

"LAVORARE IN TERAPIA INTENSIVA, DA SOLI MA IN GRUPPO" **Sensemaking condiviso e processo decisionale nel gruppo di lavoro**

M.Francesca Sapuppo, Roberto Barbiera*, Diego Bongiorno***
**AORNAS CIVICO PALERMO **ASP PALERMO*

Il titolo di questa nostra relazione nasce dalla lettura dei resoconti del progetto Phenice. In essi viene esplicitato o traspare come comune denominatore positivo, o se assente negativo, il concetto che la condivisione decisionale della terapia, delle scelte e delle strategie è il volano per produrre risultati in Terapia Intensiva.

Riportiamo, quindi, per approfondire questo concetto parte dei risultati di alcune nostre osservazioni, fatte negli ultimi anni, su alcuni processi che sono sottesi all'elaborazione della decisione condivisa nei gruppi di lavoro.

**La scienza è composta di fatti così come una casa è composta di mattoni
ma
così come un mucchio di mattoni non è una casa, un semplice accumulo di fatti non è scienza**

liberamente da Jules Henri Poincaré

Costantemente, in tutti i congressi di Medicina Intensiva, si ripete come un mantra che in Terapia Intensiva è necessario il lavoro di gruppo per ottenere organizzazioni efficaci ed efficienti e ridurre il rischio clinico.

Quest'apparente ovvietà contiene in sé tantissimi concetti, che raramente però vengono approfonditi e che spaziano quasi illimitatamente dalla comunicazione alla collaborazione. In genere i relatori li elencano rapidamente su alcune diapositive, li indicano come condizioni indispensabili per lavorare in gruppo, evidenziano come spesso siano mancanti, senza quasi mai chiedersi perché.

Questi aspetti sono poco studiati dalla Medicina intensiva, sono quasi del tutto delegati a ricerche (per non dire curiosità) della Sociologia e della Psicologia, perché gli Intensivisti non li considerano parte "del nocciolo duro" della propria

preparazione, nonostante essi sappiano per esperienza quanto il lavoro di Terapia Intensiva sia tipicamente di équipe.

Bisogna invece iniziare a riprendere in considerazione l'idea di partecipare a questa delega, senza nulla togliere agli specialisti, perché l'esercizio medico è totalmente cambiato nelle sue funzioni negli ultimi dieci anni, e sempre di più vengono richieste, oltre a competenze scientifiche, competenze non tecniche appartenenti alla sfera psico-sociale. Per comprenderlo basta pensare al grande lavoro di coordinazione di cui sono investiti i Responsabili di U.O. rispetto al lavoro clinico, o all'impegno di negoziazione necessario per costruire percorsi assistenziali multidisciplinari, o semplicemente alla necessità di sapere lavorare in gruppo per costruire valide équipe.

Inoltre, le Terapie Intensive sono diventate Unità Operative altamente tecnologiche, molto complesse, ad alta imprevedibilità ed elevata turbolenza ambientale, dove sono necessarie strutture organizzative meno tradizionali, più flessibili e soprattutto più autoregolate se non addirittura esplorative, capaci di creare condizioni per gestire sia la routine sia gli eventi di emergenza, predisponendosi per contenerne le conseguenze.

I concetti, come lavoro di gruppo, collaborazione, coordinazione, cooperazione, organizzazione, non sono entità che nascono da sole, mettendo insieme istituzionalmente le persone che poi dovranno lavorare insieme. Esse dipendono dagli individui che vi prendono parte (*Herbert Simon*), e dalla loro capacità di costruire la condivisione decisionale in orizzontale dentro lo stesso turno di guardia e in verticale tra un turno e l'altro.

La complessità delle Rianimazioni

Le Rianimazioni sono realtà molto complesse e quindi intrinsecamente fragili.

La loro complessità è legata alla presenza di pazienti critici, all'incertezza e all'imprevedibilità degli eventi, a ritmi di lavoro che oscillano tra "la calma piatta" di una dinamica routine all'estrema caotica turbolenza delle emergenze, delle contemporaneità, della multi-operatività e delle interruzioni al flusso operativo, dipende ancora dal fatto che le attività sono continue su 24 ore e continuamente

(anche se vi è un gruppo di operatori dedicato) il team di lavoro cambia ad ogni guardia, e in ultimo non bisogna mai dimenticare che tutto viene svolto sotto un peso emotivo non indifferente e con operatori con diverse capacità.

Ma come possono fare allora i componenti di un gruppo (per dirlo in modo semplice) a “*stare tutti sulla stessa pagina*”?

SENSEMAKING

Il principale sistema usato dalle organizzazioni complesse e ad alta turbolenza ambientale, come le Terapie Intensive, per fare in modo che tutti i membri del gruppo si muovano nella stessa direzione e che i processi decisionali siano anche veloci, così da fronteggiare la pressione del tempo, è condividere nei momenti di comunicazione formali e informali il senso e il significato costruito dai singoli operatori, durante il proprio lavoro, attraverso quel processo chiamato sensemaking (*Weick*).

Per sensemaking (individuale o grupale) s'intende quel continuo e circolare processo cognitivo, che ci permette di interpretare e inquadrare le situazioni e le circostanze (cliniche, organizzative, relazionali etc.) che esperiamo, dando loro una spiegazione plausibile, per l'appunto dando loro un senso. Ordinare e creare connessioni tra gli elementi esaminati per dare un senso e un significato alla realtà osservata, ci consente non solo di comprendere ciò che sta succedendo o retrospettivamente ciò che è accaduto, ma anche di prevedere possibili sviluppi futuri, e quindi poi conseguentemente di agire.

La scienza intera non è altro che un modo più sofisticato del pensare quotidiano.

Albert Einstein

Per semplificare un concetto così sofisticato basta ripensare al nostro quotidiano professionale. In fondo tutta la nostra vita lavorativa di medici, quando attuiamo il processo diagnostico, si basa su questo concetto “del dare senso all'osservazione”.

Ogni giorno, solo per fare un esempio a noi vicino, rileviamo segni e sintomi della malattia del paziente, cerchiamo mentalmente di analizzare, riordinare, collegare i dati clinici e strumentali e poi, interpretandoli e re-interpretandoli alla luce di nuove indagini e ricostruendo anche ciò che può essere accaduto, li inquadrano secondo un

senso logico/plausibile in una diagnosi. Come conseguenza di ciò faremo delle scelte e infine, anche attraverso l'immaginazione di cosa può accadere in base alla malattia e alle nostre scelte, arriveremo alla decisione di agire o non agire.

La costruzione di un senso non significa altro che armonizzare tutte le informazioni, che riceviamo dalla realtà-paziente, cercando di sintetizzarle in una diagnosi secondo diversi tipi di ragionamenti inferenziali molto dipendenti dai problemi dei pazienti, che si possono presentare agli estremi, o con patologie molto evidenti e chiare o con malattie difficilmente inquadrabili.

Questa esigenza di riordinare la realtà-paziente dentro una cornice di senso compiuto per comprenderla, si evidenzia anche dalle nostre espressioni quotidiane come: *“il paziente deve ancora essere inquadrato... questo non mi quadra... quadro clinico e strumentale... questo sintomo non quadra con questa diagnosi... senso clinico... questo non ha senso... ma in che senso dici?...”*.

Il sensemaking è un processo continuo, circolare, che ritorna su se stesso, dato il continuo afflusso di esperienze; vi è una continua rivisitazione e ricostruzione di significati e senso perché si inseriscono nuovi dati (ad esempio gli esami effettuati) o perché sono sopravvenuti cambiamenti clinici spontanei o legati alla terapia intrapresa.

La soggettività e la contestualità del sensemaking

La costruzione di senso ha una forte componente soggettiva, dipende anche dal grado di “consapevolezza situazionale” dell'operatore e dalla sua abilità di riconoscere come rilevanti i cosiddetti “segnali deboli”, dalla sua capacità di generare dubbi e chiedersi i perché. In Medicina ciò è ampiamente evidente quando, dagli stessi dati a disposizione, due medici generano inferenze, interpretazioni, e quindi diagnosi differenti, secondo quali elementi hanno considerato più rilevanti.

E' un processo molto contestualizzato in base alle risorse culturali e strumentali diagnostiche/terapeutiche disponibili in quel momento, ma soprattutto quello che spesso è sottaciuto dipende anche dal nostro assetto emotivo.

Il ruolo delle emozioni

Per comprendere il ruolo delle emozioni, bastano solo alcuni esempi dal quotidiano: la difficoltà che si prova, per sopravvalutazione o sottovalutazione degli elementi, nella cura di familiari e amici, o l'eccesso di profilassi/terapia antibiotica per paura "del non si sa mai", nonostante la presenza di moli di protocolli, o ancora quei momenti in cui dobbiamo fare delle scelte etiche e ognuno ha costruito un senso dentro di sé "sul perché fare o non fare".

Inoltre, tante volte, le nostre interpretazioni non si costituiscono dai cosiddetti dati oggettivi verificabili attraverso una strumentazione ma da un sentire l'altro ed esservi in risonanza, come quando supponiamo "mi pare che si stia svegliando ... ha i brividi, avrà freddo ... avrà dolore e non lo può dire", e poi su queste interpretazioni soggettive intraprendiamo il nostro iter diagnostico/terapeutico.

Il sensemaking temporaneo nell'emergenza

Il processo di costruzione di senso è un elemento indispensabile nell'emergenza (dopo l'iniziale fase operativa), perché spesso di fronte ci si trova in condizioni d'incertezza e di ambiguità, caratterizzate la prima da poche informazioni disponibili per pervenire a una diagnosi, la seconda da diverse interpretazioni diagnostiche. È esperienza comune di chi vive l'emergenza lavorare inizialmente con i pochi elementi a disposizione senza porsi il problema diagnostico, pensando solo a far superare la crisi al malato supportando le funzioni vitali, dopo iniziano però i nostri ragionamenti per comprendere ciò che è accaduto e cosa bisogna continuare a fare. Di fronte a queste instabilità diventa allora necessario strutturare dentro una cornice, anche temporanea, gli elementi esperiti per potere decidere ed agire, perché la confusione mentale è paralizzante.

La condivisione del sensemaking all'interno del gruppo di lavoro

Dato che il lavoro in Terapia Intensiva "non finisce mai", il gruppo di lavoro ha la necessità di costruire un senso intersoggettivo, collettivo e condiviso (*collective, shared sensemaking*), che superi e ampli quello creato dal singolo operatore

(*individual sensemaking*) durante il suo turno, per fare in modo che il lavoro prosegua oltre se stessi nella stessa direzione (*Albolino*).

La costruzione di senso collettiva (*collective sensemaking*) è una delle più importanti attività sociali in Terapia Intensiva. Si esprime in tutti i momenti d'incontro formali o informali, come le riunioni mattutine, le consegne, le pause caffè o qualsiasi momento di partecipazione. Qui i medici esplicitano i significati attribuiti alle osservazioni durante il proprio turno ed il senso che ne hanno costruito (*individual sensemaking*).

Esplicitare il razionale del proprio operato e i propri dubbi, scambiare idee e punti di vista, permette a se stessi insieme agli altri di chiarificare e di rielaborare le interpretazioni fatte dal singolo medico durante la sua attività (*individual sensemaking*), consente di espandere così a tutti i membri del gruppo quel pensiero riflessivo, inferenziale alla base dell'interpretazione diagnostica e di tutte le attività complesse di qualsiasi tipo.

Se ci sono le condizioni, in tutti gli spazi narrativi i medici raccontano casi clinici, illustrano i dati raccolti durante le attività, come li hanno interpretati, come hanno agito e perché. Poi i colleghi, che hanno ascoltato, o assentono o inseriscono altre possibilità interpretative e prospettano altre soluzioni, e da qui vengono allora dati nuovi significati agli eventi, viene ricostruito un nuovo senso e si arriva a nuove scelte cliniche/organizzative e alla decisione comune.

Riflettere a voce alta “in comune” è alla base della costruzione di senso intersoggettivo e collettivo. Questo a sua volta è la premessa per sviluppare all'interno del gruppo una reinterpretazione degli eventi approvata da tutti, per creare quel senso condiviso (*shared sensemaking*), che consente a tutti i membri “di stare sulla stessa pagina” e di essere intercambiabili, e in seguito di fare scelte e prendere decisioni comuni verso la stessa direzione.

Il sensemaking in tempo reale

Quanto discusso e accettato in gruppo sarà anche una traccia, una “rapida base operativa” per gli operatori che proseguono oltre il momento d'incontro. Il senso

collettivo, condiviso e socialmente approvato sarà continuamente rievocato e utilizzato dai medici nella loro attività, e rivisitato sulle proprie osservazioni per costruire “al volo, in tempo reale il senso della situazione del momento”(*sensemaking on-the-fly*).

Questo sistema è molto evidente quando torniamo a lavoro dalle ferie e riceviamo consegne di tanti malati sconosciuti. Prima “di arrivarci a fare una nostra idea dei pazienti”, viviamo inizialmente sui pensieri e il sensemaking degli altri, usando le informazioni consegnate come se le avessimo recuperate noi stessi.

In Terapia Intensiva, questa dimensione collettiva è anche decisiva per gestire l’instabilità e l’incertezza, perché la preparazione a ciò che può accadere o all’emergenza non dipende solo dal singolo ma da una collettività che se ne fa carico. Sono i colleghi a cambio turno che ti allertano su un’evenienza difficile che può riaccadere, sono tutti gli individui di un gruppo che si predispongono ad affrontare un’eventuale emergenza attraverso l’organizzazione di se stessi, dei mezzi e dei luoghi.

In ultimo, l’estensione della costruzione di senso dall’individuo al gruppo permette a noi operatori di moderare la pressione della responsabilità che costantemente ci attanaglia. Le scelte condivise riducono la nostra solitudine decisionale perché quando operiamo, avvertiamo la vicinanza degli altri anche nella loro assenza.

Da quanto detto si evince che in un gruppo la costruzione di senso condiviso è un processo cognitivo molto elaborato, dove l’individuo s’impegna per sé e per la sopravvivenza stessa dell’organizzazione e non va confuso con concetti limitrofi come l’apprendimento o la condivisione del sapere.

Il sensemaking presuppone che un gruppo riconosca e accetti l’esperienza sensoriale fatta dall’altro e la sua interpretazione della realtà esperita, anche se con una sospensione rispetto ad altre interpretazioni possibili, per arrivare a quel senso comune che permette a ogni membro del gruppo di mantenere senza esitazione il punto di vista accettato con gli altri. (*può essere una tua impressione...*).

Il ruolo della dimensione emotiva nel mettere “in comune”

Come abbiamo detto il sensemaking ha una forte componente soggettiva, la profondità di questo processo dipende da ognuno di noi, in un gruppo però è necessario che i membri si avvicinino per raggiungere livelli simili. In questo importante è il momento dell'essere in comune, dove anche il meno riflessivo sia portato a generare i perché del proprio operato attraverso gli altri.

Il “mettere in comune” e il condividere non si avviano automaticamente nei momenti di comunicazioni, dipendono dall'interazione tra gli uomini e quindi dall'assetto emotivo, affettivo, relazionale dell'équipe, come comunità, più che dalle conoscenze scientifiche e le capacità tecniche dei singoli. Infatti, i migliori propositi razionali per raggiungere obiettivi comuni s'infrangono, se coloro che li hanno proposti non sono in relazione tra loro in modo solidale, se non si è sviluppata la funzione di legame tra gli individui.

I processi sociali del “mettere in comune” e condividere non possono essere scissi dai processi emozionali. “Le emozioni e i sentimenti sono il vero collante delle organizzazioni, perché disegnano i muri e i corridoi invisibili che dividono o uniscono le persone” (*S.Gherardi*), e che quindi favoriscono o ostacolano la reale condivisione.

La possibilità di espressione all'interno del gruppo

Gli individui, per poter comunicare la propria interpretazione della realtà osservata, devono “sentire” che è possibile esprimerla liberamente all'interno del gruppo ed accettata come plausibile, anche se temporaneamente e con riserve. Determinante è il clima favorevole che si respira per esporsi, determinati risultano le figure apicali che lo facilitano o lo ostacolano.

Climi a bassa tensione, dove le idee, le interpretazioni dei partecipanti non vengono denigrate o rapidamente e superficialmente cassate, ma sono ascoltate, tenute in considerazione e discusse, consentono anche a chi è più giovane o in formazione o semplicemente timido di non avere paura nel dire.

Viceversa, la presenza di tensione, creata ad esempio da figure apicali autoritarie, ipercritiche o svalutanti, inibisce l'esposizione e non favorisce quel pensiero

riflessivo retrospettivo, di revisione, indispensabile per la costruzione di senso condiviso, anzi può addirittura indurre a un rifiuto sia della revisione che della condivisione o può portare ad una “finta” condivisione per accondiscendenza o, ancora peggio, durante i turni guardia gli operatori possono arrivare ad agire, non secondo la costruzione di senso in tempo reale (*sensemaking on-the-fly*), ma “senza senso” per evitare il rimprovero e le critiche.

In un clima disponibile e fiduciario è possibile accettare i significati e il senso costruito dall’altro senza soffrire troppo nel dovere abbandonare il proprio, perché non si sente la prevaricazione dell’altro, ma si avvertono interpretazioni più convincenti e la migliore possibilità di riuscita nella scelta.

In un clima solidale non sono esaltate e colpevolizzate le distrazioni, gli errori o ciò che si è trascurato o non si è terminato. Queste mancanze si riconoscono insieme e si comprende il collega, cui sono capitate, perché un problema emergente può aver catturato la sua attenzione riducendo necessariamente quella su gli altri o sono stati presi in considerazione elementi sbagliati. Questo significa che in un gruppo si comprende il deficit di costruzione di senso accaduto e si può avviare la riflessione e la rivisitazione per evitare errori successivi.

La comprensione

In un clima di comprensione, è possibile espandere la propria comunicazione di notizie cliniche sui pazienti nella narrazione di “fatti apparentemente insignificanti e non necessari” per la costruzione di senso (*è madre di due bambini..., è successo mentre stava giocando col suo aquilone..., fisicamente assomiglia a mio padre..., si è laureato proprio ieri..., è il giorno del suo compleanno..., i genitori sono distrutti...*), che esprimono il proprio vissuto con il malato, con i familiari, con se stessi e con la realtà circostante.

Questo racconto spesso può proseguire oltre il singolo momento, si riprende durante il lavoro, alle pause caffè, ed è possibile farla solo se è stata accettata all’interno del gruppo la possibilità di espressione, di ascolto, di condivisione e di elaborazione di queste esperienze dolorose.

Percepire l'altro vicino, sentire il contatto emotivo con il collega e con il gruppo che ti ascolta o che alleggerisce l'atmosfera con qualche battuta, che provoca il sorriso o il riso, consente all'Operatore di sentirsi compreso, meno solo e fragile, di tollerare meglio la sofferenza, la fatica emotiva e di recuperare.

Ciò che apparentemente “non è necessario” diventa utile per qualsiasi organizzazione, che può non stare in vita pur avendo una struttura istituzionale, può non reggersi autonomamente, perché i singoli non la sorreggono e non la animano, non essendosi esteso tra gli uomini quel tessuto affettivo che li spinge a sostenersi vicendevolmente.

CONCLUDENDO

Come dicevamo all'inizio, data la complessità delle Rianimazioni per ottenere organizzazioni efficaci ed efficienti è fondamentale espandere il lavoro del singolo nel lavoro di gruppo. Questo è possibile farlo solo attraverso la creazione di una vera e reale condivisione, per cui è necessario imparare a “parlarsi” e “ascoltarsi”.

Farlo non è certo semplice, perché richiede un impegno che va oltre le nostre competenze tecniche. Infatti, presuppone un percorso di costruzione del gruppo sia come comunità sociale sia come insieme di professionisti, e dove diventa imperativo considerare quella dimensione emotiva che fa da tessuto connettivo tra gli uomini.

In Medicina Intensiva, quindi, bisognerebbe iniziare ad ampliare e approfondire la formazione e ricerca verso ambiti non strettamente tecnici, senza continuare a pensare che questi appartengano solo alle scienze psico-sociali, o peggio al vano blaterare, illudendosi ancora che esista nella funzione medica una dicotomia tra la componente razionale e quella emozionale.

Bibliografia

- M.Y.Abolafia: *Narrative Construction as Sensemaking*. Organisation Studies vol31(3)-March 2010
- S.Albolino,R.Cook, M.O'Connor: *Sensemaking, safety and cooperative work in the intensive care unit*. Cogn Tech Work 9(3): 131-7 July2007
- D.Bongiorno,etAl: *The study of the emotional field in the determinism of the therapeutic action*. SMART Comunicazioni libere. Milano2001
- S.Gherardi:*Il genere e le organizzazioni*. Cortina Ed. Milano1998

- MF.Sapuppo et al: *The affective modulation in the formation of ICU Professionals. A pilot experience regarding the gift/trasplant activity*. A.P.I.C.E. Selected Papers. Trieste2002
- K.E.Weick: *Senso e significato nell'organizzazione*. Raffaello Cortina editore. Milano1995