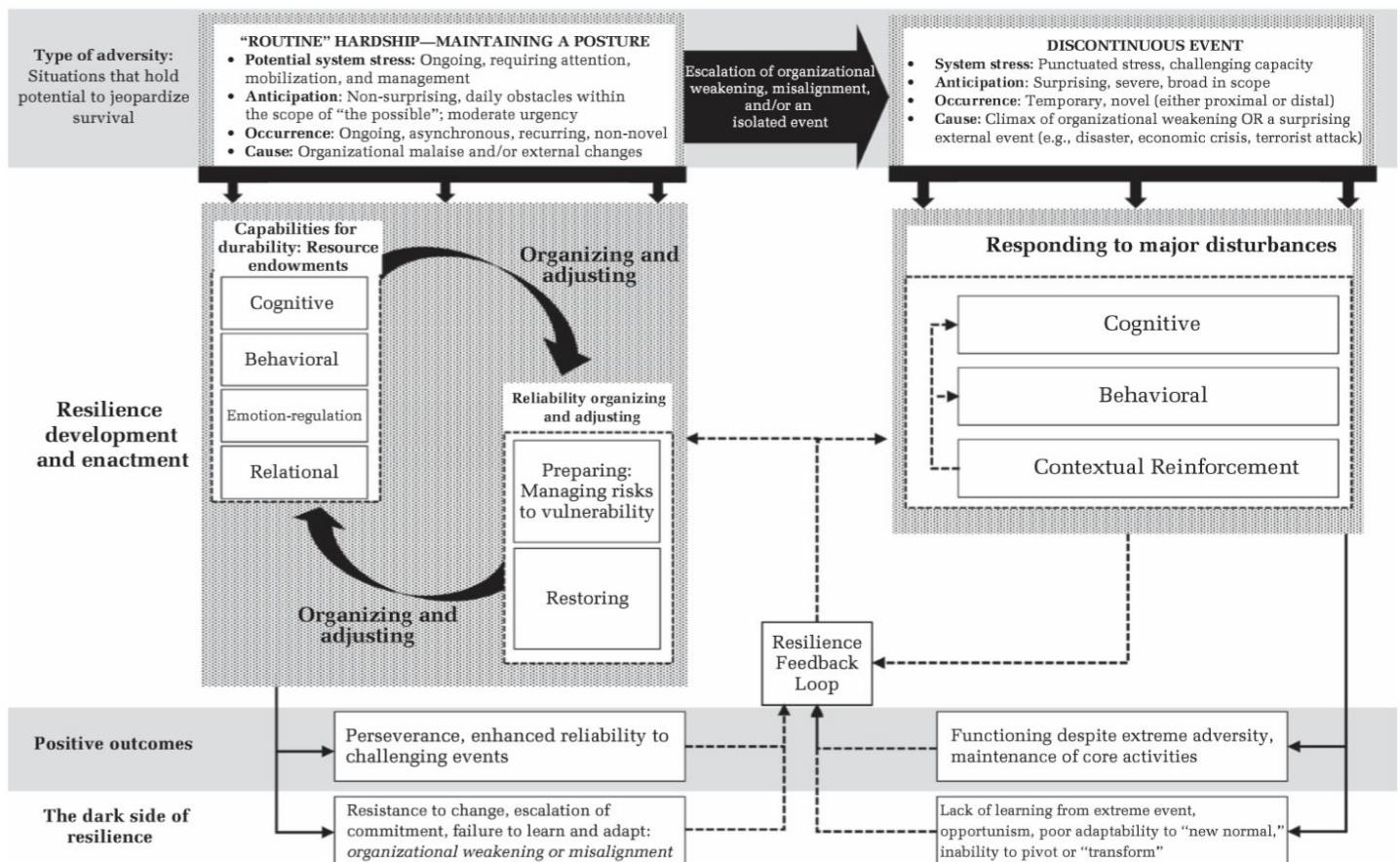
**Figura 5:** Il ciclo di vita della resilienza (*Resilience Framework for Critical Infrastructures*, Leire Labaka Zubietta, 2013).

Nonostante la figura indichi sull'asse delle ordinate il benessere della società, lo stesso schema si può adattare alla perfezione in riferimento al funzionamento regolare dell'organizzazione.

Con il termine resilienza facciamo riferimento alle sue diverse sfaccettature: la resilienza tecnica riguarda l'abilità della struttura di funzionare discretamente nonostante l'impatto della crisi; la resilienza organizzativa si focalizza sul processo di *decision-making* che intraprende il *leader* per arginare le condizioni avverse (Williams T. A. et al , 2017). Inoltre bisogna sempre considerare le conseguenze economiche che la crisi genera, analizzando come l'organizzazione possa farvi fronte (resilienza

economica). Quando l'emergenza avviene a livello urbano o comunque attacca la società, si fa riferimento alla resilienza sociale che studia l'efficienza della prima risposta dei soccorritori o dei volontari.

Gli attori del sistema che si rivelano resilienti sono coloro che fanno affidamento su particolari doti, che li rendono resistenti all'urto della crisi e permettono loro di interagire con l'ambiente circostante in modo da riorganizzare le risorse e riallineare il sistema. Prendendo in considerazione tali doti e come possono conferire un vantaggio nella gestione dell'avversità, individuiamo il *framework* della resilienza, schematizzato nella figura 6.



**Figura 6:** *Framework della resilienza (Organizational Response to Adversity: Fusing Crisis Management and Resilience Research Streams, Williams, Gruber, Sutcliffe, Shepherd, Zhao, 2015).*

Le capacità di resistenza degli attori all'interno del sistema dipendono dalle doti, come saggezza, conoscenza e particolari abilità, che l'individuo detiene ancor prima del manifestarsi dell'evento critico. In relazione alla figura 6, infatti, si fa riferimento allo sviluppo della resilienza nell'occasione di anomalie nel funzionamento regolare dell'organizzazione o quando il *triggering event* non si è ancora verificato oppure in caso di crisi di minore portata, continue o ricorrenti. Tali doti fanno sì che l'attore possa reagire positivamente alle perturbazioni nel sistema e più in generale adotti un atteggiamento positivo e costruttivo nella gestione del problema.

Nella fase di prevenzione della crisi, l'attore si affida alle sue capacità cognitive per riconoscere potenziali anomalie nel normale funzionamento del sistema. In questo senso, più l'attore ha conoscenze pregresse nella materia in questione, più conosce l'ambiente che lo circonda e gli avvenimenti che ne contraddistinguono la routine, più rapidamente e con più precisione potrà individuare eventuali frizioni. Il suo compito sarà quello di operare in base alle proprie doti cognitive in modo tale da mantenere il funzionamento dell'organizzazione di fronte all'avversità.

Ne consegue che nel fronteggiare un'emergenza, la gestione positiva dipende non solo dalle abilità cognitive dell'attore, ma anche e soprattutto da come egli si comporta e agisce sotto la pressione dell'avversità. Il comportamento e l'attitudine dell'attore devono essere orientati a mantenere la calma e ad adattarsi alle circostanze fino a raggiungere addirittura una sensazione di *comfort* nell'incertezza; tale atteggiamento induce la capacità di prendere decisioni a mente lucida e ad innalzare il livello di cooperazione tra i membri, promuovendo così un sistema particolarmente resiliente (Williams T. A. et al , 2017).



La capacità di regolare le proprie emozioni è di certo uno dei requisiti dell'attore che riesce a operare positivamente nel caos della crisi. Precipitare nel panico durante l'evolvere dell'avversità è, infatti, la determinante principale del dissolversi della struttura organizzativa, che porta inesorabilmente alla mala-gestione del caso. Le doti di *emotion-regulation* si riferiscono all'abilità di crearsi una sorta di fortezza mentale, nel prevenire la crisi, in modo da poterla fronteggiare adeguatamente in seguito (Williams T. A. et al , 2017). Esercitando questo processo l'attore entra in possesso di quei mezzi che lo possono aiutare psicologicamente a gestire l'impatto dell'avversità. Lo studio psicologico di Fredrickson del 2003 sui sopravvissuti all'attacco delle torri gemelle dell'11 settembre 2001 conclude che le persone che hanno evitato la depressione in seguito all'evento critico sono quelle che si sono deliberatamente attaccate, per quanto più possibile, a emozioni positive (affetto, amore).

Inoltre, la resilienza comprende l'interazione tra gli individui, il modo in cui essi entrano in contatto e si relazionano gli uni con gli altri. Le relazioni tra membri dell'organizzazione possono fluidificare la ripartizione dei compiti e facilitare la comunicazione e la cooperazione, elementi sempre utili nella battaglia all'avversità. Le relazioni si basano sulla fiducia che è implicitamente calcolata dall'attore nei confronti degli altri in base ai loro comportamenti, ai fatti, ai valori e alle esperienze passate.

Le capacità degli attori si interfacciano con le attività di preparazione e di *restoring* proprie dell'organizzazione nel suo complesso, tese a prevenire la crisi, prima che possa scatenarsi e causare ingenti danni al sistema. Mentre la preparazione è orientata alla gestione dei rischi al fine di ridurre la vulnerabilità del sistema alla crisi, in particolare tramite il rinforzo di apposite misure preventive e della struttura, il *restoring* fa riferimento a situazioni avverse particolarmente complicate che necessitano di perfetto coordinamento dei membri dell'organizzazione, nonché di un atteggiamento resiliente che sia focalizzato su un'attenta pianificazione da seguire nella risposta all'emergenza, tenendo conto però dell'eventuale necessità di atti d'improvvisazione, che possono

anche determinare la deviazione dal protocollo. Per la riuscita di questa attività è fondamentale la capacità degli attori di mantenere i nervi saldi per intraprendere decisioni consapevolmente e in maniera rapida e l'abilità di comprendere e interpretare continuamente l'evolversi della crisi come processo.

Una volta verificatosi il *triggering event*, gli attori sono chiamati a rispondere all'impatto dello stesso nel modo più positivo possibile. Analizziamo il caso di gravi emergenze, di perturbazioni molto significative nell'operare dell'organizzazione e che possono attaccare drasticamente il sistema, quando la crisi si scatena a partire dai segnali che abbiamo considerato in precedenza o quando si manifesta in maniera isolata e discontinua.

Ancora una volta ci focalizziamo in un primo momento sulla dimensione cognitiva della risposta degli attori. Essi, infatti, ancor prima di agire, ponendosi l'obiettivo di un *outcome* positivo, devono mantenere un'attitudine resiliente, di fronte al perturbare del caos. In primo luogo, le risposte cognitive devono essere orientate all'individuazione di ciò che è cambiato nell'ambiente circostante, e a formulare, in tal senso, strategie adattate a fronteggiare la situazione.

Di fronte al manifestarsi dell'evento critico, gli individui devono immediatamente provvedere a riorganizzare le risorse a disposizione e a prendere decisioni strategiche, in particolare se mantenere il corso di azioni pianificate in precedenza o deviare dal protocollo.

Il processo psicologico che deve avvenire nella mente degli attori deve spostare il focus dalla struttura al significato. Nonostante l'azione deve basarsi sulla struttura, nella prima reazione all'avversità, bisogna attenzionare principalmente il significato di ciò che sta avvenendo e come si sta sviluppando. È soltanto a partire dal significato che si può ritornare alla struttura: in base alla tipologia delle circostanze e di come esse stanno impattando il sistema, si può decidere se tornare alla struttura preesistente o se invece

ricostruirla in modo che possa essere più adatta. Ciò risulta, ad esempio, nel caso di Mann Gulch, dove la struttura è troppo complessa per un gruppo ristretto di persone e ha di fatto costituito un ostacolo nella formazione di un *understanding* comune e condiviso da parte degli individui. Di conseguenza, i pompieri hanno implicitamente deciso di abbandonare la struttura, precipitando nel panico; a questo punto, gli individui singoli non sono riusciti a sviluppare una comprensione delle circostanze in maniera rapida e, come sappiamo, l'operazione è tragicamente fallita. Essi avrebbero dovuto individuare il problema mentre analizzavano le circostanze, per poi snellire la struttura e favorire la comunicazione e la cooperazione, al fine di costituire quell'*understanding* condiviso che avrebbe funzionato da base per agire di fronte all'avversità.

L'organizzazione, nonostante si debba ristrutturare, anche radicalmente, come detto, per adattarsi al meglio alle circostanze critiche e poter fronteggiare la crisi in maniera efficiente, dovrà sforzarsi il più possibile per mantenere la propria identità e garantire così facendo la continuità dell'operatività.

Esemplare nell'interpretazione della risposta cognitiva alla crisi risulta la disgrazia del volo 93 dell'11 settembre 2001: dopo che l'aereo era stato dirottato, i passeggeri hanno immediatamente compreso la gravità della situazione e si sono mobilitati, come gruppo, per convincere i dirottatori a far schiantare l'aeroplano per terra piuttosto che su un monumento nazionale, dimostrando una comprensione condivisa di ciò che stava accadendo e delle sue conseguenze, nonché la corretta adozione di un processo organizzativo resiliente (Quinn R.W., Worline M.C., 2008). Costituendo una struttura di gruppo e riorganizzando le risorse a disposizione, sono riusciti ad attribuire un significato alle circostanze e guardare il quadro più grande, concependo la soluzione più logica, nonostante comportasse il sacrificio della propria vita.

Per comprendere la risposta a livello comportamentale dei membri dell'organizzazione all'avversità, facciamo riferimento al processo organizzativo dei gruppi S.W.A.T e dei medici d'urgenza. I primi costituiscono un esempio nel gestire l'incertezza con

soluzioni creative, riorganizzazioni di routine, di cambio di ruoli e riassetto delle attività predisposte, testimoniando quanto sia rilevante nella gestione della crisi, rendere fluida e intercambiabile, in base all'evolversi delle circostanze, la struttura dell'organizzazione. I medici d'urgenza testimoniano ancora una volta come sistemi resilienti si fondano su contestuali attività di preparazione e improvvisazione, utilizzando soprattutto tecniche di delegazione e attenta e precisa formazione di nuovi membri del *team* (Williams T. A. et al , 2017).

Per quanto concerne l'aspetto contestuale della risposta all'avversità, si fa riferimento al contesto, che fornisce la base per come sono implementate le risposte cognitive e comportamentali, e alla qualità dei legami sociali tra i membri del gruppo, che possono avere la funzione di facilitare la reazione di gruppo a circostanze critiche e aiutano l'interpretazione collettiva dell'ambiente, limitando l'insorgere di confusione, la quale può risultare parecchio dannosa per il sistema.

La resilienza non va considerata come un processo statico e sempre uguale a se' stesso: al contrario, il dinamismo è una caratteristica fondante della resilienza. In questo senso, si evidenzia il cosiddetto *Resilience Feedback Loop* (figura 6): durante lo sviluppo del processo di resilienza, come descritto finora, le circostanze avverse continuano ad evolvere, spesso in maniera inaspettata, e conseguentemente cambia il comportamento degli attori. Procedendo nelle fasi di sviluppo della resilienza, l'organizzazione osserva e analizza le conseguenze delle sue azioni e i risultati che hanno sortito; in questo modo riceve un *feedback*, a partire dal quale manterrà o, più spesso, modificherà i suoi atteggiamenti e le sue strategie per meglio adattarsi al cambiamento delle circostanze esterne. L'interazione tra l'attore e l'ambiente deve essere consistente e continua: soltanto mantenendo l'attenzione a come il secondo cambia, si può fronteggiare adeguatamente la crisi. Si devono, dunque, mettere costantemente in dubbio le scelte prese e le attività esercitate, ripercorrendo spesso varie fasi di un processo che assume

una connotazione organica, finendo così in un vero e proprio *loop* che determina il rinforzo della resilienza dell'organizzazione.

Risultano particolarmente resilienti in una data crisi, gli individui che hanno fronteggiato nel passato una simile avversità: in questo senso, la resilienza è correlata positivamente alle esperienze vissute precedentemente e dipende da quali insegnamenti gli individui hanno tratto dalle stesse.

Particolarmente difficoltoso risulta invece adottare il processo di resilienza nel caso di organizzazioni che sono talmente tanto spesso colpite da avversità, che non si riesca più a distinguere il funzionamento regolare dell'organizzazione da quello anomalo. In tali casi è, infatti, molto complesso individuare e riconoscere i segnali di crisi imminente.

Alla luce di questa attenta analisi della resilienza e del *Crisis Management*, è evidente che l'uno non confligge con l'altro; si tratta, piuttosto, di due facce della stessa medaglia e, di conseguenza, possono essere integrati per garantire una migliore resistenza e una reazione più adatta alle perturbazioni e al caos dovuto alla crisi.

Tuttavia, questa approfondita analisi della letteratura relativa al *sensemaking*, al *Crisis Management* e alla resilienza, rischia di rimanere nell'ambito teorico, se non si trovano degli spunti particolarmente adatti ad essere implementati nel concreto. Come possono le organizzazioni, in particolare quelle ospedaliere, facendo tesoro degli insegnamenti tratti dalle teorie analizzate finora, risultare tanto resilienti da rispondere concretamente e con efficacia a crisi organizzative che possano sconvolgere il panorama organizzativo e strutturale?

La risposta a questa domanda sarà il focus del capitolo seguente, che individuerà le strategie adatte a rendere più resilienti le infrastrutture critiche, più nello specifico le organizzazioni ospedaliere, durante lo sviluppo della crisi, attraverso un *overview* del progetto DARWIN e un resoconto di tutte quelle linee guida, adattate all'ambito sanitario, che possano essere messe in atto nella cosiddetta fase *during a crisis*, e che

risultino particolarmente efficienti per le strutture ospedaliere, di fronte ai disagi e al caos creati dal nuovo Coronavirus. Questa trattazione ci fornirà gli strumenti necessari per la successiva analisi del caso di un ospedale italiano, in prima linea nella lotta al COVID-19: come si è riorganizzato e quali misure ha adottato, alla luce delle osservazioni precedenti, per affrontare la pericolosa diffusione della pandemia.

## Capitolo III

### **La resilienza nel concreto con il progetto DARWIN e nell'organizzazione di un ospedale nella lotta al COVID-19**

#### **3.1 Gap tra *framework* teorico e implementazione pratica**

Come anticipato in precedenza, esiste un gap piuttosto considerevole tra il *framework* teorico della resilienza -termine con cui, da ora in avanti, faremo riferimento come compendio delle varie teorie, analizzate finora, della gestione della crisi in ambito organizzativo- e l'applicazione pratica. Risulta, infatti, particolarmente complessa l'implementazione nel concreto di tale teoria per diverse organizzazioni, soprattutto per quelle che solo recentemente hanno cominciato ad essere impattate da diversi tipi di crisi. Scontrandosi con la realtà, in effetti, la teoria della resilienza di per sé fallisce nel considerare i numerosi e quanto mai vari ambiti di applicazione e rischia di perdere il contatto con il mondo reale.

In questo senso, sono intervenuti progetti creati appositamente per rispondere a queste esigenze delle organizzazioni, che sempre più di frequente si trovano a fronteggiare avversità di ogni natura e ne risultano spesso impreparate.

Riferendoci al progetto DARWIN, ne presenteremo, in prima istanza, un'analisi sommaria, nell'ottica delle infrastrutture critiche, preparando il terreno per osservazioni più specifiche e approfondite riguardo le organizzazioni ospedaliere, ponendo l'accento

su alcune linee guida adattate alla gestione delle crisi, durante il suo sviluppo, nell'ambito sanitario.

### **3.2 Il progetto DARWIN e le linee guida DRMG: strumenti per la salvaguardia delle infrastrutture critiche**

DARWIN è un progetto di ricerca di Horizon 2020, il programma europeo per la ricerca ed innovazione per il periodo 2014-2020, che si pone l'obiettivo di salvaguardare infrastrutture critiche e di renderle più resilienti attraverso la formulazione e l'applicazione di linee guida strategiche, che tengono conto dei diversi possibili ambiti di applicazione, le *DARWIN Resilience Management Guidelines* (DRMG).

Per infrastrutture critiche si intendono tutti quelle organizzazioni dal quale regolare funzionamento dipende il benessere del Paese e dei suoi cittadini: comprende settori cruciali quali la sanità, la produzione di energia, i trasporti, la sicurezza. Di conseguenza, è chiara la rilevanza strategica che tali infrastrutture detengono e quanto sia importante proteggerle. Particolarmente rilevante risulta l'ambito sanitario, come si evince dalla solida partnership tra il progetto DARWIN e l'ISS, l'Istituto Superiore di Sanità.

Le DRMG sono costruite in maniera tale da individuare diverse applicazioni pratiche nei vari settori, in modo che risultino molto specifiche e perfettamente adatte a fronteggiare situazioni anche estremamente eterogenee. Esse sono basate sulla *DARWIN Community of Practitioners* (DCoP), una comunità che comprende esperti e utenti dei vari settori delle infrastrutture critiche in questione. Le linee guida, inoltre, sono sviluppate in modo aperto e, di conseguenza, vengono aggiornate continuamente: il principio su cui è stato fondato il progetto DARWIN, infatti, è quello di creare uno

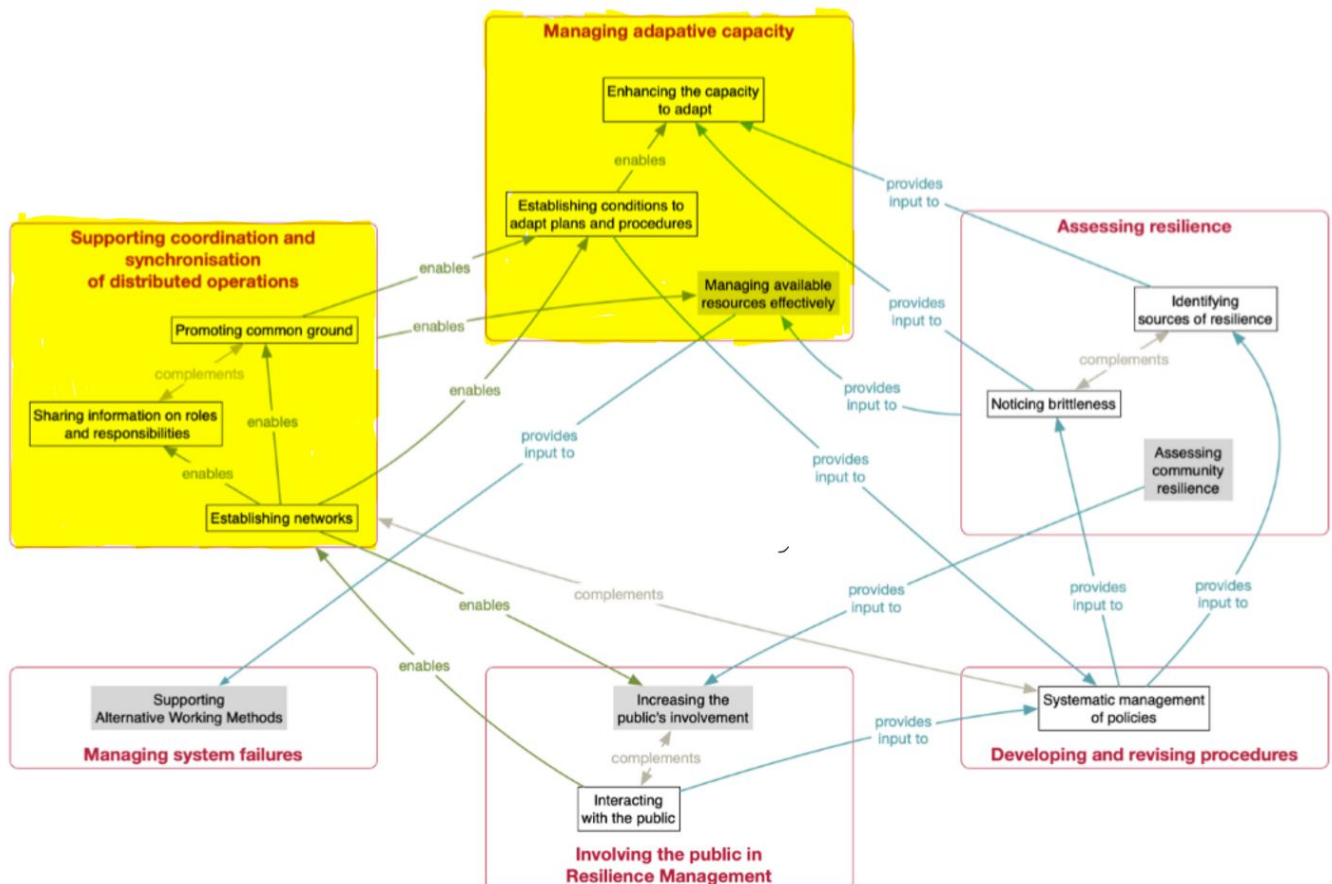


strumento concretamente utilizzabile dagli *stakeholders* e che non perda valore nel tempo.

Le linee guida sono sviluppate, fin dalle prime fasi del processo, attraverso gli *input* forniti dagli utenti finali. In primo luogo, sono estratti dalla teoria i concetti fondamentali e poi si provvede ad applicarli nel modo più adatto possibile, attraverso la formulazione delle linee guida; fondamentale è il processo di valutazione e di *feedback* degli utenti, a partire dal quale, le linee guida vengono aggiornate. Questo è un processo continuo, che vede gli attori delle infrastrutture critiche come parte integrante del processo creativo, facendo in modo che le DRMG risultino sempre al passo con i tempi e che rimangano strumenti rilevanti per la risoluzione delle crisi.

Le linee guida si basano su una piattaforma di conoscenza, appositamente creata, denominata DARWIN Wiki, una risorsa centralizzata che prende parte al processo di sviluppo delle *guidelines*, ne rende l'utilizzo più semplice e accessibile e ne garantisce l'aggiornamento continuo, in base ai nuovi *input* degli utenti finali. Essa ha funzione di *storage* dei dati, fornisce strumenti di studio come libri, manuali e *tutorial*, garantendo la possibilità di fornire *input* anche a chi non è un professionista nell'ambito del *Crisis Management*.

Addentrando nella dimensione tecnica delle DRMG, esse sono organizzate in un portafoglio costituito da diverse *Capability Cards* (CC), letteralmente carte di capacità, le quali detengono tutte le informazioni, gli strumenti e le tecniche di implementazione delle linee guida. Ogni CC riguarda un ambito specifico e il portafoglio evidenzia i collegamenti multipli tra le aree delle differenti CC, offrendo un'ampia prospettiva su come determinati fattori e procedure dipendano direttamente da altre (figura 7).



**Figura 7:** DARWIN *Resilience Management Guidelines Map*. Sono evidenziate le CC ritenute più utili per le strutture ospedaliere nella gestione dell'emergenza Coronavirus, analizzata in seguito, attraverso il deliverable D2.2. (*Resilience Management Guidelines for Critical Infrastructures, Practical Solutions Addressing Expected and Unexpected Events*, DARWIN Project, 2019).

Una CC offre un quadro informativo completo, che comprende il fine e l'obiettivo principale della carta, il contenuto essenziale delle linee guida, nonché il metodo di implementazione delle stesse durante i vari stadi dell'evoluzione della crisi; essa comprende materiale rilevante, che fornisce i riferimenti per approfondire eventualmente la questione, ma anche informazioni di contesto, che offrono un *background*, sulla base del quale risulta più semplice la comprensione delle linee guida.

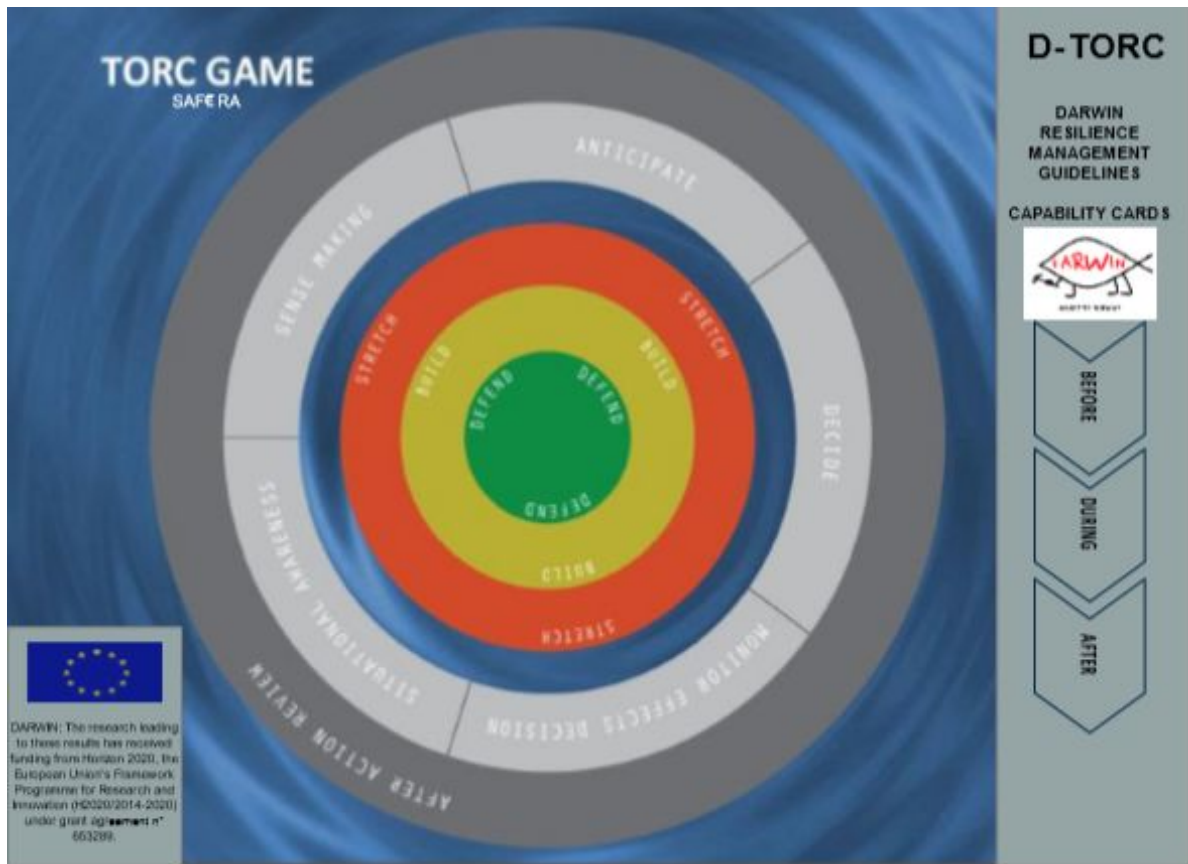
La *Capability Card*, inoltre, fornisce metodi di navigazione delle informazioni, stabilendo collegamenti con alcune sezioni di altre carte.

Tuttavia, il progetto DARWIN non si ferma qui, ma compie un ulteriore passo in avanti, per essere il più possibile ancorato alla realtà, in modo da fornire una preparazione adeguata alle infrastrutture critiche, rendendole più resilienti: sono stati progettati, infatti, dei sistemi di simulazione che prevedono diversi scenari critici e mettono l'utente nella condizione di agire per risolverli nel miglior modo possibile. Questi sistemi costituiscono una valida alternativa al training tradizionale delle organizzazioni, puntando a tagliare in maniera ingente i relativi costi.

SimEnv è uno strumento di simulazione, in fase di prototipo, che cala l'utente finale in un particolare scenario critico, in cui bisogna far evacuare alcune persone ferite da un traghetto e collocarle in ospedali vicini. Esso si basa su operazioni di salvataggio avvenute realmente e utilizza i dati estratti per rendere la simulazione il più accurata possibile. L'utente ha l'obiettivo di salvare le persone in difficoltà, calcolando il modo più rapido ed efficiente di portarle nell'ospedale più vicino, considerando le risorse a sua disposizione e analizzando i relativi dati.

Al fine di rendere più immersive e interattive le simulazioni di eventi critici, il progetto DARWIN si è inoltre adoperato per creare un apposito gioco da tavola e un gioco digitale.

Il gioco da tavola è considerato un adattamento dell'allenamento specifico per fronteggiare situazioni di emergenza, il cosiddetto *Training of Operational Resilience Capabilities* (TORC). Esso presenta vari scenari critici e fornisce risorse e strumenti per arginarli, in base alle CC, che sono implementate fisicamente nel gioco. La figura 8 mostra la copertina del gioco da tavola.



**Figura 8:** Gioco da tavola TORC (*Resilience Management Guidelines for Critical Infrastructures, Practical Solutions Addressing Expected and Unexpected Events*, DARWIN Project, 2019).

Ancora più immersivo e coinvolgente risulta il gioco digitale, il cui funzionamento si basa sulla tecnologia della realtà virtuale. Il visore VR (*Virtual Reality*) catapulta l'utente in una cittadina immaginaria standard, denominata Wedgewood, che sarà luogo di crisi ed emergenze di diversa tipologia, come l'evacuazione di un ospedale o un allagamento (come indicato nella figura 9). Chi indossa il visore ricoprirà il ruolo di *resilience manager* e avrà l'obiettivo di riorganizzare e dirigere le risorse a disposizione per fronteggiare l'avversità, mentre altri giocatori, che partecipano attraverso l'apposita

controparte del gioco per *smartphone*, rappresenteranno infrastrutture critiche di riferimento per questo tipo di emergenze, come ospedali e aeroporti.



**Figura 9:** DARWIN VR *minigame*, scenario dell'allagamento (*Resilience Management Guidelines for Critical Infrastructures, Practical Solutions Addressing Expected and Unexpected Events*, DARWIN Project, 2019).

### 3.3 Come il progetto DARWIN rende più resilienti le organizzazioni sanitarie

Le linee guida del progetto DARWIN relative a un particolare ambito sono contenute nella forma di un documento specifico detto *deliverable*. In particolare, il *deliverable* D2.2 *Generic Resilience Management Guidelines Adapted to Healthcare* è finalizzato ad adattare le *guidelines* generali proprie del progetto DARWIN all'ambito della sanità. Esse si focalizzano sullo sviluppo di capacità in termini di previsione dell'evento critico, di attività di monitoraggio, nonché di prontezza nel rispondere e ad adattarsi a situazioni

critiche, anche inaspettate, e di abilità di imparare dai feedback sugli avvenimenti passati.

Il processo di adattamento è stato lungo e complesso: partendo dalla valutazione della possibilità di adattare le linee guida e le relative CC attraverso l'applicazione di analisi SWOT -basata su quattro criteri, ossia *strengths* (punti di forza), *weaknesses* (debolezze), *opportunities* (opportunità) e *threats* (minacce)- da un punto di vista qualitativo e quantitativo, per poi passare all'effettivo adattamento delle stesse, dove possibile, all'ambito sanitario e la pubblicazione di queste nuove CC, aggiornate e pronte per l'utilizzo in campo dell'organizzazione della sanità.

Durante il processo di adattamento si lavora a stretto contatto con gli stakeholders e con gli esperti del settore, per comprendere quali CC possano essere efficaci nel settore e come possano essere migliorate, per aderire meglio all'ambito in questione, nei vari Stati Membri. Il progetto DARWIN ha stretto, in questo senso, partnership, come anticipato in precedenza, con l'ISS, ma anche con il SINTEF, La Fondazione per la ricerca industriale e tecnica della Norvegia e altre note organizzazioni. Per questo motivo, come fase iniziale del processo, sono stati organizzati svariati *workshop*, in vari paesi, moderati da individui esperti del campo dell'organizzazione sanitaria e del *Crisis Management*, che hanno favorito il dibattito sulla questione.

Nel settembre del 2016 ha avuto luogo il primo workshop a Roma, in collaborazione con l'ISS, dove si è resa evidente la necessità di essere più specifici e semplici possibile nella redazione delle nuove guidelines. La conversazione ha anche prodotto l'idea di inserire quesiti chiave, detti *triggering questions*, nelle CC, per concentrarsi sui problemi fondamentali. Il dibattito è stato portato avanti nel mese successivo a Linköping, in Svezia, e nell'apposito webinar del DCoP, dove si è discusso sull'integrazione delle linee guida all'interno delle capacità delle strutture organizzative preesistenti. A partire da novembre 2016, sono state portate avanti analisi SWOT a cura di esperti di sanità di ISS, KMC e FOI. Il processo di adattamento si è concluso in

seguito alla sottoposizione a varie agenzie di alcuni Stati Membri di appositi questionari per comprendere come le linee guide si sarebbero potute integrare nei sistemi sanitari dei vari paesi, nell'ultimo *workshop* del DCoP del 28-29 marzo 2017, per poi delineare e pubblicare le nuove *guidelines*.

Riportiamo nello specifico alcune *Capability Card* del *deliverable* D2.2 *Generic Resilience Management Guidelines Adapted to Healthcare* che possono risultare particolarmente utili per le organizzazioni sanitarie nella lotta contro il nuovo Coronavirus, che osserveremo in primo piano successivamente attraverso le parole del Direttore Medico di un ospedale italiano particolarmente impattato, e contro possibili future pandemie. Nello specifico, ci focalizziamo sulla parte della carta relativa alle strategie proposte e attuabili durante la crisi, in quanto la successiva analisi si baserà su dati raccolti sul COVID-19 durante la sua diffusione.

La carta DR-77 *Establishing common ground* (stabilire terreno comune) promuove la collaborazione tra strutture organizzative che lavorano a stretto contatto, per garantire un approccio più sicuro e resiliente di fronte a un evento critico. Durante lo sviluppo delle circostanze critiche, la carta prevede come strategia la formazione di un gruppo operativo di cooperazione, che comprenda diversi attori, con funzioni predeterminate e fondato su cooperazione e comunicazione, orientato all'azione immediata.

La CC *Understanding roles and Responsibilities* DR-27, adattata all'ambito *healthcare*, mette in luce la rilevanza per i membri dell'organizzazione ospedaliera dei ruoli assunti: ogni attore deve essere a conoscenza delle sue funzioni, del ruolo che assume; deve essere consapevole delle sue competenze e di come deve operare per garantire la continuità dell'operatività dell'organizzazione di fronte all'avversità. Inoltre, ogni membro del personale sanitario deve conoscere i ruoli degli altri attori e come si interfacciano col proprio e deve sempre tenere a mente le strategie adottate dalla struttura organizzativa per vari scenari possibili. In particolare, nella sezione *during a crisis* della carta, si fa riferimento a una sorta di guida d'azione che l'organizzazione

deve rendere disponibile a tutto il personale e si esorta a tenere sempre in considerazione le informazioni e le strategie che l'organizzazione ha comunicato nella fase di prevenzione.

Un'altra *Capability Card* riguarda il processo di adattamento della struttura sanitaria ad eventi attesi o inaspettati, la DR-46 *Adaptation relative to events*. Se nella parte di prevenzione si parla di formulare piani e strategie, nella sezione *during a crisis* ci si interroga, tramite gli appositi *triggering questions*, se i piani siano disponibili e applicabili, se risultano adatti alla situazione concreta o se bisogna stabilirne di nuovi in corso d'opera. Inoltre la CC osserva l'importanza delle risorse extra nella gestione delle crisi e come smobilizzarle e allocarle affinché possano rendere al meglio.

La DR-30 *Establish networks* (stabilire reti) promuove una strategia di reazione alla crisi fondata su un *network* che raccolga le varie organizzazioni le cui competenze specifiche sono ritenute necessarie per affrontare i vari aspetti dell'emergenza. Tale network deve essere gestito da un'organizzazione che abbia il compito di riunire le agenzie, come previsto in precedenza, e che abbia la facoltà di aggiungere ulteriori membri se lo ritenga opportuno, in base a cosa richieda il caso specifico. Tale organizzazione è definita dalla CC come *Emergency Dispatch Center*, il quale è tenuto, una volta manifestate le circostanze critiche, a porre in atto una conferenza telefonica, chiamando a raccolta le infrastrutture dedicate, al fine di favorire la collaborazione tra gli attori e inizializzare un'immediata cooperazione a livello operativo.

Durante lo svolgimento dell'evento critico, le organizzazioni sanitarie devono essere abili nel raccogliere costantemente *feedback* dalle proprie strategie e azioni intraprese, in modo da poter aggiustare il tiro, quando necessario, durante tutto il processo evolutivo delle circostanze di emergenza, dimostrando elevata flessibilità. Secondo la DR-47, *Adaptation relative to procedures*, l'organizzazione dovrebbe tenere una sorta di registro delle procedure utilizzate nonché di quelle non adoperate, indicando le relative motivazioni. Risulta utile anche registrare ogni qualvolta sia necessario deviare dalle



procedure previste, esplicitando come e perchè e anche individuare dove il personale manchi di specifiche competenze nella gestione di alcuni aspetti della crisi, mettendo in luce come è possibile supplire a tali mancanze in corso d'opera, all'interno del gruppo operativo. Può capitare che l'aspetto burocratico rallenti le azioni di reazione all'evento critico che, nella maggioranza dei casi, si rivelano tanto più efficaci quanto sono rapide: in questo senso, l'organizzazione sanitaria deve impegnarsi nello snellire tali procedure di autorizzazione. Si ricollega allo stesso principio base di questa CC la DR-85-B, *Identifying source of resilience* (identificare fonti di resilienza), che evidenzia come l'organizzazione sanitaria debba imparare come agire dalle procedure e dalle azioni che abbiano funzionato correttamente.

### **3.4 La gestione della crisi COVID in un ospedale in prima linea**

Analizzando la situazione critica a livello locale, presentiamo il caso di un ospedale italiano, particolarmente colpito dal nuovo Coronavirus, attraverso le parole del Direttore Medico, intervistato dall'autore. Dalla precedente analisi, in effetti, è risultato come questa emergenza sia, oltre che di carattere clinico e sanitario, di tipo organizzativo: la qualità della risposta delle organizzazioni, in particolare di quelle ospedaliere, ha determinato le conseguenze più o meno gravi dell'evento. Il lavoro di gestione dell'emergenza in ambito ospedaliero sta cercando di arginare il più possibile, attraverso la flessibilità e la determinazione della struttura organizzativa e dei suoi operatori, in particolare i medici e gli infermieri, la diffusione e la mortalità del virus.

In primo luogo, è necessario analizzare come la struttura ospedaliera è cambiata e come si è adattata di fronte allo stato di emergenza dovuto al virus; queste le parole del Direttore in merito: "Teniamo presente che il nostro ospedale è passato da 500 posti letto prima della crisi COVID, ad averne 540 COVID, con un aumento quindi quasi del 10% e ne sono rimasti poi un'altra quarantina non COVID su aree specifiche quali:

pediatria, ostetricia, oncologia ed ematologia. Quindi, ovviamente, il fatto di aver aumentato i posti letto -da 500 a quasi 600- indica un cambiamento gigantesco; abbiamo dovuto stravolgere l'organizzazione a partire dal 21 febbraio, che è stato il nostro giorno uno. Quasi ogni giorno dovevamo fare dei cambiamenti per la prima fase, almeno per il primo mese e mezzo, e questo ha determinato notevoli conseguenze”.

Il pronto soccorso è stato fortemente rimodulato per rispondere alle esigenze dettate dalla crisi: “Esso è stato invaso da pazienti, sia che arrivavano per conto loro, sia con ambulanza. Nel periodo più complesso c’era una sirena ogni due/tre minuti, quindi abbiamo dovuto ampliare gli spazi del pronto soccorso e aumentare il numero delle guardie e delle persone che erano presenti di guardia in pronto soccorso e utilizzare una zona adiacente, quella del poliambulatorio, che era diventata una linea tre del pronto soccorso, dove nella fase peggiore c’erano veramente tantissimi pazienti”.

Per poter affrontare la situazione in maniera efficace, le attività di ricovero programmate sono state “bloccate tutte, a parte pochissime, che però erano solo su eccezione, di oncologia medica, mentre la parte chirurgica è stata sospesa completamente. Per quanto concerne l’ematologia sono stati tenuti pochissimi pazienti, mentre la parte di pediatria è stata mantenuta senza un limite per i pazienti. Il pronto soccorso pediatrico ha continuato a funzionare così come la parte di ostetricia, dove peraltro si è operato regolarmente, nonostante ci sia stata una riduzione, legata al fatto che magari i pazienti andavano in altri posti. Però, a parte queste attività, tutto il resto è stato bloccato, come anche le attività ambulatoriali, in quanto l’ambulatorio è stato chiuso completamente, a parte poche eccezioni di pazienti che erano seguiti appunto nelle specialità che ho detto”.

In questo modo il dottore ha descritto il processo di adattamento della struttura ospedaliera dopo la manifestazione del cosiddetto *triggering event*. Le sue parole rimandano alla teoria della resilienza, la quale indica, durante la crisi, una ridefinizione della struttura organizzativa, finalizzata a uno snellimento della burocrazia e una

maggior rapidità di reazione. In tal senso, l'ospedale deve riuscire a riorganizzarsi in poco tempo, per apparire più resiliente di fronte alla perturbazione e per garantire la continuazione dell'operatività durante lo stato d'emergenza.

Anche la terapia intensiva è stata riorganizzata per creare più spazio a disposizione per la cura dei pazienti COVID: "La terapia intensiva aveva 8 posti letto al settimo piano dell'ospedale. Nel periodo più complesso siamo arrivati ad avere 52-53 pazienti intubati, il che vuol dire che una terapia intensiva di 8 posti letto non era abbastanza, quindi è stata allargata. In più, metà del blocco operatorio, sia le sale, che la cosiddetta parte del risveglio, è stato utilizzato per pazienti intubati. Lo stesso vale anche per altre due sedi, una era la terapia intensiva post-operatoria neurochirurgica, che è diventata a tutti gli effetti quella che utilizzavano gli anestesisti per i pazienti da intubare e l'altra era l'unità coronarica. Quindi siamo cresciuti a dismisura da questo punto di vista". Nei confronti di questa riorganizzazione radicale dell'ospedale, esso in quanto organizzazione, osservando i principi della teoria della resilienza, deve mantenere la sua identità: solo in questo modo, la struttura ospedaliera può risultare resiliente e può gestire l'emergenza in maniera efficace.

Di fronte a una situazione critica di tali proporzioni e in continuo cambiamento, i dirigenti e gli operatori della struttura ospedaliera sono stati chiamati a intraprendere un processo di *sensemaking* particolarmente intenso, per non perdere il distacco con la realtà e il suo rapido evolversi, per assegnare un senso all'ambiente circostante e agire di conseguenza. In tal senso, il Direttore si è espresso affermando: "Per noi intanto i primi due mesi sono sembrati anni: ogni giornata sembrava un mese o più di lavoro e ci siamo organizzati con un'unità di crisi e riunioni continue per andare a modificare l'assetto organizzativo".

Nell'ambito della Direttiva DR-30 *Establish networks* del Deliverable D2.2 *Generic Resilience Management Guidelines Adapted to Healthcare* del progetto DARWIN, il dottore ha considerato fondamentale l'interazione tra le varie strutture interessate e la

rete di collaborazione risultante, gestita in primo piano dalla regione e ha posto in evidenza la creazione di un vero e proprio *Emergency Dispatch Center*, messo in piedi dall'amministrazione regionale, in coordinazione con la rete ospedaliera del territorio: “È stato fatto un decreto della regione centralizzato dove noi siamo stati trasformati in ospedale *full-COVID* e quindi i pazienti tempo-dipendenti che sono ad esempio l'impatto miocardico, lo *stroke*, sono stati reindirizzati ad altre sedi sul territorio. [...] Questo (il *network* di collaborazione) è stato gestito dalla regione ed era fondamentale perché noi, oltre ad aver riempito l'ospedale, abbiamo avuto bisogno di trasferire pazienti presso altre sedi regionali. Questa cabina di regia sulla gestione dei posti letto, con cui noi ci rapportavamo, ci dava delle disponibilità in tempo reale e a volte anche difficili da utilizzare, tipo tre posti letto in un'altra città alle 6 di sera poi non era facile per niente trasferire i pazienti e lo stesso per le terapie intensive. Sulle terapie intensive, attraverso collegamenti diretti con i relativi primari, abbiamo avuto circa 200 trasferimenti di pazienti ad altre terapie intensive. Quindi questa cosa è fondamentale: se non ci fosse stato questo aspetto sarebbe stato impossibile sopravvivere”.

La direttiva DR-77 *Establishing common ground*, che invece prevede la costituzione di un gruppo operativo con specifiche funzioni e pronto all'azione durante la crisi, è stata applicata nella gestione ospedaliera dell'emergenza, rivoluzionando le precedenti dinamiche operative, nel modo seguente: “Qui è stata fatta una gestione da crisi: il direttore generale ha deciso di avere in una prima fase un'unità di crisi, di cui il direttore sanitario era il responsabile con riunioni quotidiane al mattino per gestire l'evoluzione dell'ospedale. In una seconda fase, sei settimane dopo, il direttore generale ha deciso di fare un cambiamento, per essere più agevoli, di non avere più questa organizzazione verticistica con le unità di crisi, ma di dare degli incarichi verticali, ad esempio affidare al direttore sanitario la gestione dei medici da assegnare; io ho ricoperto questo ruolo come direttore medico. Dividendo gli incarichi in modo verticale, chi riceveva l'incarico non era appunto dipendente dal direttore dell'unità di crisi. Infine, nell'ultima fase, ha

deciso che il responsabile della gestione operativa sarebbe stato il responsabile della ripresa dell'attività dell'ospedale, quindi in orizzontale le persone avevano un incarico pieno.” Questa continua riorganizzazione, che tiene sempre conto del rapido evolversi delle circostanze, si sposa perfettamente con la logica del dinamismo della resilienza, analizzato precedentemente. La suddetta teoria, infatti, osserva come risultino più resilienti le organizzazioni la cui struttura si dimostra dinamica, piuttosto che quelle tipicamente statiche.

Il Direttore ha inoltre sottolineato come sia necessario in circostanze di crisi di questa proporzione, imparare dai *feedback* delle proprie azioni, per mettere sempre in discussione l'assetto organizzativo e garantire flessibilità e, in tal modo, efficacia nell'arginare lo stato d'emergenza, in accordo con la DR-47 *Adaptation relative to procedures* : “La flessibilità è una capacità direi quasi innata nel senso che, come ho detto, una giornata sembrava un mese di lavoro: al mattino si incominciava che non si sapeva bene come fare per i pazienti che arrivavano e i medici e gli infermieri che si ammalavano. Abbiamo dovuto veramente stravolgere tutto più volte e soprattutto gestire il personale, sia per lo stress del lavoro di per sé, sia per i continui cambiamenti, che sono l'aspetto più delicato da gestire.” In questo modo, il dottore ha implicitamente fatto riferimento, ancora una volta, a come il *sensemaking* dei dirigenti e degli operatori, deve essere un processo che accompagna lo sviluppo della crisi e che ne permette l'analisi, la comprensione e, in ultima istanza, l'azione. Un esempio di flessibilità operativa dei dipendenti e dell'organizzazione è la riconversione del personale: “È stata fatta una riconversione gigantesca. Devo dire che tutti i medici, ma anche gli infermieri, hanno operato al di là delle migliori aspettative, per cui a un certo punto abbiamo avuto un reparto di ortopedia con gli ortopedici che gestivano situazioni come la polmonite COVID sotto la consulenza di pneumologi e di chirurghi e quindi è stato veramente una cosa gigantesca. Adesso sono tornati anche al loro lavoro, ma nella fase peggiore tutti hanno dato veramente il mille per cento”.

Questo aspetto della riconversione del personale e la ristrutturazione verticistica dei ruoli e della competenze si ricollegano anche alla CC DR-27 *Understanding roles and Responsibilities*, che indica come gli attori coinvolti nella gestione della resilienza- in questo caso il personale sanitario- debbano essere consapevoli delle responsabilità proprie e di quelle delle persone con cui lavorano a stretto contatto (D2.2 *Generic Resilience Management Guidelines Adapted to Healthcare*, DARWIN, Horizon 2020: Secure Societies, 31 ottobre 2017). Questa carta evidenzia come la base per la cooperazione efficace all'interno della struttura organizzativa sia proprio la conoscenza dei compiti, delle competenze, delle capacità, ma anche delle strategie e delle risorse che si hanno a disposizione, focalizzandosi su come devono essere implementate.

Il dottore ha anche riflettuto sull'impossibilità di prevedere un evento simile, indicando come le linee guida sulla diffusione di virus fossero oltremodo obsolete e non fornissero un'adeguata preparazione a una pandemia così critica, soffermandosi brevemente anche sul risvolto economico della questione: "Questa cosa qui era imprevedibile, nel senso che l'epidemia precedente di 100 anni prima era la spagnola, nel frattempo è cambiato il mondo e a livello organizzativo io la prima cosa che dico è che i nostri ospedali e il servizio sanitario nazionale sono sotto-finanziati: basta vedere la percentuale di PIL dedicata alla sanità in Italia, rispetto agli altri paesi europei. Non ci possono essere infrastrutture che sono indietro dal punto di vista delle attrezzature, delle strutture e il personale. Questo è un problema di finanziamento che viene dal ministero, ma anche forse europeo." In questo senso, la teoria della resilienza ammette che spesso il verificarsi di un evento critico non sia anticipato da segnali individuabili: in questi casi l'organizzazione non può agire sulla fase della *prevention*, ma si troverà subito catapultata in quella successiva dell'*absorption*, una volta verificatosi il *triggering event*. Di conseguenza, sarà prerogativa dell'organizzazione resistere all'impatto, assorbire l'urto e accompagnare l'evolversi dello stato d'emergenza fino alla fase di *recovery*.

Sulla necessità di materiale sanitario di protezione e delle apparecchiature dedicate il direttore si è espresso nel modo seguente: “Sul materiale sanitario c’è da dire che la nostra pubblica amministrazione ha fatto delle cose che prima erano impensabili, nel senso che per fare gli acquisti nella pubblica amministrazione c’è da fare gare, quindi i tempi sono veramente lunghi, mentre in questo caso è stato bloccato assolutamente tutto e ha assunto un ruolo fondamentale l’economato, ma anche la regione. All’inizio siamo stati noi a muoverci, poi la regione ha fatto una centrale unica di acquisto e gli acquisti avvenivano in tempo reale, che per la pubblica amministrazione non è la regola, per usare un eufemismo, ma è stata l’unica modalità che ci ha permesso di sopravvivere e anche sulle apparecchiature, nel senso che di quello che serviva il problema a un certo non è stato il processo di acquisto, ma la disponibilità sul mercato, perché quello che serviva non era disponibile proprio presso i fornitori. Sulle apparecchiature lo stesso e, come detto, il problema era la disponibilità dei fornitori però bene o male facendo salti mortali alla fine quello che serviva è arrivato sia per le ventilazioni, per i sistemi di monitoraggio e non si sa come abbiamo fatto, ma siamo riusciti”. L’aspetto della necessità di risorse extra, delle modalità con cui l’organizzazione se le procura, nonché la maniera con cui le alloca, così che risultino particolarmente efficaci, è catturato dalla DR-46 *Adaptation relative to events*. Quest’ultima contiene, infatti, una riflessione sul processo di adattamento della struttura ospedaliera ad eventi critici in corso, tramite l’utilizzo e lo smobilizzo di nuove risorse.

Il direttore ha concluso con una riflessione sull’importanza della prevenzione e della pianificazione in ambito organizzativo, per raggiungere un livello di resilienza tale da poter fronteggiare eventualmente simili eventi futuri- in relazione alla prima fase del cosiddetto ciclo di vita della resilienza, la *prevention*- riferendosi in particolare a una seconda ondata del virus, che secondo le previsioni degli scienziati potrebbe verificarsi in inverno: “È da vedere se le strutture saranno più preparate e resilienti, perché è stato fatto uno sforzo gigantesco, ma bisogna organizzarsi adeguatamente per quello che

serve. Adesso siamo tutti in attesa di sapere se ci sarà una seconda ondata l'inverno prossimo e bisogna essere assolutamente preparati con una strategia che si basi sull'esperienza maturata finora, però con dei passi, che siano già preconfigurati, perché se non ci si prepara da questo punto di vista, la prossima volta è un disastro". Le parole del dottore rimandano alla correlazione diretta tra la resilienza e le esperienze pregresse: una organizzazione che ha già affrontato una crisi simile in passato sarà di certo avvantaggiato e risulterà più resiliente di un'altra che non ha vissuto un'esperienza analoga. In tal senso, il Direttore osserva come, per poter ridurre al minimo le vittime e i danni in futuro, bisognerà attingere alla tragica esperienza che stiamo vivendo, formulando delle strategie che siano coerenti con ciò che il virus ci ha insegnato.

### 3.5 Conclusioni

L'analisi dell'ospedale in prima linea nella lotta al COVID ha offerto diverse prospettive interessanti che bene si sposano con la teoria passata in rassegna in precedenza. Le parole del dottore si accordano in sincronia con molti dei principi osservati nella teoria del *Crisis Management*, intesa in senso ampio. Inoltre, le azioni intraprese dalla classe dirigenziale e, di conseguenza, dal personale dell'organizzazione ospedaliera, risultano resilienti e osservanti delle linee guida teorizzate dal progetto DARWIN ed applicate all'ambito *healthcare*. Si pone l'accento sulla collaborazione tra le infrastrutture interessate- ospedali COVID, non COVID, regione e protezione civile- e sulla cooperazione all'interno delle singole strutture tra i membri del personale sanitario. Il caso si è dimostrato, dunque, particolarmente interessante, in quanto ha presentato situazioni di reale e concreta applicazione delle teorie analizzate finora.

Il Direttore ha inoltre riflettuto sull'aspetto economico della crisi, su cui invece l'analisi teorica curata nei paragrafi precedenti non si era soffermata: per disporre delle risorse necessarie, per poterle allocare in maniera efficiente e risultare resistenti di fronte



all'avversità, è necessario in primo luogo che la situazione economica dell'organizzazione sia quantomeno stabile. Nello specifico, il dottore ha affermato che i tagli alla sanità, operati precedentemente alla diffusione del virus, hanno certamente influito sulla gestione dell'emergenza.

Il caso dell'ospedale ha ancora una volta sottolineato l'importanza del dinamismo, della rapidità del processo di adattamento e della flessibilità strutturale e organizzativa che deve contraddistinguere un'organizzazione resiliente e i suoi membri. Esso ha anche ripreso il concetto del *sensemaking*, il processo dell'attribuzione di senso che deve essere sempre attivo per il personale sanitario e che deve accompagnare la rapida diffusione del virus e i cambiamenti che comporta sulle circostanze e le procedure, per non perdere mai il contatto con la realtà ed essere sempre pronti all'azione.

L'intervista mette in luce il valore della prevenzione, soprattutto nella gestione di uno stato d'emergenza di tale portata: in questa circostanza l'evento è risultato particolarmente imprevedibile, ma eventualmente in futuro ci permetterà di poter essere più preparati, se riusciremo ad attingere a quelle esperienze pregresse, che stiamo vivendo di giorno in giorno sulla nostra pelle e soprattutto su quella delle milioni di vittime, che macchiano questa crisi delle tinte della tragedia e la rendono una cicatrice indelebile nella storia del nostro paese e del mondo intero.

Studente: Fortino Francesco

Relatore: Prof. Paolo Spagnoletti

Matricola: 225311

Anno Accademico: 2019/2020

## Fonti Bibliografiche e Sitografia

AA. VV. (2020), “Coronavirus, il Missouri fa causa alla Cina. Pechino: nessuna base legale”, in *IlSole24Ore.it*.

Al., Tr. (2020), “Coronavirus, lo sfogo della direttrice analisi del Sacco: «È una follia, uccide di più l’influenza». Burioni: «No a bugie»”, in *IlSole24Ore.it*.

Benner P., 1994. *The role of articulation in understanding practices and experience as sources of knowledge in clinical nursing*. J. Tully, ed. *Philosophy In An Age of Pluralism: The Philosophy of Charles Taylor In Question*. Cambridge University Press, New York, 136–155.

Brown A. D., Colville I., Pye A., *Making Sense of sensemaking in Organization Studies*, in “Organization Studies”, a. XXXVI, n. 2, febbraio 2015

Ceccarelli, C. (2020), “Obama 6 anni fa parlò di un virus mortale contagioso per via aerea”, in *IlDigitale.it*.

Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University, *COVID-19 Dashboard*, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, consultato il 17/05/2020.

Eisenberg E. M., *Jamming: Transcendence Through Organizing*, in “Communication Research”, a. XVII, n. 2, aprile 1990, 139–164.

Fredrickson B. L., *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*, in “American Psychologist”, a. LVI, n. 3, 2001, 218–226.

Freud S., *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, Vienna, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1921.

Herrera, I. et al (2019), “Resilience Management Guidelines for Critical Infrastructures, Practical Solutions Addressing Expected and Unexpected Events”, in H2020Darwin.eu.

Imarisio, M. (2020), “Coronavirus, il virologo Palù: «La Lombardia non l’ha arginato, in Veneto i casi gestiti meglio sul territorio»”, in Corriere.it.

Jennings P. D., & Greenwood R., 2003, *Constructing the Iron Cage: Institutional Theory and Enactment*, in Westwood, R. and Clegg, S., eds. *Debating organization: point-counterpoint in organization studies*, London, UK: Blackwell Publishing Ltd, 195-207.

Maclean N., *Young Men and Fire*, Stati Uniti d’America, University of Chicago Press, 1992.

Mandarino, G. et al (2017), “D2.2 Generic Resilience Management Guidelines Adapted to Healthcare”, in H2020Darwin.eu.

Mezias J. M., Starbuck W. H., *Managers and their inaccurate perceptions: Good, bad or inconsequential?* in “British J. Management”, a. XIV, n. 1, 2003, 3–19.

Ministero della Salute, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_4881\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4881_0_file.pdf), consultato il 15/05/2020.

Paget M. A., *The Unity of Mistakes*, Philadelphia, Temple University Press, 1988, 143.

Pearson C. M., Clair J. A., *Reframing Crisis Management*, in “Academy of Management Review”, a. XXIII, n. 1, 1998, 59–76.

Perrow C., *Normal Accidents*, Princeton, Basic Books, 1984.

Quinn R.W., Worline M.C., *Enabling Courageous Collective Action: Conversations from United Airlines Flight 93*, in “Organization Science”, a. XIX, n. 4, agosto 2008.

Smith-Jentsch K.A., Campbell G.E., Milanovich D.M., Reynolds A. M., *Measuring teamwork mental models to support training needs assessment, development, and*

*evaluation: Two empirical studies*, in “Journal of Organizational Behavior”, a. XXII, n. 2, 2001, 179-194.

Snook S. A., *Friendly Fire: The Accidental Shootdown of U.S. Black Hawks over Northern Iraq*, Princeton, Princeton University Press, 2000.

Surico, P., Galeotti, A. (2020), “The economics of a pandemic: the case of Covid-19”, in London.edu.

Turner B.A., *Organizational And Interorganizational development of disasters*, in “Administrative Science Quarterly”, a. XXI, n. 3, 1976, 378–397.

Weick K. E., Sutcliffe K. M., Obstfeld D., *Organizing and the Process of sensemaking*, in “Organization Studies”, a. XVI, n. 4, luglio 2005.

Weick K. E., *The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster*, in “Administrative Science Quarterly”, a. XXXVIII, n. 4, dicembre 1993.

Weick K. E., *The Social Psychology of Organizing*, McGraw Hill, 1979.

Weick K. E., *The Vulnerable System: An Analysis of the Tenerife Air Disaster*, in “Journal of Management”, a. XVI, n. 3, settembre 1990, 571–593.

Williams T. A., Gruber D. A., Sutcliffe K. M., Shepherd D. A., Zhao E. Y., *Organizational Response to Adversity: Fusing Crisis Management and Resilience Research Streams*, in “The Academy of Management Annals”, a. XI, n. 2, marzo 2017.

Zubieta, L. L. et al (2013), “Resilience Framework for Critical Infrastructures”, tesi di dottorato in filosofia, Università di Navarra, anno accademico 2012-2013, relatori Dr. Jose María Sarriegi, Dr. Josune Hernantes.