

IMPARARE DAGLI ERRORI, LA CULTURA GIUSTA

di **Andrea TRESPIDI**

RFI - Direzione Territoriale Produzione Milano

Paolo GENOVESI

RFI - Direzione Tecnica

Tommaso PICCINNO e Fabrizio BRACCO

Università di Genova - Dipartimento di Scienze della Formazione

UN ERRORE, PIÙ ERRORI

Si sta avvicinando l'ora di pranzo, l'interruzione è già in atto dalle 10.30, gli agenti della manutenzione sono usciti con il mezzo d'opera e stanno lavorando nei pressi del segnale di protezione.

Non si vedono dall'Ufficio Movimento, troppo distanti; anche se è una bella giornata primaverile, serena e fresca, impossibile vederli. La primavera è una stagione bella per tutti tranne che per gli allergici, che spesso la soffrono.

Allergici come il Dirigente Movimento, che quando deve prendere servizio, per non essere schiavo dei fazzoletti, prende antistaminici a volontà.

Opera da solo, sono lontani i tempi in cui nelle stazioni il personale della circolazione eran sempre più di uno.

Il Dirigente Movimento fa fatica a chiamarsi Regolatore della Circolazione, gliel'hanno spiegato agli ultimi corsi di mantenimento competenze ma poi, nel gergo classico, lui è sempre stato e rimarrà sempre "il Dirigente".

A proposito, ma a che ora finiscono con l'interruzione?

Prende il foglietto del modulo M40 con cui ha scambiato l'interruzione e c'è scritto "...fino alle ore 12.15". Si perché anche se il primo treno dopo l'intervallo è alle 12.25 è meglio dire dieci minuti prima alla manutenzione, non si sa mai.

I treni non devono fare ritardo per le interruzioni.

Si affaccia dalla garitta per far trascorrere qualche minuto e ci sono due persone che attraversano i binari senza fare il sottopassaggio. Li richiama ad alta voce e ne nasce una piccola discussione, poi si anima sempre di più.

Insomma, le regole vanno rispettate, i binari non si attraversano, lo devono capire e "il Dirigente" le regole le deve rispettare e le deve far rispettare.

Suona il cellulare di servizio, è l'agente di scorta del mezzo d'opera, chiede l'istradamento per rientrare.

Con due passi lunghi è subito all'apparato, uno sguardo veloce e d'impeto dispone l'istradamento, poi si volta di nuovo verso la garitta e torna a proseguire la discussione che ormai dura da quasi un quarto d'ora.

Proprio quando si vede il mezzo d'opera rientrato in stazione si sente il suono di un allarme da annuncio treni. Ma che treno è? Ah, questo è uno straordinario, è il locomotore dell'Impresa privata che va a "fare" il treno merci nella stazione successiva.

Gli apre il segnale, anzi mette in transito, e poi si affaccia alla garitta per vedere ancora i tizi che hanno attraversato, è proprio arrabbiato.

Suona il cellulare di servizio, è il titolare dell'interruzione, un'occhiata all'orologio, sono le 12.20. Che vuole? "L'interruzione non era finita, eravamo ancora sul binario ed è passato un treno, l'abbiamo visto in tempo e non è successo niente ma a cosa pensavi? Nessuno ti ha riattivato!"

"Io... quando il mezzo d'opera ha chiesto la strada ho rimesso a posto il tasto della Chiusura Segnali e ho fatto l'istradamento. In quel momento ho dato per scontato che ci fosse il riattivato.

Però è vero, non ho in mano niente. È vero, ho sbagliato. Non lo so, ho un vuoto."

Poi la paura pian piano passa e pensano alle conseguenze disciplinari che potrebbero avere.

Aspettano la fine del turno di servizio alle 13, mangiano tutti assieme, in un tavolino nell'angolo del locale.

Le facce scure, preoccupate. Anche gli agenti della manutenzione hanno ommesso di esporre il segnale d'arresto. Qui nessuno è senza colpe. Teniamocela per noi. Nessuno se ne può accorgere.

Quelle voci e quei volti si sono incrociati molte volte, si conoscono tutti bene e in fondo in tanti anni non è mai accaduto nulla di simile.

In fondo un errore è solo un errore, inutile buttare la croce addosso a chi lavora e poi, suavia, la nostra professionalità è indubbia e l'evento di oggi non significa niente.

Due settimane dopo, il dirigente movimento è in trasferta nella stazione a fianco, dove hanno origine i treni merci.

È un po' più complicata, ci sono anche le manovre con le Imprese private, ma tutto sommato è simile.



Fig. 1 - Segnale di arresto a mano a protezione dei tratti interrotti

Il banco ACEI, il blocco automatico. Da un lato non c'è la Chiusura Segnali perché la linea è banalizzata e c'è il fuori servizio.

Il Dirigente pensa che forse ai dispositivi della banalizzazione sarebbe meglio dare una ripassata, ma oggi interruzioni non ce ne sono, la cartella dei programmi è vuota, le pubblicazioni si possono lasciare lì dove sono; poi oggi ha fatto il pieno di antistaminici, visto che il giorno prima come congiuntivite e starnuti era un disastro, e di voglia di leggere ce n'è poca. Anzi, a dir la verità la vista è anche un po' annebbiata dalla sonnolenza delle pastiglie.

Alle 11 circa arrivano gli uomini della TE. Hanno visto un pendino rotto, un lavoro da mezz'oretta considerando che l'autoscala è lì. "Possiamo lavorare?". "Sì, avviso il Dirigente Centrale ma non dovrebbero esserci problemi".

E in effetti formalizzano l'interruzione per manutenzione del binario 4, o meglio del binario IV.

Sul modulo M40 c'è scritto IV. "Ragazzi, treni su quel binario non ce sono fino alle 12.25, lavorate pure tranquilli".

Appoggia come di consueto il modulo M40 ben visibile sul banco, poi apre il cassetto, prende le "cartucce da caccia", i tappini che si usa mettere a coprire i tasti degli itinerari e degli istradamenti interrotti.

Mezz'ora dopo dal treno viaggiatori in binario I scendono il macchinista e l'agente polifunzionale dell'Impresa. "Abbiamo il locomotore al tronchino, ieri ci hanno vincolato perché il porto non riceveva. Abilitiamo e andiamo al treno, quello là...", lo indicano con la mano.

"Va bene". Tutto pronto.

Sceglie un istradamento tra quelli liberi dal tappino e autorizza la manovra.

Il locomotore elettrico entra nella zona disalimentata e si sente il botto della linea di contatto. Cos'è successo? I tappi erano a protezione del binario VI anziché del binario IV.

Li aveva messi sbagliati e poi non ha più controllato. È solo un grande spavento, i dispositivi di corto circuito salvano la vita ai ragazzi.

Ma questa volta i danni parlano. Qui non si può più nascondere. Un altro errore, ancora un'interruzione, ancora lo stesso turno, più o meno la stessa ora. Ancora poca attenzione. Strano dopo tanti anni sempre sul pezzo. Ma chissà quei farmaci, presi superando le dosi consigliate, se c'entrano o non c'entrano.



Fig. 2 - I "tappi" per non comandare inavvertitamente l'apparato ACEI

I "PERICOLATI" INCIDENTI (NEAR MISS)

Ogni attività organizzativa è caratterizzata da una probabilità di errore. Questo può essere dovuto a una scorretta interpretazione di una situazione, a una difficile interazione tra le persone o a un cattivo accoppiamento tra la tecnologia e gli operatori; perfino quando ogni individuo del sistema opera correttamente, non si può escludere l'eventualità di un evento avverso.

Dalla continua ricerca dell'efficienza nascono tecniche e metodi che consentono di misurare l'errore, al fine di ottenere processi e prodotti più sicuri.

Queste tecniche e metodi sono basate su analisi di eventi "pericolati" (near miss), ovvero di tutte quelle situazioni critiche e potenzialmente dannose che non hanno causato danni, ma erano assolutamente in grado di provocarne e per le quali l'unica differenza con un incidente è solo nelle conseguenze e non nelle dinamiche che l'hanno generato.

L'approccio non colpevolizzante, detto Cultura Giusta (Just Culture) si differenzia dagli altri metodi per l'esplicita considerazione dell'ambiente sistemico in cui l'errore avviene, ambiente che include individui, tecnologie, processi e cultura.

Partendo da questa visione dell'ambiente, esso mira a non colpevolizzare l'errore, superando una logica di tipo "colpa dell'operatore", al fine di sviluppare un apprendimento collettivo che porti ad una maggiore consapevolezza e sicurezza futura.

Questo è un approccio organizzativo fondato su una concezione "positiva" dell'errore, visto come un'opportunità di apprendimento; resta inteso comunque che molti tipi di errore rimangono inaccettabili e vengono sanzionati, anche più pesantemente in certi casi, se dovuti ad esempio a violazioni volontarie, negligenza, imprudenza o imperizia, come vedremo di seguito.

Questo articolo presenta l'approccio della Cultura Giusta valutandone le possibilità di apprendimento e le caratteristiche organizzative che sono necessarie per la sua adozione, anche alla luce dell'emanazione da parte europea del Regolamento 376/2014 valido per l'aviazione civile ma chiaramente d'indirizzo per tutto il comparto dei trasporti.

CULTURA COLPEVOLIZZANTE VS CULTURA GIUSTA

Cosa ha fatto scattare nel Dirigente Movimento e negli Agenti della Manutenzione la dinamica di non segnalare l'evento pericolato (near miss) e di nascondere i fatti?

Hanno pensato che essere sollevati dal servizio e subire un provvedimento di sospensione fosse un provvedimento sproporzionato, andare a visita medica e subire un corso, un esame e un provvedimento disciplinare senza che nessuno tenesse conto della carriera pregressa e della professionalità espressa, essere trattati in modo freddo e impersonale, viene ritenuto inaccettabile.

Meglio nascondere tutto. In buona fede quindi, con una visione parziale sull'organizzazione, sono convinti di non aver compiuto un'azione grave e di non aver arrecato pregiudizi alla sicurezza, in fondo non è successo niente.

Sono tutti spaventati da un atteggiamento che punisce a prescindere e per questo si ergono a giudici, sostituendosi all'organizzazione, non tenendo conto che ci

sono elementi che non possono conoscere, ad esempio se qualcuno di loro sta vivendo una condizione personale che spesso lo deconcentra sul lavoro, una condizione appartenente alla sfera privata che potrebbe degenerare e della quale non parla con nessuno, o se fisicamente qualcuno di loro ha problemi di salute che lo debilitano o lo deconcentrano, oppure se sta assumendo dei farmaci che in qualche modo modificano le sue prestazioni al lavoro.

L'incidente purtroppo scoperchia e racconta, tutto quanto si annidava viene allo scoperto, compreso il precedente del mancato incidente e le motivazioni di base, personali.

Il protagonista dei due eventi è sempre lo stesso agente, il Dirigente Movimento, e a questo punto viene da porsi una nuova domanda: se avessero avuto consapevolezza che prima della punizione sarebbero stati "ascoltati" e che l'organizzazione avrebbe potuto "capire le loro ragioni", avrebbero comunque operato in quel modo? Avrebbero avuto incertezza nel segnalare l'evento?

Quale azione si può ritenere veramente a favore della sicurezza? D'accordo con la teoria di Heinrich, gli incidenti con conseguenze gravi sono normalmente preceduti da incidenti con conseguenze lievi, incidenti senza conseguenze, eventi "pericolati" e situazioni anomale o segnali deboli.

Questi eventi possono disporsi come una piramide e la Cultura della Colpa è una coltre di nubi che offusca tutto tranne gli incidenti con conseguenze. Studiare solo i casi con conseguenze porta evidenti problemi, sia per il numero esiguo di eventi a disposizione, sia per il clima organizzativo, ove può diffondersi l'idea che si chiuda sempre il recinto dopo che i buoi sono scappati.

Per diradare le nubi e portare allo scoperto tutta la piramide, avendo evidenza anche degli eventi "pericolati" e delle situazioni anomale dobbiamo riconoscere che è necessaria una cultura organizzativa che non colpevolizzi a prescindere l'errore, una nuova cultura della sicurezza, la Cultura Giusta.

Nelle imprese in cui è stata sviluppata una Cultura della Colpa le persone sono abituate a pensare esclusivamente in termini di causa-effetto.

Difficilmente si riesce ad andare oltre al semplice ragionamento per il quale a ogni incidente corrisponde una sola causa e, rimossa quella causa, il problema è risolto. La prospettiva è fortemente individualistica e com-



Fig. 3 - Le piramidi di Heinrich e la coltre di nubi della cultura della colpa

petitiva, la risposta più ovvia a un malfunzionamento è la ricerca di un colpevole e la sua punizione.

Questo tipo di organizzazioni difficilmente può raggiungere alti livelli di resilienza organizzativa e di proattività nella gestione dei rischi.

Il concetto di Cultura Giusta (Just Culture) è stato sviluppato in aviazione e viene definito da EUROCONTROL come:

“Una cultura dove gli operatori non vengono puniti per azioni, omissioni o decisioni prese che siano commisurate alla propria esperienza e formazione, ma nella quale la grave negligenza, le violazioni deliberate e gli atti distruttivi non sono tollerati.”

In un'organizzazione guidata dalla Cultura Giusta le persone vengono incoraggiate o perfino premiate se forniscono informazioni per il mantenimento della sicurezza, anche se riguardano un proprio errore, fatto in buona fede. Inoltre, vi è una chiara definizione di quali siano i comportamenti accettabili e quali, al contrario, non lo siano (Reason, 1997).

Questo tipo di cultura della sicurezza promuove un clima di fiducia, di lavoro di squadra, di rispetto e di responsabilità. In queste condizioni gli operatori si sentono liberi di segnalare i problemi senza temere ritorsioni o punizioni immeritate. In questo modo la circolazione dell'informazione e l'analisi sistematica, con il conseguente apprendimento organizzativo che ne deriva, diventano possibili.

La mera ricerca del colpevole dell'incidente e la sua punizione (Cultura della Colpa, Blame Culture), sia essa anche puramente simbolica e non pecuniaria, risulta controproducente ai fini dell'incremento della sicurezza in quanto crea un circolo vizioso, in cui all'aumentare delle punizioni diminuiscono le segnalazioni e l'attenzione verso le anomalie; questo provoca una minore capacità dell'organizzazione di prevenire e reagire, riducendo la sicurezza.

Spesso la punizione è anche semplicemente sociale: anche in quei casi dove vi sono provvedimenti non disciplinari, che nascono con l'intento di aiutare gli operatori, è compito dell'organizzazione valutare (anche chiedendo agli operatori stessi) come è vissuto il provvedimento e quali ricadute ha (voci di corridoio, esclusione da gruppi, cambiamento delle routine e/o dei colleghi di lavoro, etc.).

Inoltre, punizioni ingiustificate, sproporzionate, o che come tali vengano vissute, hanno come conseguenza la disaffezione all'azienda, il decremento della motivazione al lavoro e del sentimento di responsabilità individuale (il cosiddetto Cinismo Organizzativo).

Le imprese in cui è forte la Cultura della Colpa spesso vedono aumentare il tasso di assenteismo e peggiorare gli indicatori di buona performance (puntualità, qualità del servizio, etc.). In un'azienda in cui si passi da una

Cultura della Colpa a una Cultura Giusta è lecito ragionevolmente presupporre che si assisterà parallelamente a un passaggio da una responsabilità diffusa, in cui nessuno si sente veramente interessato e responsabile delle sorti della propria azienda, ad una responsabilità condivisa, in cui tutti si sentono direttamente implicati nel mantenere alti standard di sicurezza, produttività e qualità.

La Cultura Giusta favorisce la sicurezza anche perché permette di non fermarsi alla causa più superficiale e immediata nell'analisi degli eventi, ma spinge ad andare in profondità e a ricercare soluzioni veramente efficaci e risolutive, che possano tenere in considerazione più fattori.

Non è sufficiente applicare un'analisi complessa che tenga in considerazione tutte le componenti del sistema, ma che mantenga una visione lineare.

È necessario comprendere che l'incidente è causato dalla concorrenza degli agenti e che emerge dal sistema in modo non lineare e poco predicibile (Hollnagel, 2006).

IMPARARE DAGLI ERRORI

Come noto, storicamente l'analisi organizzativa degli incidenti era prona ad adottare un punto di vista basato sulla causalità lineare e sul cosiddetto “senno di poi”, ovvero l'analisi degli eventi a posteriori.

Questo approccio è figlio di un mondo che nei primi del '900 vedeva il nascere e lo svilupparsi delle prime grandi industrie e delle prime grandi imprese fondate sulla tecnologia.

Quel tipo di organizzazioni, per numero di persone coinvolte, complessità e tipo di tecnologia, aveva un funzionamento molto più semplice rispetto agli attuali sistemi socio-tecnici.

In quel mondo, basato sulla catena di montaggio e su piccole e semplici interazioni con la tecnologia, un'analisi lineare poteva essere sufficiente.

Al giorno d'oggi, considerata la complessità dei sistemi che gestiamo, è necessario un cambiamento di paradigma.

Questo approccio deve tenere in considerazione che non esiste una sola causa di un certo effetto, ma ogni evento è frutto della complessa interazione, spesso non prevedibile ed instabile, di una molteplicità di fattori.

La complessità esaminata dopo l'incidente può non tener conto di molti fattori che invece erano presenti prima dell'incidente, ove l'operatore poteva avere un quadro dalla complessità estremamente maggiore e diverse possibilità di agire non riconoscibili a posteriori.

Se non si abbandona l'ottica di causalità lineare, la domanda posta in seguito ad un incidente sarà sempre “chi è stato?”.

Se invece si pensa in termini sistemici la domanda spontanea sarà “Perché è successo?”. La conseguenza alla prima domanda è agire sulle persone, quella alla seconda è capire la fonte del problema e agire sulla sicurezza.

Il focus d'indagine si sposta dalle fonti di fallibilità (come ad esempio l'errore umano) alle caratteristiche e

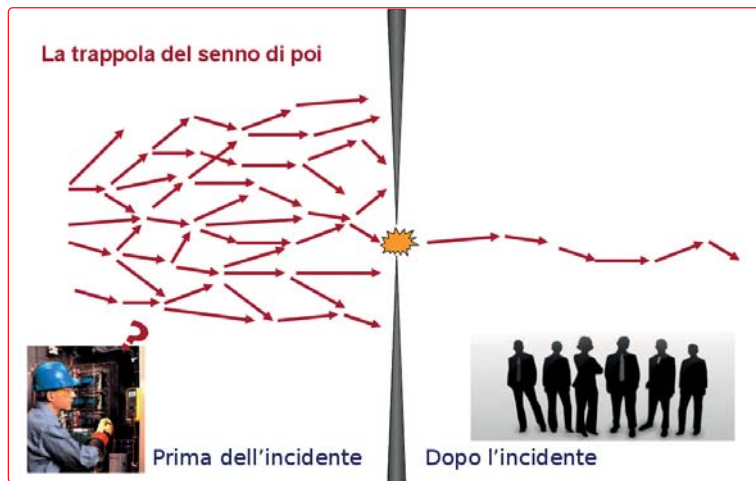


Fig. 4 - Il senno di poi non considera la complessità al momento della decisione

ai processi in grado di garantire affidabilità e flessibilità e, al tempo stesso, stabilità del sistema.

Si sposta, inoltre, l'attenzione dalla mera analisi degli eventi passati, come il calcolo del numero degli incidenti o delle probabilità degli stessi, verso un'ottica impostata alla prevenzione degli eventi critici in ottica proattiva, cercando di anticiparne la comparsa.

Gli incidenti non sono considerati come collassi o malfunzionamenti di un sistema altrimenti "normale", ma come variazioni della performance al pari degli aggiustamenti necessari per affrontare la complessità del mondo reale.

Spesso non vi è differenza tra un'azione senza conseguenze e un'azione che provoca un grave danno. I fatti narrati nell'esempio ne sono un chiaro esempio.

Un errore identico con conseguenze diverse. La differenza tra le due situazioni si trova nell'interazione con altri fattori.

Per questo motivo, le azioni dei singoli devono essere giudicate e gestite non sulla base dell'esito, ma sulla base del processo. Se l'intenzione era buona, l'errore è involontario e comprensibile, la responsabilità è condivisa da molti elementi del sistema, allora l'approccio alla persona è quantomeno poco utile, se non addirittura controproducente.

L'errore individuale costituisce un'opportunità di apprendimento, perché si presenta come una "finestra sul sistema", che ne rivela il funzionamento e la relazione tra cause ed effetti. In generale, per apprendimento dall'errore si intende il fatto che le organizzazioni imparino dagli errori dei singoli attori, adattandosi e modificando procedure e barriere di sicurezza per evitare future esperienze negative.

Anche negli studi sociologici è stata individuata la rilevanza del fenomeno dell'errore e del rischio.

In particolare, è stata discussa la presenza di due diverse prospettive di analisi rispetto al rischio e all'errore: la prospettiva tecnica e la prospettiva culturale, con una

progressiva tendenza di passaggio dalla prima verso la seconda.

Tradizionalmente, il rischio e l'errore sono stati affrontati secondo una logica tecnico-ingegneristica, che guardava al rischio come a un fenomeno isolabile, quantificabile e minimizzabile in equilibrio con criteri di accettabilità e compatibilità sociale.

Questa visione è stata progressivamente messa in discussione da una prospettiva culturale, che invece punta a riconoscere i caratteri sociali e organizzativi impliciti nella definizione di rischio. In questo senso è stata coniata l'espressione "cultura della sicurezza", che identifica gli atteggiamenti da assumere di fronte a errori o fallimenti di ampia entità.

Un approccio di tipo non colpevolizzante permette di integrare le metodologie di gestione della qualità e di miglioramento dei processi con il fattore umano che permea l'organizzazione.

Questo significa che, tramite la progettazione di determinati processi e strutture, gli errori mancati e gli errori commessi dagli individui nello svolgimento delle proprie attività sono utilizzati come base di apprendimento organizzativo.

Quest'ottica evidenzia la necessità di spostare l'attenzione dall'errore inteso come identificazione di una colpa, derivante da una cattiva gestione di un compito a livello individuale o di gruppo, all'errore inteso come lezione operativa per migliorare le future performance dell'organizzazione.

L'approccio non colpevolizzante aiuta a cogliere non solo le segnalazioni relative agli errori effettivamente verificatisi ma, soprattutto, tutte le situazioni in cui un errore potenzialmente pericoloso non si è verificato (near miss, "pericolato" o "errore debole") grazie a un intervento di un operatore o per una pura coincidenza.

In molte organizzazioni, infatti, la mancata rilevazione di tali situazioni può costituire un ostacolo all'apprendimento organizzativo, in quanto le medesime condizioni si possono ripresentare in futuro a un altro operatore che, al contrario del primo, potrebbe essere impreparato a gestire il problema.

In generale, un sistema di questo tipo è caratterizzato dai seguenti aspetti:

- la segnalazione di errori e di situazioni potenzialmente pericolose è incoraggiata e, in particolari circostanze, ricompensata. Le persone non devono temere di incorrere in fenomeni di colpevolizzazione e punizione, soprattutto se sono riuscite a risolvere tali situazioni in modo autonomo e innovativo;
- la segnalazione individuale dell'errore innesca un'analisi delle possibili cause, focalizzata sulle interazioni tra persone, processi, tecnologie, cultura organizzativa e fattori ambientali;

L'applicazione della *Just Culture*

Nell'analisi di un evento siamo influenzati dal conoscerne l'esito e di conseguenza la ricostruzione avviene con il "senno di poi".

Gli essere umani utilizzano euristiche di ragionamento che influenzano il modo in cui interpretano gli eventi.

Quando proviamo a ricostruire un evento passato, nel nostro caso un incidente, l'esito che questo evento ha avuto può influenzare anche pesantemente il giudizio sulle responsabilità individuali.

La stessa azione viene considerata più grave se porta a conseguenze maggiori.

Nel caso citato precedentemente, in seguito al primo errore sull'interruzione il Dirigente Movimento e gli Agenti della Manutenzione si autoassolvono, considerano la somma degli errori sviste sulle quali si può sorvolare, ma quel piccolo errore non differisce in alcun modo da quello successivo che provoca un incidente con conseguenze e danni.

Questo ragionamento vale però anche in direzione opposta: non tutti i gravi errori sono dovuti a una grave negligenza. Spesso piccoli errori incolpevoli, azioni che rientrano nella normalità o prassi consolidate che vengono messe in atto da tutti gli operatori possono portare a gravi conseguenze se inserite in un contesto di fattori che entrano in risonanza e ne esacerbano le conseguenze in modo inatteso e, spesso, imprevedibile.

La distorsione dovuta al senno di poi è difficilmente eliminabile anche per l'analista che volesse ricostruire un caso tenendo in considerazione tutti i fattori sistemici interessati e senza ricercare un capro espiatorio a cui dare la colpa di quanto accaduto.

Per moderare questo effetto di distorsione è necessario concentrarsi sul processo e sulla dinamica degli eventi. Un valido strumento è costituito da un algoritmo decisionale che si rifà ai principi della *Just Culture*, che richiede di porsi una sequenza di domande sulle azioni dell'operatore.

La prima domanda da porsi è se l'azione era intenzionale, ovvero se l'operatore intendeva procurare le conseguenze ottenute.

Questa è un'eventualità molto remota, applicabile ai casi di sabotaggio, che prevede la massima sanzione, ma che si presenta in casi rarissimi di aperta e palese ostilità.

A ogni risposta negativa, si assume che la responsabilità si sposti progressivamente dal livello individuale a quello sistemico-organizzativo, scendendo verso la domanda successiva.

La seconda domanda da porsi è se l'operatore si

trovava sotto l'effetto di una qualche sostanza che gli abbia impedito di agire in modo corretto.

La conclusione che se ne trarrebbe sarebbe diversa se l'operatore fosse stato sotto l'effetto di una sostanza proibita (es. alcol, droghe) o sotto l'effetto di farmaci prescritti da un medico e dei quali ignorava gli effetti collaterali.

Nel primo caso si tratterebbe comunque di una grave violazione, mentre nel secondo sarebbe decisamente meno grave e dovrebbe prevedere un'azione disciplinare molto diversa.

Nel caso non si trattasse di un problema legato all'uso di sostanze, ci si dovrebbe chiedere se è stata violata una procedura o una norma operativa.

In questo caso sarebbe necessario analizzare la procedura stessa. L'operatore poteva conoscerla e comprenderla?

Si poteva applicare in quel contesto specifico?

Era corretta e ragionevole nella situazione presa in esame?

Se a tutte queste domande la risposta è "sì" si può ragionevolmente concludere che vi sia una certa responsabilità individuale legata a negligenza o sottovalutazione dei rischi, ma se ad almeno una di queste domande non è possibile rispondere pienamente in modo affermativo si può ipotizzare che tra i fattori scatenanti vi siano anche degli elementi legati al contesto o all'organizzazione.

Il punto cruciale di questa analisi consiste nella "prova di sostituzione".

Cosa sarebbe successo se, al posto dell'operatore in esame, vi fosse stato un altro operatore di esperienza paragonabile?

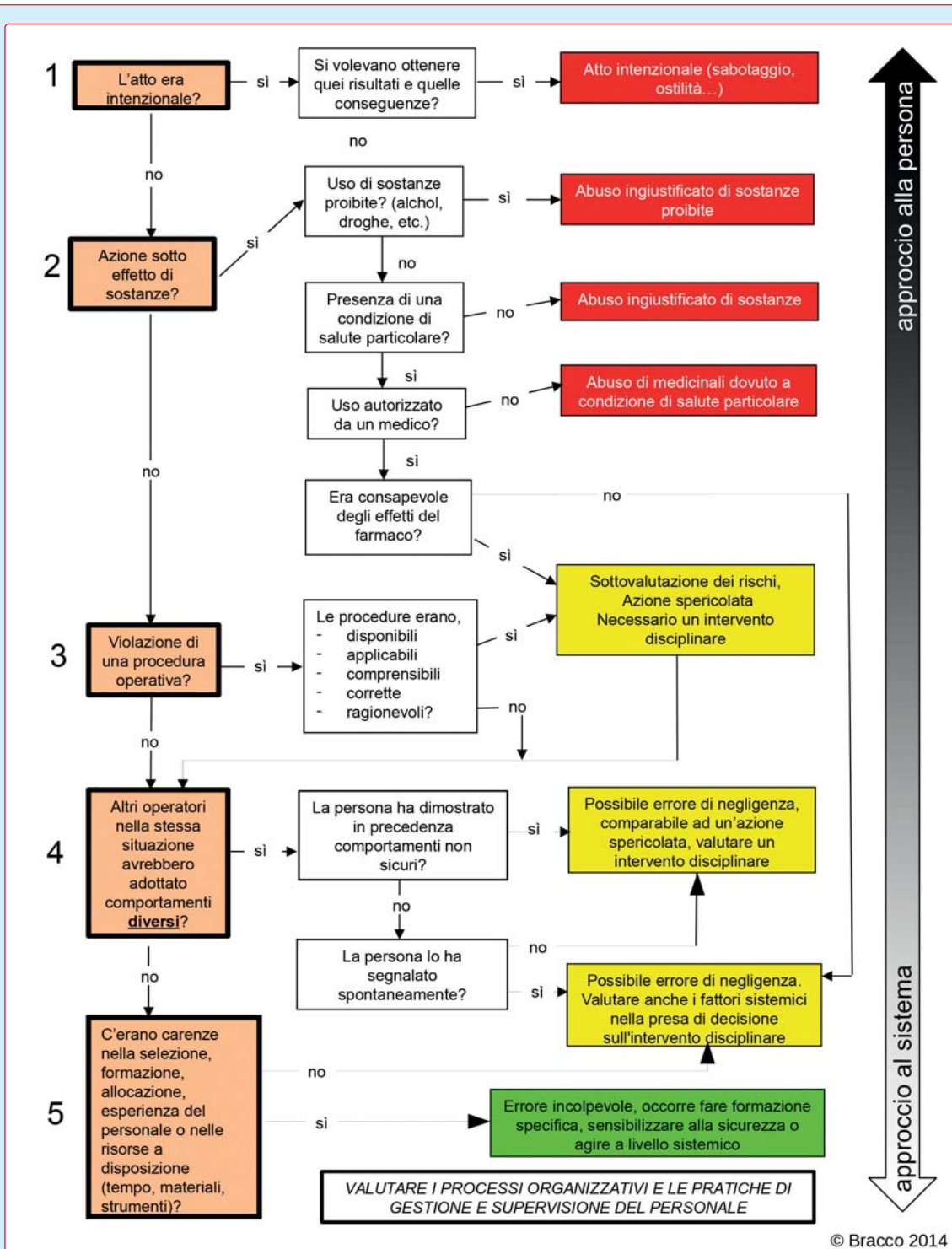
Avrebbe messo in pratica comportamenti diversi?

Il test di sostituzione è fondamentale nell'analisi dei casi in ottica *Just Culture* perché permette di prendere in esame gli aspetti legati alle prassi e ai modi di fare condivisi che, sebbene non possano giustificare una violazione, ne riducono la gravità e la giustificano parzialmente.

Spesso nelle organizzazioni si assiste a normalizzazioni del comportamento deviante che portano a una lenta deriva verso l'incidente.

In questi casi la responsabilità non può essere attribuita completamente all'operatore che si è trovato "nel posto sbagliato al momento sbagliato".

L'azione che ha portato all'incidente non è diversa da quella messa in atto da tutti gli operatori che ricoprono quel ruolo e che fino a quel momento era stata probabilmente tollerata da chi avrebbe dovuto supervisionare il lavoro.



© Bracco 2014

L'albero decisionale per l'applicazione della cultura giusta

Infine, la quinta domanda indaga i fattori sistemico-organizzativi che sono stati influenti sul verificarsi dell'evento.

Vi erano carenze nella formazione del personale?

Le risorse (tempo, strumenti, personale, materiali) erano adeguatamente allocate e disponibili?

Questo albero decisionale, se utilizzato adeguatamente e con spirito sinceramente critico, permette di tenere adeguatamente in considerazione i principali fattori scatenanti riducendo il rischio di ricadere nella trappola del senno di poi e della ricerca del colpevole ad ogni costo.

- gli individui e i gruppi sono attivamente coinvolti nel processo di analisi e correzione dell'errore;
- le azioni correttive e le linee guida per prevenire e gestire situazioni analoghe in futuro sono divulgate tramite specifici percorsi di apprendimento.

Questi implicano, ad esempio, la diffusione della "storia" dell'errore attraverso strutture e meccanismi narrativi, finalizzati a diffondere e condividere l'esperienza in modo evocativo.

La logica non colpevolizzante non deve essere intesa come opportunità di fuga dalle responsabilità individuali: "No Blame" non significa celebrare l'errore in quanto tale.

Al contrario, l'approccio prevede la definizione di precisi ambiti di responsabilità, che stabiliscono chiari spazi di tolleranza.

Coerentemente, i comportamenti che implicano dolo o grave negligenza continuano a essere sottoposti a sanzione, così come le mancate segnalazioni di errori effettivi e potenziali.

In aggiunta, è assolutamente necessario dare un seguito concreto e immediato alla segnalazione tramite interventi di analisi e correzione, affinché la denuncia non sia fine a se stessa.

A tale proposito, la progettazione di incentivi e il riconoscimento pubblico del valore della segnalazione è un ulteriore elemento fondante l'approccio. Il tributo per la denuncia deve essere tale da compensare la tendenza a tenere per sé l'errore e l'eventuale soluzione, scoraggiando comportamenti individualistici.

Cambiare il modo in cui si guardano gli eventi, non limitandosi a rintracciare l'azione scatenante tramite un percorso a ritroso nella catena degli eventi, visione propria del modello Domino (Heinrich, 1931), ma adottando un'ottica sistemica che sia in grado di prendere in considerazione il modo complesso in cui interagiscono i

fattori, è un passaggio chiave per l'incremento della sicurezza e della resilienza del sistema.

UN ESEMPIO DA SBB-CFF-FFS: LE FAIRNESS GUIDELINES

La cultura della sicurezza in FFS vanta una lunga tradizione e si fonda sul far sentire ogni collaboratrice e ogni collaboratore responsabile della propria sicurezza, della sicurezza della clientela e di quella di colleghe e colleghi.

In questi anni è stato avviato un cambiamento culturale ove la fiducia e il coraggio di ogni singolo individuo di parlare apertamente con gli altri, anche delle azioni non sicure e degli errori propri e altrui, sono la nuova base della sicurezza, che punta alla correttezza, all'apertura e al progresso vissuti in prima persona.

Si sono altresì rivelate necessarie nuove regole, valide per tutti, per creare le condizioni affinché quando un operatore commette un errore possa contare sulla correttezza dei superiori diretti, che sono consapevoli che possono capitare errori involontari e distinguono nettamente queste sviste da comportamenti errati intenzionali e grave negligenza.

Queste inosservanze non sono tollerate e vengono sanzionate.

La parola «correttezza» designa il trattamento paritario che il diretto superiore riserva a tutte le collaboratrici e a tutti i collaboratori. Ma dov'è il limite tra accettazione e tolleranza zero?

La «Fairness Guideline» delle FFS è stata redatta come supporto per poter giungere a decisioni corrette e per gestire i casi che si pongono nella cosiddetta zona grigia.

I comportamenti errati accettabili:

- possono capitare nonostante una buona formazione e preparazione e la migliore coscienza;

Accettato	Tollerato	Mal tollerato	Non tollerato
Errore umano; errore involontario, disattenzione, svista	Imprudenza, errore commesso per ingenuità	Mancanza di disciplina, nessuno sforzo compiuto	Danno intenzionale o preventivato
In una situazione simile i colleghi avrebbero agito allo stesso modo	I colleghi avrebbero agito probabilmente allo stesso modo	Difficilmente i colleghi avrebbero agito così	Nessun collega avrebbe agito così, inosservanza delle regole elementari da applicare in qualsiasi situazione normale
Errore commesso nonostante un lavoro coscienzioso	Valutazione sbagliata delle priorità dovuta alla situazione	Valutazione sbagliata delle priorità dovuta a pigrizia	Errore consapevole dovuto unicamente a pigrizia
Ha imparato dai comportamenti scorretti	È giudizioso	Scarso interesse a imparare dai comportamenti scorretti	Incorreggibile, assenza di giudizio
Collaborativo		Non collaborativo, costituisce un ostacolo	Tiene nascosti gli errori, costituisce un impedimento
Di rado o non ancora un avvenimento simile	Di rado, ma tendenzialmente più irregolarità rispetto ad altri	Avvenimenti simili con regolarità	Agisce «sistematicamente» in maniera irresponsabile e sventata

Fig. 5 - Il diagramma guida della cultura giusta in SBB, le "Fairness Guidelines"

- il colpevole impara da quanto accaduto;
- il soggetto in questione trasmette i suoi insegnamenti;
- «sarebbe potuto capitare a tutti, persino ai migliori».

I comportamenti errati non tollerati:

- grave negligenza, dolo, errori causati per provocazione;
- l'errore viene taciuto o nascosto;
- non si impara nulla da quanto accaduto;
- «nessuno avrebbe agito in questa maniera».

La «Fairness Guideline» fornisce indicazioni e non costituisce una regola da applicare rigidamente, è e rimane prioritaria non la sanzione, bensì la capacità di trarre insegnamenti dalle situazioni e dai comportamenti pericolosi.

Secondo la «Fairness Guideline» il livello d'errore comportamentale verrà determinato dal superiore.

Conclusioni

La Cultura Giusta non significa impunità per chiunque, ma significa distinguere tra responsabilità e colpa.

Significa dare delle chiare direttive su quali sono i margini di azione, su cosa è ammissibile e su cosa non lo è, a prescindere dal risultato dell'azione. Se questa distinzione è chiaramente definita e condivisa, la sanzione per chi oltrepassa la linea di ciò che è lecito è giusta, ma se gli operatori non sono messi nelle condizioni di agire entro questo margine, allora il problema è di tipo sistemico, non individuale.

La Fairness Guideline è un'applicazione di questi principi al mondo ferroviario che vuole incrementare il

livello di sicurezza stimolando la segnalazione e la responsabilità individuale.

In un'organizzazione guidata dalla Cultura Giusta le persone si sentono protette e incentivate a riportare le situazioni critiche perché sono consapevoli che verranno giudicate in modo equo e che le informazioni che riportano verranno utilizzate per migliorare il sistema in cui lavorano, non per attaccare gli operatori con l'unico intento di soddisfare il bisogno di trovare un colpevole da punire.

Ringraziamenti

Accennare in questo articolo alla Fairness Guidelines di SBB CFF FFS è stato possibile grazie a Perry Marioli e Lucio Lorenzon.

Un pensiero non può che andare anche all'amico Marco Bacher. Riposa in pace, caro Marco.

Bibliografia

- [1] J. Reason *“L'Errore Umano”*, EPC 2014.
- [2] E. Hollnagel *“Safety I and Safety II: The Past and Future of Safety Management”*, Ashgate 2014.
- [3] S. Dekker *“Just Culture”*, Ashgate 2012.
- [4] F. Bracco *“Promuovere la sicurezza”*, Carocci 2013.
- [5] A. Chialastri *“Human factor vol. 1 - Sicurezza & errore umano”*, IBN 2011.
- [6] P. De Palatis *“Regolamenti e sicurezza della circolazione ferroviaria”*, CIFI 1995.
- [7] P. De Palatis *“L'avvenire della sicurezza - Esperienze e prospettive”*, CIFI 2000. ■