

Anno 8, numero 28
marzo 2013
Registrazione del Tribunale di
Vicenza n° 1114 del 02.09.2005
Redazione: Via De Mori, 17
36100 Vicenza
tel. 338.3396987
fax 0444.505717

PdE

Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente

Sommario:

Editoriale

pag. 1

Dialogo sulla sicurezza.

pag. 2

Il ragionamento
probabilistico ingenuo di
specialisti (RSPP) e non
specialisti (Lavoratori) per
la valutazione dei rischi:
euristiche ed errori.

pag. 11

Un buon libro da leggere

Pag. 16

Il numero 28 di PdE è interamente dedicato al tema della sicurezza sul lavoro, che riteniamo essere di grande attualità nella misura in cui la crisi economica ne sta evidenziando l'importanza strategica per tutte le aziende. Lo facciamo attraverso due contributi.

Il primo inaugura una formula editoriale nuova, che intendiamo continuare a proporre in seguito: un dialogo interprofessionale tra uno psicologo e un medico del lavoro che affrontano il tema sulla base delle reciproche competenze.

Ci sembra, infatti, che sia sempre più necessario uscire dagli steccati delle professioni per arrivare a costruire un "sapere" condiviso: l'unico che può sfidare le richieste dei clienti/committenti e fornire risposte efficaci.

La vivacità dello scambio, la reciproca sfida ad affrontare i temi cari alla propria cultura professionale attraverso l'occhio critico e partecipativo dell'altro ci sembrano un modo interessante, e per nulla scontato, di continuare nel cammino che PdE sta tracciando da ben 8 anni.

Il secondo contributo presenta gli errori principali che tutti, anche gli addetti ai lavori, possono commettere nella valutazione dei rischi. Non si tratta di fattori legati alla cattiva volontà o all'incapacità, bensì di piccole, ma decisive, "trappole" nel quale ci fa cadere il nostro stesso apparato cognitivo ed emotivo. Conocerle può essere utile per ridurre l'incidenza negativa

Accanto a ciò un'altra grande novità : l'apertura di una pagina twitter (@StudioZuliani) nella quale vengono offerte, quotidianamente, ai lettori aggiornamenti, curiosità e approfondimenti sui temi di interesse di StudioZuliani.

Si tratta spesso di flash su pubblicazioni apparse negli stessi giorni in lingua inglese, ma anche di commenti sui temi di stretta attualità. Seguiteci!

PdE

Direttore responsabile
Mauro Zamberlan

Direttore scientifico
Antonio Zuliani

Coordinatore editoriale
Lucia De Antoni

Redazione:

Simone Barni, Immacolata
Costanzo, Donatella
D'Antoni, Daniele Gasparini,
Alessia Leonardi, Elisiana
Paradisi, Dominella
Quagliata, Gianluigi Roscini.

Spedite n° 3.000 copie

Buona lettura

Antonio Zuliani

DIALOGO SULLA SICUREZZA

DI ANTONIO ZULIANI* E EMANUELA BELLOTTO**

Questo primo dialogo affronta il tema generale della sicurezza sul lavoro e delle strategie atte ad analizzare gli incidenti che accadono al fine di attivare misure preventive efficaci.

Il confronto tra due professionisti, entrambi con una vasta esperienza nel settore, mette in luce le problematiche insite nell'argomento ed apre un'area di collaborazione interprofessionale densa di significative promesse per rendere il lavoro di entrambi più efficace.

Nel testo sono state inseriti dei riquadri atti ad esplicitare più compiutamente alcuni passaggi del dialogo laddove i protagonisti utilizzano o fanno riferimento a termini tecnici o scientifici che chiedono un approfondimento.

Zuliani

Quali sono i motivi per cui tu, medico del lavoro, ritieni utile interagire con uno psicologo come me, sui temi della sicurezza dei lavoratori.

Protezione, ma di tutta l'Azienda, perché richiede la collaborazione di lavoratori, quadri intermedi, dirigenti;

Bellotto

Il contesto è quello dei Sistemi di gestione della sicurezza del Lavoro (SGSL) che dopo il D.Lgs.81/2008, con le modifiche del D.Lgs. 106/2009, sono sempre più applicati nelle Aziende. In particolare sto riflettendo sulla parte che riguarda la gestione degli infortuni e degli incidenti accaduti, e sulle sue potenzialità in termini di prevenzione. Ci stiamo lavorando in particolare nelle Aziende sanitarie del Veneto.

I sistemi di gestione ci hanno insegnato moltissime cose su come accrescere la sicurezza negli ambienti di lavoro:

- la sicurezza non è un problema del servizio Prevenzione

GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

Avviare un SGSL significa agire affinché la sicurezza diventi parte integrante della politica e della strategia aziendale. Ciò richiede un'organizzazione precisa, caratterizzata da:

1. **definizione di obiettivi e assunzione di impegni** per il miglioramento continuo delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;
2. **pianificazione delle attività di prevenzione e protezione, secondo la scala di priorità evidenziata dalla valutazione dei rischi;**
3. **individuazione di compiti e responsabilità** per ogni figura aziendale (non solo per le figure specificamente deputate come RSPP, MC, RLS); dirigenti, preposti e lavoratori devono essere informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la sicurezza;
4. **applicazione di procedure operative** per le attività critiche per la prevenzione e quindi in particolare per
 - gestione infortuni, incidenti e comportamenti pericolosi
 - gestione della manutenzione
 - gestione dpi
 - gestione della informazione, formazione e addestramento
 - gestione della sorveglianza sanitaria.
 - gestione appalti
 - gestione emergenza
5. **verifiche periodiche**, attraverso il cosiddetto audit, delle possibili criticità in relazione agli obiettivi e agli indicatori fissati;
6. **riesame** della Direzione, allo scopo di analizzare l'andamento del sistema sulla base degli indicatori controllati, risolvere eventuali non conformità riscontrate nel corso delle verifiche, e porre ulteriori obiettivi di miglioramento.

- nelle Aziende complesse è indispensabile superare incomunicabilità e/o rivalità tra le diverse Unità Aziendali per fare “sistema” (si pensi ad es. alle Aziende Sanitarie, con una percentuale di dirigenti – e quindi di potenziali conflitti – nettamente superiore ad aziende manifatturiere);
- è importante chiarire le responsabilità di ciascun “ruolo” (declinato poi con nomi e cognomi) nel Sistema perché se ciascuno conosce ciò che deve fare è in grado di prepararsi e farlo meglio;
- agire in modo organizzato (procedure definite) ed anche documentato (il Sistema Qualità è la base giusta per innestare anche il Sistema Sicurezza) permette di dare omogeneità all’agire, di facilitare la comunicazione anche verso i “nuovi arrivati”, di facilitare la formazione, ecc.;
- le norme vanno rispettate, e tra le responsabilità in capo al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) c’è proprio quella di conoscere a fondo quelle applicabili alla realtà dove lavora, e di essere “strumento” del Datore di Lavoro nella loro attuazione;
- applicare le norme non è sufficiente ad accrescere la sicurezza.

E’ su questo ultimo punto che vorrei riflettere.

Il SGSL propone, come i Sistemi Qualità, il metodo di “imparare dagli errori”. Nel Sistema Qualità si tratta di rilevare le “non conformità”, risultanti da osservazioni esterne o interne, di esaminarle e di farle oggetto di un processo di analisi delle cause e di individuazione delle misure preventive e correttive.

Nel SGSL assumiamo in primis come non conformità sia gli infortuni e le malattie professionali, in quanto possibile evidenza di fallimento rispetto all’obiettivo del SGSL (la sicurezza e la salute di chi lavora), sia gli incidenti (eventi che hanno comportato compromissione di “cose”, ma non di

persone, pur avendone la potenzialità). SGSL include inoltre eventi similari a questi, ma senza neppure danni alle cose, definibili come “funzionamenti errati” del Sistema di sicurezza (quasi infortuni, quasi incidenti, malfunzionamenti, gestioni rischiose, ecc.), e li include nella sorveglianza chiamandoli “non conformità”.

Abbiamo quindi 3 tipi di eventi da cui dovremmo imparare molto per accrescere la sicurezza. L’impressione che si ricava osservando il risultato concreto nelle Aziende è quella che non sempre si riesce a ricavare dall’analisi di tali eventi tutto quello che essi potrebbero dare. Nella gran parte dei casi vi adempie un componente del SPP a ciò incaricato, solerte nel compiere il suo lavoro di ricezione della segnalazione dell’evento e di gestione della non conformità fino alla risoluzione (come detto prima), spesso capace di relazioni con persone e Unità operative, ma cui nessuno ha mai insegnato una metodologia di analisi del problema. L’evento viene “sbrigato” e chiuso con tutti i carteggi a posto, ma spesso con risultati molto poveri.

Questo è il tema di riflessione che propongo: ci sono metodi di analisi degli infortuni, metodi di analisi degli incidenti e metodi di analisi degli altri eventi definibili come “non conformità” che possono insegnare qualcosa di più?

Zuliani

Il metodo perfetto non esiste. Ogni metodo ha la sua validità nella misura in cui traduce in strategia operativa le conoscenze acquisite attorno ad un determinato argomento.

Detto questo occorre riflettere sul fatto che ogni metodo che vada a cercare legami causali contiene anche due limiti, che vanno presi in considerazione nella misura in cui si desidera renderlo il più efficace possibile. In realtà possedere un metodo di analisi serve a tenere alta l’attenzione su aspetti che potrebbero essere trascurati, più che a garantire di leggere tutta la realtà

Il primo limite è quello di illudere che una volta che si sia giunti alla scoperta dei legami causali di un incidente accaduto ciò favorisca di per sé la capacità di prevedere il futuro, ossia induca a pensare che la dinamica dei fatti si ripeta sempre uguale e che quindi la prevenzione sia assicurata.

Il secondo limite è che il lavorare solo sulla ricerca di un rapporto di causalità tra gli eventi spinge a non valutare con sufficiente attenzione uno dei fondamenti della statistica: la regressione verso la media.

Regressione verso la media

Si tratta di un concetto introdotto da Galton che osservò come i figli di genitori di statura al di sopra della media, pur risultando più alti della media della popolazione tendevano ad essere più bassi dei genitori, avvicinandosi, così alla media generale della popolazione.

Si tratta di un fenomeno ben conosciuto dalla ricerca scientifica in quanto una variabile che abbia valori estremi alla sua prima misurazione tenderà ad assumere valori meno estremi nelle misurazioni successive

Esemplificando: se un'azienda nella quale ci sono stati numerosi incidenti adotta una nuova strategia di fronteggiamento e constata che gli incidenti diminuiscono, potrà arrivare a sovrastimare l'importanza dell'intervento messo in atto: potrebbe non essere stato solo l'intervento a ridurre gli eventi, perché gli stessi sarebbero probabilmente rientrati nella media "da soli". Si rischia così di assumere una falsa sicurezza.

D'altra parte proprio un'azienda nella quale non accadono da tempo incidenti è esposta al fatto che essi si verifichino e quindi dovrebbe mettere in atto strategie cautelative.

Bellotto

A me sembra che questo ultimo aspetto metta in luce l'importanza di avere statistiche di riferimento, sia come serie storica che come confronto con altre realtà analoghe,

per inquadrare anche il lavoro che si sta facendo. E quindi il confronto tra aziende - il benchmarking - anche in questo campo è fondamentale.

Se, come dici, il metodo perfetto non esiste, vale la pena di partire da quelli che esistono e migliorarli se possibile.

Conosco due metodi completi e articolati di analisi degli infortuni, ossia il metodo "Sbagliando si impara" applicato nel progetto di analisi nazionale degli infortuni mortali fatto dai Servizi di Prevenzione (SPISAL/ SPRESAL cc.) nel 2005-2007, e il metodo "Albero delle cause" sviluppato in Francia all'inizio degli anni '70, progressivamente approfondito da ricercatori dell'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Però mi interessa anche recuperare un suggerimento metodologico presentato da SUVA (sistema assicurativo svizzero) negli anni '90 nel suo sito, che metteva alla base di ogni analisi degli infortuni la "intervista" delle persone in grado di fornire elementi conoscitivi sull'evento: parlare con l'infortunato, parlare con i testimoni, con chi può contribuire con informazioni. Mi è sempre sembrato un suggerimento importante, fondamentale e imprescindibile.

Del primo metodo ricordo la complessità, per cui è stato applicato agli infortuni mortali e non a quelli di rango inferiore. Richiede un apprendimento della tecnica piuttosto faticoso e mira a fornire sintesi statistiche del fenomeno, peraltro accurate. Ha fornito una visione importante delle cause degli infortuni mortali in Italia.

Anche il metodo "Albero delle cause" (AdC) offre degli stimoli interessanti. Diversamente dal primo, non pone l'accento sulla "sintesi statistica" ma sull'analisi. Suggerisce infatti un metodo di analisi, partendo dall'infortunio e procedendo all'indietro, nella certezza che ogni infortunio ha più di una causa: anzi, è indicato come un "fenomeno che prende origine da una rete di fattori che interagiscono". Il metodo suggerisce di

intervistare le persone che possono dare contributi informativi sull'evento in modo collettivo, ossia in gruppo.

Zuliani

Condivido l'assunto che ogni infortunio sia frutto di una rete di fattori; penso anzi che se l'analisi si ferma ad un solo fattore, il rischio che essa sia insufficiente ed anche ingannevole è alto.

Su questo aspetto torniamo dopo. Vorrei ora sottolineare la centralità dell'intervista e ricordare che non è la stessa cosa sentire le persone coinvolte in un infortunio o incidente singolarmente, o rivolgersi loro in gruppo.

Ci sono dei "trabocchetti" in cui può incorrere anche la singola persona, ma certo nel caso di un gruppo quello che lo stesso esprime non è mai equivalente alla somma o alla media del sentire dei singoli. In altri termini, una persona quando entra a far parte di un gruppo arriva a pensare e ad agire diversamente da quanto saprebbe se fosse sola e le conclusioni alle quali arriva un gruppo non sono la mediazione tra i pareri dei singoli, bensì una cosa del tutto nuova: come fosse espressa da un soggetto altro. In particolare, quando persone in gruppo discutono di un evento tendono a produrre errori significativi, in quanto forniscono i loro giudizi sulla base di aggregazioni di pensieri, che vanno alla ricerca di una conferma reciproca.

Soffermando la nostra attenzione sui "trabocchetti" cui ho accennato vorrei ricordare che ogni qualvolta si esamina un evento imprevisto e connotato negativamente scattano tre meccanismi che possono indurre in errori di interpretazione anche gravi:

- Riduzione dell'ambiguità: di fronte ad uno stimolo con elementi di incertezza tendiamo a risolvere quest'ultima saltando subito a conclusioni in merito a ciò che abbiamo visto e/o sentito. In mancanza di un quadro di riferimento

esplicito per la situazione incontrata siamo spinti ad utilizzare un quadro (frame) già noto che sia in grado di evitarci il fastidio cognitivo ed emotivo dell'ambiguità. Frame in inglese significa cornice, inquadratura, e in psicologia indica una sequenza di eventi-tipo che la persona ha imparato e sulla quale si aspetta che le nuove situazioni si sviluppino. In questo senso i frames condizionano la percezione e la lettura che la persona ha dell'evento, rispetto a ciò che si aspetta possa accadere: possiamo dire che la consapevolezza che la persona sviluppa verso la situazione che si trova a vivere è profondamente condizionata dai frames che utilizza.

- Effetto àncora: ossia la tendenza ad ancorare tutte le informazioni inerenti ad una situazione, tanto più se essa è complessa, ad una prima valutazione condotta sui dati che più colpiscono e che sono maggiormente a portata di mano. Si tratta di un ancoraggio che determina il valore delle informazioni successive (bias di conferma). Tale effetto appare tanto più forte quanto meno conosciamo l'argomento del quale stiamo trattando e quando siamo sorpresi da un evento imprevisto. Il rischio di questo ancoraggio è quello di arrivare a restringere il campo della nostra attenzione, facendoci privilegiare ottusamente un particolare e perdendo di vista tutti gli altri aspetti di una situazione.

Proprio questi ragionamenti mi fanno dire che l'analisi degli eventi condotta in gruppo appare poco utile. In questi casi possiamo vedere come la sequenza con la quale vengono esposti i pensieri in merito al fatto è spesso del tutto casuale, ma a causa dell'effetto alone che si determina, il gruppo tende a confermare le prime impressioni emerse, tanto che i pensieri successivi non possono prescindervi. In altri termini si attivano dei "bias di conferma" (ad esempio se penso che "Giovanni è simpatico" sarà molto probabile che mi vengano in mente esempi diversi da quelli che avrei recuperato

se avessi pensato che “Giovanni è antipatico”). Questo fenomeno è tanto più forte nel caso del lavoro di gruppo.

- Il terzo elemento da prendere in considerazione è la memoria: essa non è costituita da “copie” esatte e immutabili degli eventi del passato. Si tratta piuttosto di “eventi” costruiti nel momento in cui li recuperiamo. Possiamo dire che la nostra memoria è costruita in due tempi: nel momento stesso in cui l'evento si fissa, e ancora nel momento in cui andiamo a recuperarlo. All'interno di entrambi questi processi si determinano dei vuoti che poi andiamo ad integrare per rendere il tutto più sensato (è come se fissassimo dei fotogrammi di quello che ci circonda e poi montassimo il tutto in una sequenza logica). Proprio perché è questo quello che noi chiamiamo memoria, occorre dire che la memoria, così come la percezione, non sbaglia completamente, ma di rado ha perfettamente ragione.

Bellotto

Allora è meglio raccogliere i diversi contributi singolarmente e non in gruppo, integrando poi gli elementi conoscitivi. Si deve evitare di spingere subito l'intervistato a valutazioni e conclusioni, facilitando invece la narrazione prima di fatti e poi anche di opinioni. Non fermarsi ad una causa che sembra evidente, ma sondare più fattori di rischio.

Nel Metodo AdC trovo interessante anche l'indicazione di cercare la “variazione” nei fatti precedenti l'infortunio, ossia quell'elemento che nella sequenza degli eventi ha costituito una diversità, quel qualche cosa che è intervenuto o si è realizzato diversamente dal solito: tutto credo può aiutare ad entrare meglio nell'esplorazione dei fattori che hanno rappresentato un rischio o hanno fatto precipitare l'evento.

Nella mia esperienza ho notato che, indipendentemente dalla presenza di responsabilità, nell'analisi e nella valutazione

di chi è intervistato può avere un peso anche il senso di colpa per l'errore (proprio o del proprio collaboratore); c'è la possibilità di mitigarlo o meno?

Zuliani

Il senso di colpa ha due aspetti importanti: l'uno legato alle conseguenze che un determinato atto può avere avuto sulla salute degli altri o sui beni dell'azienda, e l'altro sintetizzabile nel dubbio se si sarebbe potuto agire o decidere in modo diverso, e questo indipendentemente dalla gravità dell'evento.

Il primo senso di colpa può causare profondi turbamenti nelle persone coinvolte, specie in condizioni drammatiche nelle quali esse possono attribuirsi delle responsabilità per danni arrecati ad altri o per non essere riuscite ad evitarli. Di questi casi l'azienda dovrebbe farsi in qualche modo carico, perché potrebbero evolvere in disagi psicologici profondi. Ritengo che l'attenzione verso la sicurezza e il benessere dei lavoratori dovrebbe prevedere anche la possibilità di offrire un supporto psicologico affinché soggetti coinvolti in eventi drammatici siano aiutati ad elaborarne gli aspetti emotivi, in ogni caso implicati.

La seconda forma di “colpa” porta a quello che possiamo definire rammarico, cioè un'emozione molto forte che si accompagna all'idea che si poteva aver preso una decisione o messo in atto un'azione diversa.

Si tratta di una delle emozioni controfattuali più forti che ci inducono a pensare, ma sempre con il senno di poi, che avremmo dovuto vedere, sentire, prevedere e così via in modo più efficace.

Ai fini della sicurezza, una delle caratteristiche più interessanti di questo rammarico è il suo legame con la normalità: nel senso che si produce più rammarico quando si prende una decisione diversa da quella abituale, dal default ordinario, e quando il risultato che abbiamo di fronte è prodotto da un'azione piuttosto che da un'inazione (Kahneman).

Pensiero controfattuale

Per pensiero controfattuale si intende la capacità che la persona ha di immaginare condizioni contrarie alla realtà che ha vissuto: in altri termini si tratta di quell'attività quotidiana che si attiva per confrontare ciò che è accaduto con ciò che sarebbe potuto accadere.

Un esempio molto noto è nella tendenza a pensare che la storia si possa fare con i "se" e con i "ma", che ha trovato epigoni anche di rilievo. In sostanza siamo in presenza di un meccanismo utile nel processo di spiegazione e valutazione degli eventi che viene attivato anche per piccole cose del tipo "Se avessi aspettato a comperare il vestito avrei risparmiato, perché oggi è in svendita"

Proprio perché si rischia di sentirsi più responsabili delle azioni e in particolare delle azioni diverse da quelle usuali, c'è il rischio che di fronte alle scelte nel campo della sicurezza subentri un atteggiamento di passiva accettazione delle procedure. Lo sottolineo perché gli incidenti non si verificano solo perché sono disattese norme o procedure, ma a volte si verificano perché tali indicazioni, in uno scenario mutato, favoriscono l'errore.

Bellotto

Penso anch'io che a fronte degli infortuni più gravi la struttura deve riuscire a farsi carico dei protagonisti, ma ad oggi non vedo che ve ne sia l'attenzione. Neppure nelle Aziende Sanitarie, dove potrebbero anche esserci le risorse. Vorrei aggiungere che vi può essere anche una formazione dell'intervistatore adatta a mitigare alcuni degli effetti, perché egli possa atteggiarsi in un modo non negativo. Pur sempre però quando analizziamo un fatto negativo già accaduto si suscitano le problematiche che dicevi. Mi pongo allora la domanda se il post infortunio o il post incidente ci pongano nelle condizioni migliori per l'analisi.

Zuliani

Condivido che l'attenzione comunicativa sia fondamentale, tanto che in tutta la

formazione che stiamo attivando per soggetti che si occupano di questi argomenti privilegiamo quella relativa alla relazione di aiuto.

In ogni caso, pur considerando che quando ci troviamo a condurre un'indagine su un evento accaduto non possiamo fare altro che cercare a ritroso le cause che l'hanno determinato, occorre prendere in considerazione il rischio di una distorsione retrospettiva del giudizio. Una ricostruzione retrospettiva degli eventi può arrivare a dispiegarli tutti in maniera lineare secondo una logica costruita sulla base dei dati successivi già noti, al punto che arriviamo ad avere l'impressione che le cose non avrebbero potuto andare diversamente.

Il bias del "senno di poi" induce gli osservatori a valutare le decisioni prese sulla base dell'esito finale già noto.

In tal modo non si giudica la decisione in modo adeguato, ossia sulla base delle possibilità ragionevoli che le persone avevano quando hanno deciso, bensì sulla base delle conseguenze che hanno avuto le decisioni.

Ciò significa che più l'evento ha avuto un esito negativo e più si attiverà il bias del senno di poi o bias di risultato. Ecco allora che un comportamento che ha dato luogo ad un infortunio sarà immediatamente visto come rischioso e alla persona sarà imputata la decisione di averlo attivato.

La forza del bias del senno di poi sta nel fatto che quando siamo investiti da un flusso disordinato di informazioni relative ad un evento, privilegiamo quelle che possiamo più logicamente spiegare con la frase "è proprio andata così ..." e tendiamo ad escluderne altre che non rientrano strettamente in questa sequenza logica, anche se potrebbero essere in realtà rilevanti.

Bellotto

Vorrei porre ancora un problema: mi chiedo se nell'analizzare un infortunio o un incidente, non sia utile raccogliere anche delle informazioni su fattori di stress professionale. Mi sembra sbagliato ignorarli, mentre d'altra parte c'è la possibilità che si

prendano le colpe di tutto: penso alla carenza di personale dei nostri ospedali, ai turni prolungati di alcuni reparti: fattori che poi il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione neppure può gestire.

Zuliani

Lo stress lavorativo può essere inteso come una relazione dinamica fra la persona e l'ambiente di lavoro, sia per quanto riguarda il contesto nel quale si svolge, sia per i suoi contenuti. Anche se è evidente che gli stressori, o fonti di stress, vengono percepiti dalla persona in relazione alle proprie caratteristiche individuali e a quelle ambientali, nonché alla loro dinamica, vi sono delle condizioni a rischio che vanno sempre attentamente monitorate perché possono contribuire all'accadimento degli incidenti. Aspetti che tutta la recente tematica relativa allo stress lavoro correlato ha ben messo in luce. I principali sono il lavoro in turni notturni, lo sbilanciamento tra le richieste legate alla mansione e le competenze personali (sia quando la mansione chiede delle competenze che la persona non ha, sia quando le competenze della persona restano inutilizzate. A questo proposito penso, tra l'altro, a tanta formazione attivata per obbligo, cui poi non corrisponde l'utilizzo delle abilità acquisite), la mancanza di sostegno di fronte alle difficoltà che possono presentarsi sul lavoro.

Questo tema mi permette di riflettere sul sostanziale fallimento del dettato dell'art. 28 del D. Lgs. 81/08 sulla necessità di valutare tra i fattori di rischio anche quelli relativi allo stress lavoro-correlato. Il fatto che il legislatore, aderendo ad un accordo europeo, abbia posto l'attenzione su questo tema poteva rappresentare una grande occasione per riflettere e lavorare per la promozione del benessere sui luoghi di lavoro: premessa fondamentale per ridurre l'incidentalità. Invece il tutto si è risolto nella ricerca da parte delle aziende di non ricadere tra quelle nelle quali lo stress da lavoro è presente, in modo da non dover approfondire il tema.

Bellotto

Con queste premesse, mi sembra che le linee di lavoro via via si chiariscano. Tornando all'intervista, quali potrebbero essere i criteri per costruirla ed analizzarla?

Zuliani

I criteri non sono poi molti, anche se importanti: scegliere alcune aree di indagine, poche direi, non più di 5 o 6 e sintetizzarle attraverso domande aperte. L'importante è che esse siano tra loro indipendenti e che si raccolgano le informazioni una alla volta per evitare l'effetto alone. Inoltre le interviste devono riportare esattamente quello che dicono i soggetti, per cui o scrivono essi stessi il testo o lo stesso va registrato su magnetofono e non sintetizzato. Questo per evitare tutte le "trappole" di cui ci siamo occupati.

La conduzione di un'intervista di questo tipo prevede la formulazione da parte del conduttore di aree di contenuto connesse all'oggetto attorno a cui far ruotare l'interazione con il soggetto intervistato. Rispetto al procedere con una check list, si avrà lo svantaggio che le persone intervistate non toccheranno tutti i punti che all'intervistatore sembrano importanti, ma si avrà il vantaggio che possono emergere aspetti nuovi e spesso decisivi per comprendere appieno la situazione.

Quanto risulta dai colloqui deve essere tutto preso in considerazione, senza escludere nessun aspetto, perché ritenuto poco significativo o espresso da una sola persona. Si devono anche in questa fase evitare le semplificazioni che fanno rientrare il materiale raccolto all'interno di schemi precostituiti, come già descritto precedentemente.

Per diminuire i rischi impliciti nell'analisi, si potrebbe utilizzare anche un'analisi linguistica e statistica del materiale raccolto, ma certo questo è un metodo complesso, che io come psicologo utilizzo nelle ricerche psicosociali, e che richiede una formazione specifica.

Bellotto

Potrebbe essere interessante sperimentare questa metodologia più approfondita nella ricerca sugli infortuni, ma proviamo anche a raccogliere i suggerimenti più generali proposti.

Provo a riassumerne alcuni.

Intanto farei più interviste, cercando persone con conoscenza diretta sull'evento; cercherei di presentare gli obiettivi del lavoro, nel modo giusto per far capire che non è una ricerca di responsabilità, ma uno strumento di miglioramento (avere l'atteggiamento giusto).

Le aree da esplorare più o meno così:

Mi racconti cosa è accaduto. Dove si trovava e cosa stava facendo?

Quel giorno è successo qualcosa di diverso dal solito? Erano accaduti fatti analoghi non sfociati in incidente? Può descriverli?

A suo modo di vedere come poteva essere evitato l'infortunio/ incidente?

Nell'analisi tutti gli elementi emersi devono trovare una collocazione. Devono risultare esplorati i diversi aspetti del lavoro e di ciò che è accaduto. A tuo parere, ci sono delle categorie che possono aiutarci nella lettura di sintesi, dopo l'analisi?

Zuliani

Riprendendo quello che dicevi sul fatto che ogni infortunio non ha una sola causa, ma una rete di cause, un infortunio o un incidente possono essere analizzati secondo un modello organizzativo su tre livelli. Il primo identifica i cosiddetti "fallimenti attivi", ossia i fattori collegati alle persone coinvolte nell'evento. Il secondo livello comprende i fattori legati al sistema di gestione (fallimenti organizzativi) che vanno dalla segnaletica alla tecnologia in uso, ai protocolli di lavoro, ecc. Infine vi sono i "fallimenti inter-organizzativi" che chiamano in causa le interazioni tra regole e procedure di gruppi diversi che arrivano a configgere tra loro. Si tratta di tre livelli che vanno sempre esaminati perché nessuno dei tre si presenta mai da solo.

Bellotto

Credo di capire che per ognuno di questi livelli andranno poi ricercate le misure preventive e /o correttive.

Vorrei aggiungere ancora un problema.

L'analisi di cui abbiamo parlato è piuttosto complessa e richiede tempo. Le risorse non sono molte e credo non sia facile analizzare a fondo tutti gli eventi, infortuni e incidenti, che si presentano in un'azienda. Se si deve fare una selezione, credo sia importante evitare di scegliere a priori la tipologia di evento da approfondire, magari perché intravediamo i fattori di rischio cui siamo già interessati, ma credo si debba procedere a selezionare un campione di eventi da analizzare in modo casuale.

Zuliani

Concordo in specie sul fatto che si proceda, nell'ottica del miglioramento, con l'analisi di eventi scelti casualmente. Procedere in modo casuale ha due vantaggi. Uno è quello che hai appena accennato: se scegli gli eventi per i quali hai già interesse e confidenza, sarai più condizionato e meno portato a vedere aspetti nuovi. Il secondo viene dagli ultimi studi di chi si è applicato di statistica applicata all'economia, che dimostrano che le scelte casuali ... a volte ci azzeccano.

Bellotto

Alla fine di questa conversazione, ripensando alle difficoltà legate all'analisi di eventi "pesanti", vorrei ricordare che c'è anche un altro ambito di lavoro, cui abbiamo accennato all'inizio. Faccio riferimento alla "cultura della segnalazione" (mutuata dalla gestione del rischio clinico, ossia relativo ai danni per il paziente), che prevede di far emergere i malfunzionamenti, le situazioni di rischio, perché si possa intervenire prima che si producano danni. Si tratta di fare in modo che dai lavoratori, inclusi dirigenti e preposti, così come dagli RLS, siano messi in luce e segnalati a persona incaricata eventi che non hanno prodotto nessun danno ma che potenzialmente sono in grado di causarlo. Anche qui è richiesta una preparazione specifica, perché non diventi occasione di

delazioni, rivendicazione e atteggiamenti simili, ma possa essere una condizione costruttiva.

Zuliani

Vorrei aggiungere che per motivare le segnalazioni e dare credibilità al sistema che le sollecita è indispensabile prevedere una prassi di restituzione - un feedback - costante. Chi segnala deve percepire chiaramente che il suo sforzo è stato apprezzato anche quando non ha dato esito a cambiamenti.

Concludendo, mi sembra che da quanto emerso siano rimasti due aspetti che sarebbe interessante approfondire, il primo relativo agli errori che possono provocare danni a terzi, di cui hai fatto cenno, il secondo relativo ai processi di formazione del personale per renderlo capace di rispondere in modo competente a questi processi di lavoro.

Bigliografia

Si tratta di indicazioni bibliografiche utili a chi volesse approfondire i temi trattati nella conversazione.

- Campo G., Guglielmi A., Marcon M., Pianosi G., (2006), LOa ricostruzione delle cause e delle dinamiche infortunistiche negli ambienti di lavoro attraverso il modello "sbagliando si impara", in *Prevenzione Oggi*, vol. 2, n. 1-2, pp. 27-39
- Kahneman D., (2011), *Pensieri lenti e veloci*, Mondadori, Milano, 2012.
- Lehrer j., (2009), *Come decidiamo*, Codice Edizioni, Torino, 2009.
- Motterlini M., (2008), *Trappole mentali*, Rizzoli, Milano, 2008.
- Pereira Binder M.C., De Almeida I.M., *Indagine per infortuni sul lavoro: metodo dell'albero delle cause*, Università dello Stato di San Paolo del Brasile, manoscritto tradotto da Celestino Piz.
- Surowiecki J., (2005), *La saggezza della folla*, Fusi Orari, Roma, 2007.

I "dialoganti"

(*) Antoniuo Zuliani Psicologo psicoterapeuta. Si occupa dell'applicazione della psicologia alla sicurezza e all'emergenza da più di 20 anni e nel 2005 ha fondato StudioZuliani e la rivista PdE per dare maggiore impulso alla collaborazione interprofessionale tra coloro che lavorano quotidianamente su questi temi.

(**) Emanuela Bellotto Medico specialista in medicina del lavoro, ha diretto il Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della Azienda Sanitaria di Vicenza per 14 anni; per 10 anni è stata responsabile del servizio Prevenzione e Protezione della stessa Azienda, contemporaneamente coordinatore dei Medici Competenti. Per 10 anni Direttore del Dipartimento di Prevenzione. Responsabile del Gruppo di lavoro che ha sviluppato il modello di Gestione della sicurezza sul lavoro secondo il modello UNI INAIL per le Aziende Sanitarie del Veneto, attualmente già applicato in 7 Aziende ed in via di recepimento nelle rimanenti.

IL RAGIONAMENTO PROBABILISTICO INGENUO DI SPECIALISTI (RSPP) E NON SPECIALISTI (LAVORATORI) PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI: EURISTICHE ED ERRORI

DI ATTILIO PAGANO *

La valutazione dei rischi comporta la possibilità di commettere errori non legati alla cattiva volontà o all'incapacità, quanto piuttosto a dei fattori insiti nelle modalità di funzionamento del nostro apparato cognitivo ed emotivo. In questo articolo vengono presentati gli "errori" più comuni che tutti siamo portati a commettere.

Il rischio è l'eventualità di accadimento di un evento dannoso (valutato sulla base di criteri probabilistici) che si presenta quando una o più persone interagiscono con ambienti, oggetti, sostanze che abbiano caratteristiche di pericolo. Il concetto di rischio è, dunque, diverso da quello di pericolo.

Nella vita di tutti i giorni, spesso usiamo le parole "pericolo" e "rischio" in modo intercambiabile senza che questo provochi difficoltà. Ma, per comprendere che cosa è possibile fare per prevenire gli infortuni e le malattie professionali, questa confusione terminologica rappresenta un ostacolo da eliminare. Occorre imparare a distinguere le parole e i corrispondenti significati.

Il pericolo è una caratteristica intrinseca di un ambiente, una macchina, una sostanza, un processo intesa come potenziale capacità di provocare un danno alla salute e alla sicurezza delle persone. Il pericolo degli oggetti non è una qualità presente o assente, ma è una qualità che può essere presente con intensità diverse. Ci sono oggetti più pericolosi (che hanno caratteristiche tali da poter procurare danni in un numero elevato di modi e/o di gravità maggiore) e oggetti meno pericolosi che hanno caratteristiche tali da poter procurare danni in un numero inferiore di modi e/o di gravità minore.

Il rischio, invece, è l'effetto combinato della probabilità che un pericolo si traduca in danno e dell'entità del danno stesso. Questo effetto si presenta ogni volta che una o più

persone interagiscono con oggetti dotati di almeno una caratteristica di pericolosità. Evidentemente, le caratteristiche del rischio possono variare al variare della natura delle attività, delle caratteristiche del contesto in cui l'attività viene svolta e delle persone che interagiscono con i pericoli.

E' facile verificare che le persone sono generalmente capaci di giudicare un rischio come basso o alto. Ma quando diciamo che un rischio è basso o alto, quasi mai ci preoccupiamo di specificare basso o alto rispetto a che cosa.

Nel modo con cui affrontiamo le situazioni incerte della vita di tutti i giorni (anche di quella lavorativa), la valutazione "rischio basso" si accompagna alla decisione di non fare nulla per interrompere o variare il corso delle azioni (o dei pensieri) che potremmo avere già pianificato e avviato (con controllo consapevole o per automatismo da iper-apprendimento). Ovvero decidiamo di non fare alcuna cosa, diversa da quanto pianificato, per ridurre la probabilità di accadimento di un evento avverso o per contenere l'intensità del danno. Una possibile implicazione di questa decisione di non variare il corso delle azioni avviate è di confondere il rischio basso con il "rischio zero".

Invece, la valutazione "rischio alto" si accompagna spontaneamente con decisioni che tendono ad aumentare il nostro controllo sullo svolgimento degli eventi.

Possiamo quindi riconoscere che le valutazioni di rischio basso e di rischio alto non sono soltanto relative ai valori di probabilità e di danno che assegniamo al verificarsi di un evento avverso, ma anche al confronto con una soglia di azione.

Provo a fare un esempio ipotetico. Immaginiamo che in un magazzino aziendale ci siano due scaffali metallici. Pensiamo al più comune scaffale che si può trovare da qualsiasi ferramenta. Quattro aste metalliche e cinque o sei ripiani imbullonati. Mettiamo il caso che, per un qualsiasi motivo, uno scaffale sia bene fissato alla parete e l'altro non sia fissato alla parete. E mettiamo che l'addetto al magazzino sappia che il primo è ben fissato e che il secondo non lo è. Infine, assumiamo che quel lavoratore consideri come unica caratteristica di pericolosità quella del ribaltamento dello scaffale. Date queste assunzioni, potremmo comprendere (comprendere, si badi bene, *non* giustificare) che il comportamento abituale di quel lavoratore preveda due strategie di azione. Se egli dovesse prendere qualcosa dal ripiano più alto dello scaffale che sa essere ben fissato alla parete, egli si permetterebbe l'azione 'istintiva' di appendersi con una mano al ripiano per facilitare il raggiungimento dell'oggetto con l'altra mano. Viceversa, se dovesse prendere un oggetto dal ripiano più alto dell'altro scaffale, che sa essere non fissato alla parete, egli non si permetterebbe quell'azione 'istintiva' e valuterebbe necessario andare nello stanzino a prendere la scala.

Questa situazione può essere compresa in base alla distinzione tra il giudizio di rischio basso e rischio alto. Il rischio può essere giudicato "basso" quando lo si considera inferiore a una soglia di attivazione di misure di riduzione della probabilità e/o di contenimento del danno.

Analogamente, il rischio può essere giudicato "alto" quando lo si considera superiore a quella soglia di attivazione delle misure.

Nel nostro ipotetico esempio, la soglia di azione è che separa il giudizio di rischio

basso e alto per quel lavoratore del magazzino è rappresentata dall'andare a prendere la scala. (Ma questa identificazione della soglia di azione trascina un altro aspetto del problema. L'azione di andare a prendere la scala non è l'unica soglia possibile tra rischio basso e alto. Ce n'è anche un'altra, forse ancora più importante: quella di segnalare il pericolo rappresentato dal mancato fissaggio dello scaffale alla parete. Si può credere che è proprio la disponibilità di una risorsa - la scala - che consente di minimizzare il rischio a rendere più difficile rilevare la presenza del punto di pericolo).

Due processi di valutazione

Per arrivare a giudicare una situazione incerta come a rischio alto o basso possiamo procedere in due modi.

Il primo, analitico, esplicitabile e tracciabile è quello tipico degli specialisti (come gli RSPP).

Il secondo, sintetico e implicito, è quello tipico dell'uomo comune.

Il processo analitico dello specialista (RSPP) si articola in quattro fasi distinte, per ognuna delle quali va attuato un processo di analisi e decisione:

1. Riconoscimento dei pericoli
2. Stima del rischio: attribuzione di valori a probabilità e a danno
3. Valutazione del rischio: posizionamento della stima rispetto a una serie di soglie di azione
4. Programmazione delle misure

Invece, nel processo cognitivo di valutazione del rischio tipico del non specialista, le quattro fasi sono indistinte e intricate una nell'altra.

Per questo motivo, la valutazione implicita di un rischio come basso (non importa se fondata su argomentazioni valide o no) può anche impedire lo stesso riconoscimento del pericolo.

Oppure, in altre parole, la non segnalazione di un pericolo può essere spiegata dalla valutazione (che potrebbe anche essere sbagliata) del rischio come basso.

Valutare in condizioni di incertezza

In ogni caso, il numero di informazioni, le conoscenze teoriche, le capacità e il tempo disponibili saranno sempre insufficienti per produrre la migliore valutazione possibile. Ciò nonostante noi (specialisti o non specialisti) sappiamo sopperire all'insufficienza di informazioni e argomenti teorici e riusciamo a formulare un giudizio sul rischio e sulla sua posizione rispetto alla soglia di azione.

I processi mentali per mezzo dei quali noi sopperiamo alla limitatezza della razionalità delle nostre scelte e valutazioni, sono definiti *euristiche*.

Queste euristiche, se da un lato nella maggior parte dei casi funzionano con efficacia e facilitano il lavoro cognitivo di decisione e valutazione in situazioni di incertezza, dall'altro lato possono portare a errori sistematici del ragionamento riducendone o compromettendone la affidabilità.

Tra le numerose euristiche che gli studiosi del pensiero hanno potuto identificare, due sono particolarmente rilevanti nella formulazione di giudizi sulla probabilità di accadimento di un evento incerto: l'euristica della disponibilità e quella della rappresentatività. A queste strategie di pensiero, nel ragionamento ingenuo sulla probabilità si affianca un ricorrente errore: la fallacia dei piccoli numeri.

Euristica della disponibilità

L'esame delle diverse caratteristiche di pericolosità comporta una fatica mentale che non sempre ci appare giustificata.

Soprattutto quando il lavoro da svolgere presenta fasi e singole azioni routinarie. In questi casi, noi possiamo valutare la probabilità di un evento in base alle caratteristiche (anche a una sola) che più facilmente ci vengono in mente.

A esempio, possiamo farci un'idea del rischio lavorativo connesso all'uso di una macchina in base a una sua sola caratteristica che ci sia rimasta più impressa nella memoria o perché appresa all'inizio della nostra carriera, o perché ha caratterizzato un infortunio

occorso a un nostro conoscente e così via. In questo modo, usiamo un repertorio di informazioni limitato (perfino limitato a una sola informazione), che potrebbe essere pertinente alla situazione contingente, ma potrebbe anche non esserlo.

Euristica della rappresentatività

Un altro modo che la nostra mente può adottare per economizzare la fatica cognitiva dell'esame contestuale di numerose caratteristiche rilevanti per il giudizio sul rischio di una lavorazione è quello di basare il giudizio non sulla informazione che più facilmente ci viene in mente, ma su quella che consideriamo più simile o rappresentativa di un'altra situazione di cui abbiamo conoscenze (e su cui abbiamo già espresso una valutazione). Per individuare una relazione di causa-effetto può apparirci come sufficiente la rappresentatività o somiglianza di una o più caratteristiche di un fatto /circostanza con un altro fatto /circostanza. Questa rappresentatività o somiglianza può apparirci come sufficiente a individuare una relazione di causa-effetto o a valutare l'efficacia nelle nostre decisioni. Quando dobbiamo valutare il rischio di una lavorazione, noi prendiamo in considerazione un certo numero di caratteristiche di quella lavorazione.

Se, per una qualsiasi ragione, una o più di queste caratteristiche possono venire associate a un'altra lavorazione che non ha causato infortuni, noi potremmo (erroneamente) concludere che la nostra lavorazione è sicura.

A esempio, consideriamo un'attività molto comune come scendere



una breve rampa di scale. Immaginate che in un certo punto dell'impianto ci sia una rampa di scale che ha davanti al gradino più basso un ostacolo permanente come, a esempio, lo spigolo di una botola (vedi foto a fianco).

È facile verificare che molti lavoratori riconosceranno in questa situazione numerosi punti di pericolo. Tuttavia, nella realtà operativa, molti di quei lavoratori potranno non considerare la presenza di quei punti di pericolo per giudicare l'attività di scendere da quella scala come un rischio alto (e, quindi, adottare qualche precauzione, come quella di tenersi al corrimano o quella di non portare oggetti ingombranti che impediscano di controllare con la vista dove si mettono i piedi), perché quella stessa scala assomiglia per altre caratteristiche alle numerose altre scale che hanno fatto numerose altre volte giudicandone l'utilizzo a rischio basso. In effetti se vediamo quella stessa scala da un'altra prospettiva possiamo vedere che con l'eccezione del dettaglio della botola, è facile assimilarla alla categoria delle scale ben costruite e il cui utilizzo comporta un rischio basso (vedi la seconda fotografia).

Il riconoscimento della somiglianza di questa scala con tutte le altre ben fatte (o, se vogliamo, del fatto che questa è una buona rappresentante di quella classe di oggetti) comporta un impegno mentale molto più basso del riconoscimento e della considerazione dei tanti punti di pericolo che abbiamo potuto fare guardando la prima fotografia. Proprio questo minore impegno mentale costituisce il vantaggio (ma, in questo caso, anche l'insidiosa minaccia) dell'euristica della rappresentatività.

Fallacia dei piccoli numeri

Questo automatismo mentale ci porta a considerare come razionali scelte basate su una probabilità illusoria. A esempio, se dopo una serie di sei lanci della moneta tutti usciti con la faccia della Testa, dovessimo scommettere sull'esito del settimo lancio, qualcuno potrebbe credere che sia più razionale scommettere su Croce. In effetti, ogni lancio è equiprobabile, ma la consapevolezza che in una serie infinita di lanci metà avranno esito Testa e metà esito Croce, può portare a riconoscere la serie T T T T T come 'troppo regolare' o 'troppo

poco casuale' e, di conseguenza, concludere che l'esito più probabile del settimo lancio sia Croce. Questo errore nasce dalla non considerazione della enorme differenza tra una serie di 6 lanci e una serie di un numero infinito di lanci.

Nel giudizio o sulla probabilità di accadimento degli infortuni,



alcune persone potrebbero commettere errori di ragionamento probabilistico "ingenuo" credendo che la frequenza degli infortuni segua una distribuzione analoga a quella degli eventi che seguono leggi di distribuzione casuale note (come il lancio delle monete, il tiro dei dadi, l'estrazione del lotto ecc.). In realtà, nella frequenza degli infortuni, il caso può giocare un ruolo, ma non si tratta del tipo di casualità che regola la distribuzione degli esiti secondo leggi basate sulla notorietà di quanti sono gli eventi possibili e quanti gli eventi (in)desiderati. Si tratta del caso che interviene nelle caotiche manifestazioni della complessità. Tra le interazioni dei numerosi fattori causali alcune (ovviamente non tutte) sfuggono alla previsione, ma la credenza che *tutti* gli eventi seguano una qualche regolarità è una 'sirena' che attira il nostro pensare sul mondo perché ci concede una rassicurante prospettiva di completa conoscenza. Ma questa *completa* conoscibilità (e prevedibilità) del mondo è un'illusione, o, forse meglio, un'autoinganno. In analogia al comportamento del giocatore che considera lanci o estrazioni come eventi legati tra loro (mentre sono indipendenti), se nel reparto di un lavoratore che fosse vittima di questo autoinganno dopo un lungo periodo senza infortuni ne accadesse uno, quel lavoratore potrebbe pensare che il suo reparto diventi 'statisticamente' più sicuro: "è molto improbabile che accada di nuovo proprio qui".

Il ragionamento sul rischio

Un aspetto che rende insidiose le euristiche cognitive è che esse sono naturali e spontanee: non c'è bisogno di formazione per apprenderle. Semmai c'è bisogno di formazione per imparare a riconoscerle e a controllarne gli effetti sulla qualità delle nostre decisioni.

La formazione su salute e sicurezza deve aiutare le persone a sviluppare una individuale capacità di riconoscimento e di controllo dei processi cognitivi e decisionali. Si tratta di imparare non solo a fare le scelte e le valutazioni 'giuste', ma anche a pensare al processo con cui si perviene a tali scelte e valutazioni

Le diverse forme con cui la mente umana produce valutazioni e decisioni in situazioni di incertezza non sono le uniche modalità con cui il ragionamento influisce sulla percezione del rischio.

A livello generale, infatti, noi costruiamo le nostre inferenze e deduzioni tra i dati anche sotto l'influenza delle nostre credenze sul mondo, dei nostri valori e dei nostri pregiudizi sociali.

In altre parole, la percezione dei rischi, come del resto la percezione di ogni altro aspetto della nostra esistenza, riflette non tanto quello che c'è nel mondo, quanto il nostro punto di vista.

Anche gli esperti cadono nelle trappole delle scorciatoie cognitive. Per quante informazioni possano utilizzare in più rispetto ai cosiddetti profani, nemmeno gli esperti potranno giungere a valutazioni assolutamente certe.

Anche per loro operano i condizionamenti di un processo di decisione e valutazione in condizioni di incertezza e, dunque, anch'essi possono produrre ragionamenti caratterizzati da errori sistematici.

Che cosa abbiamo appreso sulla valutazione dei rischi

Le valutazioni del rischio è un processo cognitivo di attribuzione di significato a informazioni relative a una situazione incerta. Anche non disponendo di tutte le informazioni che potrebbero essere utili, siamo in grado di fare una valutazione della probabilità di accadimento dell'evento avverso utilizzando delle "scorciatoie di ragionamento" (le euristiche).

In genere queste euristiche funzionano bene, ma talvolta possono fallire.

Non sapere riconoscere il ragionamento basato sulle euristiche impedisce di migliorare le nostre capacità di valutazione del rischio (o "percezione del rischio").

(*) Attilio Pagano. dal 1991 si occupa di formazione sui temi della prevenzione dei rischi per salute e sicurezza. Progetta e attua interventi per lo sviluppo delle competenze di ruolo di lavoratori, preposti, dirigenti, RSPP e RLS.

Il suo orientamento è la critica all'approccio tecnico normativo alla sicurezza e il sostegno della prevenzione con lo sviluppo delle caratteristiche delle organizzazioni affidabili (High Reliability Organizations).

Fondatore di Hirelia, è presidente dell'Associazione italiana Non Technical Skill.

UN BUON LIBRO DA LEGGERE



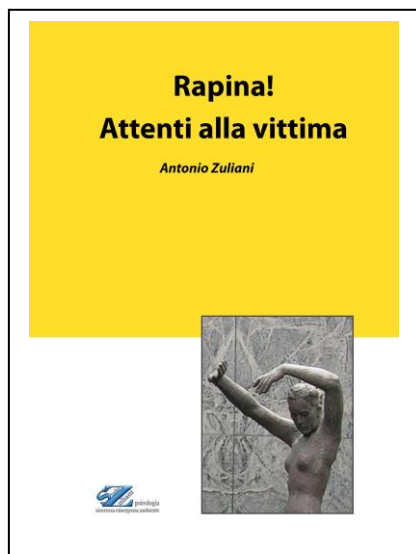
Marco Chiaravalli: Aspetti Medico-Legali Del Soccorso

Il volume nasce con l'intento di fornire agli operatori del servizio di emergenza-urgenza sanitaria extra-ospedaliera (medici, infermieri, soccorritori) alcune nozioni di medicina legale fondamentali per comprendere il risvolto giuridico del loro agire assistenziale. Il presente volume vuole rileggere, alla luce dell'esperienza "sul campo" degli autori, alcuni temi classici della medicina legale di frequente riscontro nell'attività di soccorso

Si è così realizzato un testo che potesse offrire diverse modalità di accesso da parte di lettori con formazione eterogenea: ogni capitolo, pur rispettando una progressione logica di fondo, si presenta relativamente indipendente dagli altri; alcuni argomenti particolarmente complessi sotto il profilo giuridico sono approfonditi in sezioni chiamate "per saperne di più".

L'esposizione è completata e integrata dalla presentazione di alcuni casi, basati su eventi reali, che consentono di evidenziare e meglio comprendere il problema medico legale sotteso alla storia clinica. Infine, si è ritenuto di offrire all'operatore dell'emergenza-urgenza una trattazione degli obblighi in tema di tutela della propria salute e una analisi degli aspetti psicologici della relazione di aiuto.

I diritti d'autore derivanti dalla vendita del testo saranno interamente devoluti alla "Fondazione Francesca Rava – NPH Italia ONLUS" e finalizzate al sostegno dell'Ospedale Pediatrico Saint Damien in Haiti (per maggiori informazioni www.nph-italia.org).



Antonio Zuliani: Rapina! Attenti alle vittime"

Antonio Zuliani nel suo libro "Rapina! Attenti alla vittima" propone, con uno stile chiaro e incisivo, un'attenta e precisa riflessione su questo argomento. Il tema "rapina" è già stato affrontato in molti studi sotto l'aspetto psicologico, studi che si sono però concentrati principalmente sulle caratteristiche e il modus operandi di chi commette il crimine. Basti pensare all'ampia documentazione in tal senso nell'ambito delle scienze comportamentali.

Minore attenzione è stata invece rivolta alle vittime e al fatto che, subire una rapina, magari sul proprio posto di lavoro, innesca nella persona una sensazione di pericolo per la propria vita che va al di là dell'effettivo pericolo mortale, e che può indurre livelli di sofferenza psicologica spesso sottovalutati. Si tratta di un evento grave e drammatico in grado di incidere profondamente nella vita di chi ne è coinvolto.

Ogni forma di delinquenza trova le vittime psicologicamente impreparate. Anche se si possono predisporre interventi tecnici di difesa e di dissuasione, nessuno si aspetta veramente che ciò accada e non certo in quel preciso momento. La rapina si differenzia dalle altre forme di furto, perché il crimine è rivolto direttamente alla persona e trovarsi faccia a faccia con un rapinatore fa sperimentare uno dei traumi più profondi: quello della violenza dell'uomo sull'uomo. E' vero che le vittime di questi crimini possono rispondere in maniera diversa e le loro reazioni personali dipendono da molti fattori. Ciò non toglie, però, che sono tutte alle prese con una forte emozione.

L'autore presenta i principali vissuti emotivi che la vittima può provare, proponendoli all'interno di un percorso che inizia ancor prima dell'atto criminale in sé, sottolineando il fatto che, così come non tutti reagiscono allo stesso modo, anche i tempi per rielaborare questa esperienza possono differire profondamente. Vi sono persone che a distanza di anni dalla rapina vivono ancora il continuo riemergere delle emozioni conseguenti questo particolare evento.

Realizzare e accettare il fatto che le emozioni e le reazioni vissute sono normali costituisce il primo e fondamentale passo di un recupero durante e dopo l'atto criminale. Proporre alle vittime un sostegno in tal senso, significa offrire la possibilità di riconoscere ed elaborare le loro emozioni all'interno di una cornice dove l'evento patologico non sono le loro reazioni, ma l' "aver subito una rapina". Parlare dell'esperienza riuscendo, gradualmente, a distinguere ciò che è accaduto dai pensieri che sono subito intercorsi e dalle emozioni che li hanno accompagnati, permette alla vittima di non considerare le sue reazioni come uniche e irripetibili, ma di attribuire ad esse un significato alla luce dell'evento drammatico vissuto.

Conoscere ed essere consapevoli di questi aspetti è utile non solo alle vittime ma anche a chi, per esempio in qualità di Forze dell'Ordine, deve intervenire dopo una rapina, e il cui atteggiamento riveste un ruolo molto importante nel limitare la possibilità di contribuire, anche se indirettamente, a una ritraumatizzazione.

In ultima analisi Antonio Zuliani affronta le tematiche relative agli strumenti di natura psicologica utili per supportare una persona che ha subito una rapina, dalle azioni di prevenzione fino alla presentazione di un modello di intervento psicoterapeutico.

Un libro quindi che intende offrire un valido supporto non solo alle vittime di rapine, ma anche ai loro familiari, alle Forze dell'Ordine e allo specialista psicologo che può essere chiamato ad intervenire.

Il volume può essere ordinato senza spese postali direttamente alla casa editrice Knemesi collegandosi al sito www.knemesi.com

Per specifici ordinativi il volume può essere acquistato anche su CD personalizzato.